

Załącznik do Uchwały nr 57/2024 Zarządu Szpitala Praskiego z dnia 10.06.2024

## **Polityka oraz procedury ochrony dzieci przed krzywdzeniem obowiązujące w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.**

### **Preambuła**

Naczelną zasadą wszystkich działań podejmowanych przez pracowników i współpracowników oraz podwykonawców Szpitala Praskiego pod wezwaniem Przemienienia Pańskiego w Warszawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością jest działanie dla dobra Pacjenta i w jego najlepszym interesie. Zasada ta wynika wprost z „Misji Szpitala” stanowiącej, że „Misją Szpitala Praskiego jest świadczenie profesjonalnych usług medycznych, w atmosferze życzliwości, bezpieczeństwa i zaufania, z poszanowaniem praw i godności każdego Pacjenta.”

Szpital Praski – zgodnie z zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia umowami – realizuje świadczenia na rzecz osób dorosłych. Biorąc jednak pod uwagę możliwość incydentalnego pojawiania się w podmiocie leczniczym wymagających pomocy (w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia i/lub zagrożenia życia) osób nieletnich, kierując się dbałością o poszanowanie praw dziecka oraz uwzględnienie jego szczególnych potrzeb, a także reagowania na każdy przypadek podejrzenia naruszenia tych praw, wprowadza się niniejszą procedurę.

### **Podstawy prawne Polityki ochrony dzieci**

- Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 z późn. zm.).
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1581).
- Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 292).

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814).
- Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (t.j. Sz. U z 2019 poz. 1026)
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 424).
- Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 560).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 37 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 177 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2809 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1550 z późn. zm.).

### **Słowniczek pojęć/objaśnienie terminów używanych w dokumencie Polityka ochrony dzieci**

1. Standardy Ochrony Dzieci (SOD) - to zasady wprowadzane w instytucjach, organizacjach, placówkach, które świadczą usługi na rzecz dzieci, pracują z dziećmi i/lub w których dzieci przebywają bez opieki rodziców/opiekunów prawnych (oświata, placówki pobytu stałego, turystyka, pomoc humanitarna etc.) w celu ochrony dzieci przed krzywdzeniem.
2. Dziecko - każda osoba do ukończenia 18 roku życia.
3. Placówka systemu ochrony zdrowia, placówka medyczna - każda placówka prowadząca działalność leczniczą bez względu na formę prawną i źródło finansowania, świadcząca usługi dzieciom lub działająca na rzecz dzieci.
4. Kierownictwo - osoba, która w strukturze danej placówki jest uprawniona do podejmowania decyzji o działaniach instytucji.

5. Przemoc wobec dziecka – jednorazowe lub powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające jego godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodująca szkody na jego zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy.
6. Personel - każdy pracownik placówki medycznej bez względu na formę zatrudnienia, w tym współpracownik, stażysta, wolontariusz lub inna osoba realizująca świadczenia na rzecz podmiotu leczniczego,
7. Opiekun dziecka - osoba uprawniona do reprezentacji dziecka, w szczególności jego rodzic lub opiekun prawny, a także rodzic zastępczy.
8. Przez krzywdzenie dziecka należy rozumieć popełnienie czynu zabronionego lub czynu karalnego na szkodę dziecka przez jakąkolwiek osobę, w tym pracownika placówki, lub zagrożenie dobra dziecka, w tym jego zaniedbywanie lub zaniechanie działań, które powinny być podjęte na rzecz dziecka.
9. Osoba odpowiedzialna za Politykę ochrony dzieci przed krzywdzeniem to wyznaczony przez kierownictwo placówki pracownik sprawujący nadzór nad realizacją Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem.
10. Dane osobowe dziecka to wszelkie informacje umożliwiające identyfikację dziecka.

### **Zasady rekrutacji personelu**

1. Szpital Praski dba, aby osoby w nim zatrudnione (w tym osoby pracujące na podstawie umowy zlecenie, kontraktu) były dla dzieci bezpieczne. Aby sprawdzić powyższe, w tym stosunek osoby zatrudnianej do dzieci i podzielenia wartości związanych z szacunkiem wobec nich oraz przestrzegania ich praw, placówka każdorazowo żąda danych (w tym dokumentów) dotyczących:

- a) wykształcenia,
- b) kwalifikacji zawodowych,
- c) przebiegu dotychczasowego zatrudnienia kandydata/kandydatki.

W każdym przypadku Szpital Praski musi posiadać dane pozwalające zidentyfikować osobę zatrudnioną, niezależnie od podstawy zatrudnienia znając co najmniej:

- imię (imiona) i nazwisko,
- datę urodzenia i PESEL,
- dane kontaktowe osoby zatrudnianej.

### **Procedury interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka**

1. Każda osoba będąca członkiem Personelu Szpitala Praskiego jest zobowiązana i uprawniona do reagowania, w przypadku podejrzenia, że dziecku- pacjentowi dzieje się krzywda.

2. Niniejsza procedura wspiera członków Personelu Szpitala Praskiego 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.
3. Fakt zidentyfikowania objawów krzywdzenia u dziecka- pacjenta – niezależnie od realizacji niżej określonych działań- podlega obowiązkowemu odnotowaniu w dokumentacji medycznej.
4. Obowiązek określony powyżej dotyczy każdej sytuacji – także wówczas, gdy zidentyfikowane objawy krzywdzenia dziecka nie mają bezpośredniego związku z powodem hospitalizacji.
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 – niezależnie od innych kroków prawnych.
6. Źródłem krzywdy dziecka może być zachowanie lub zaniechanie rodziców lub opiekunów prawnych dziecka, bądź innej osoby bliskiej, innych dorosłych, a także innych dzieci.
7. Krzywda dziecka może przybierać różne formy, m. in.:
  - 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 zaniechania potrzeb życiowych dziecka (np. związanych z żywieniem, higieną czy zdrowiem).
8. W przypadku podejrzenia stosowania przemocy lub zaniechania, podejrzenia że życie dziecka jest zagrożone lub grozi mu ciężki uszczerbek na zdrowiu z uwagi stosowania wobec niego przemocy domowej, w przypadku gdy w rodzinie są inne dzieci lub inne dzieci są narażone na taką, na każdym Pracowniku spoczywa obowiązek NATYCHMIASTOWGO poinformowania Policji poprzez kontakt z numerem alarmowym 112. Fakt zgłoszenia należy bezwzględnie odnotować w dokumentacji medycznej uwzględniając: godzinę kontaktu, numer telefonu z którego dokonano zgłoszenia oraz numer operatora 112 przyjmującego zgłoszenie.
9. Fakt dowiezienia dziecka- pacjenta przez Zespół Ratownictwa Medycznego lub inną wyspecjalizowaną jednostkę nie zwalnia Pracownika Szpitala z opisanych wyżej obowiązków powiadomienia.
10. W przypadku podejrzenia, że opuszczenie przez dziecko w towarzystwie rodzica lub

opiekuna prawnego Szpitala będzie godziło w dobro dziecka, w tym zagrażało jego bezpieczeństwu, należy uniemożliwić oddalenie się dziecka i niezwłocznie dokonać powiadomienia Policji poprzez kontakt z numerem alarmowym 112. Fakt zgłoszenia należy bezwzględnie odnotować w dokumentacji medycznej uwzględniając: godzinę kontaktu, numer telefonu z którego dokonano zgłoszenia oraz numer operatora 112 przyjmującego zgłoszenie.

11. Każda osoba podejrzewająca krzywdzenie dziecka raportuje ten fakt także bezpośrednio przełożonemu.

12. Interwencja w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę dziecka polega

- poza zgłoszeniami opisanymi wyżej - 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) przestąpieniu go do najbliższej jednostki Policji lub prokuratury. W przypadku popełnienia czynu karalnego na szkodę dziecka przez osobę poniżej 17 roku życia także należy sporządzić pisemne zawiadomienie. Wzór zawiadomienia stanowi załącznik do niniejszej Procedury.

13. Za sporządzenie zgłoszenia, o którym mowa wyżej odpowiada ordynator oddziału/kierownik jednostki organizacyjnej w której JAKO PIERWSZEJ zidentyfikowano symptomy przestępstwa. Kopię zgłoszenia umieszcza się w Indywidualnej Dokumentacji Pacjenta.

14. W przypadku, gdy dziecko doznaje przemocy:

- Należy wsząć procedurę Niebieskiej Karty poprzez wypełnienie formularza Niebieska Karta gdy zachowanie wobec dziecka stanowi przemoc domową,
- Gdy zachowanie nie stanowi przemocy domowej lub nie jest jasne, jak je zakwalifikować należy wystąpić do właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej.

15. W przypadkach niejasnych lub wątpliwych osoba odpowiedzialna za interwencję konsultuje sprawę z co najmniej dwiema osobami z Personelu. Osoba odpowiedzialna za interwencję może rozmawiać z osobami zaangażowanymi, w tym dzieckiem, osobą podejrzewaną o krzywdzenie i świadkami.

16. W przypadku, gdy nie jest jasne, jakiej krzywdy dziecko doświadcza ze strony rodzica lub opiekuna prawnego należy wsząć procedurę Niebieskiej Karty.

17. 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.

18. 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 Pacjentami aż do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.

19. Podejrzenie krzywdzenia dziecka, niezależnie od osoby odpowiedzialnej za krzywdzenie, jest zdarzeniem niepożądanym i jako takie podlega raportowaniu zgodnie ze zwykłą procedurą w tym zakresie.

20. Od chwili pierwszego zgłoszenia mającego miejsce w Szpitalu Praskim wprowadza się rejestr zgłoszeń dotyczących krzywdzenia dziecka, zawierający:

- liczbę poszczególnych przypadków krzywdzenia, ze wskazaniem jednostki zgłaszającej,
- osoby odpowiedzialnej za krzywdzenie (rodzic/opiekun prawny, inne dziecko)
- rodzaju podjętej interwencji (zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa, wniosek o wgląd w sytuację rodziny, wszczęcie procedury Niebieskie Karty) oraz daty interwencji i osobę zgłaszającą.

21. Dalszy tok postępowania leży w gestii uprawnionych organów (sąd, Policja, prokuratura, OPS).

## **Zasady bezpiecznego kontaktu personelu z dzieckiem-pacjentem**

### **Dobre praktyki**

Nieletni pacjent ma prawo, aby rodzice/opiekunowie towarzyszyli mu podczas leczenia i korzystania ze świadczeń medycznych zawsze, gdy tego potrzebuje (o ile nie istnieje przesłanka dla stwierdzenia, iż są oni sprawcami krzywdzenia dziecka).

W kontakcie z dzieckiem-pacjentem i jego rodzicami lub opiekunami zachowuj:

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

Pamiętaj, że fakt, iż Szpital Praski nie jest jednostką dedykowaną do opieki nad dziećmi dodatkowo zwiększa stres i dyskomfort opiekunów, a także samego dziecka- pacjenta!

Niezależnie od opisanych niżej zasad staraj się minimalizować czas przebywania dziecka-pacjenta w Szpitalu Praskim organizując (gdy tylko stan zdrowia na to pozwoli) przekazanie go do wyspecjalizowanej placówki pediatrycznej!

### **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**

1. Zwracaj się do dziecka po imieniu w formie preferowanej przez dziecko.
2. Pamiętaj, że to dziecko jest podmiotem Twoich działań. Nie rozmawiaj z rodzicem/opiekunem w taki sposób, jakby dziecko było nieobecne podczas rozmowy.
3. 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.
4. Uszanuj prawo dziecka do zmiany nastroju, zmiany zdania oraz potrzebę oswojenia się z nową sytuacją i miejscem.

### **POSZANOWANIE INTYMNOŚCI DZIECKA**

1. W trakcie badania dziecka powinien towarzyszyć rodzic/opiekun lub inna osoba z personelu.
2. Staraj się unikać sytuacji pozostawiania z samym dzieckiem w gabinecie lub innym miejscu udzielania świadczenia. Jeśli dziecku nie towarzyszy rodzic lub opiekun zapewnij obecność innego członka personelu medycznego.
3. Podczas badania odsłaniaj ciało dziecka partiami.
4. 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. Działanie takie nie może mieć miejsca bez udziału osoby trzeciej – najlepiej rodzica lub opiekuna. Odnotuj ten fakt w dokumentacji medycznej!

## **WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI/OPIEKUNAMI**

1. Informuj dziecko i rodziców/opiekunów o zasadach obowiązujących w Szpitalu Praskim. Podkreślaj znaczenie ich przestrzegania dla minimalizowania dyskomfortu wszystkich pacjentów. Zachęcaj do czytania informacji.
2. Zadbaj o to, aby rodzic był informowany o bieżącej sytuacji medycznej dziecka.
3. 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**

1. Jeśli widzisz lub podejrzewasz, że dziecku dzieje się krzywda, reaguj.
2. 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.
3. Jeżeli coś w zachowaniu dziecka lub rodzica/opiekuna budzi twój niepokój, poproś inną osobę z personelu o obecność podczas badania/wizyty. Odnotuj ten fakt w dokumentacji medycznej!
4. 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. wynikają z zastosowania arkusza ryzyka).
8. Nie zakładaj, że dziecko i jego rodzice/opiekunowie wiedzą, jak działa Szpital i jakie zasady w nim 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.

### **Zasady ochrony danych osobowych oraz wizerunku dzieci w Szpitalu Praskim:**

1. Szpital zapewnia najwyższe standardy ochrony danych osobowych swoich Pacjentów, w tym dzieci, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Szpital, uznając prawo dziecka do prywatności i ochrony dóbr osobistych, zapewnia ochronę wizerunku dziecka.
3. Pracownicy placówki nie wolno umożliwiać przedstawicielom mediów utrwalania wizerunku dziecka (filmowanie, fotografowanie, nagrywanie głosu dziecka) na terenie placówki nawet za zgoda rodzica lub opiekuna prawnego dziecka.


### **Osoba odpowiedzialna za kwestie związane z ochroną dzieci**

1. Osobą odpowiedzialną za nadzór nad realizacją niniejszej Procedury, proces jej aktualizacji, prowadzenia rejestru oraz wszelkie inne działania niezbędne dla zapewnienia ochrony dzieci przed krzywdzeniem możliwe do podjęcia przez Szpital Praski jest: pielęgniarka środowiskowa.

### Przypisy końcowe

1. Polityka wchodzi w życie z dniem jej ogłoszenia.
2. Ogłoszenie następuje w sposób dostępny dla pracowników placówki, w szczególności poprzez przesłanie jej tekstu drogą elektroniczną oraz umieszczenie w systemie intranet.
3. Politykę umieszcza się na stronie internetowej Szpitala

  
PREZES ZARZĄDU  
Szpitala Praskiego  
p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.  
dr Andrzej Golimont

  
CZŁONKINI ZARZĄDU  
Szpitala Praskiego  
p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.  
Ewa Kacprzak-Szymańska

### Załączniki do procedury:

Broszura z formami i symptomami przemocy

Wyciąg z broszury - tabela z przestępstwami, rodzaje interwencji

Wzór zawiadomienia

STANDARZY  
OCHRONY

dzieci

PLACÓWKI  
MEDYCZNE



FUNDACJA  
DAJEMY  
DZIECIOM  
SIŁĘ

# Ochrona zdrowia, ochrona dzieci

JAK SKUTECZNIE I ZGODNIE Z PRAWEM REAGOWAĆ W SYTUACJI  
PODEJRZENIA, ŻE DZIECKO – PACJENT JEST KRZYWDZONE?

**Opracowanie**

dr Anna Krawczak, Urszula Kubicka-Kraszyńska, Katarzyna Katana

**Konsultacja prawna**

Katarzyna Katana

**Redakcja i korekta**

Sylwia Romańczak

**Projekt graficzny**

Kolej Rzeczy

**Fotografia na okładce**

Vitolda Klein (unsplash.com)

Copyright © Fundacja Dajemy Dzieciom Się

**Fundacja Dajemy Dzieciom Się**

ul. Walecznych 59  
03-926 Warszawa

fd@s@fd@s.pl  
www.fdds.pl

Stan prawny na 10.08.2023 r.

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



## Spis treści

- 4 Wprowadzenie
- 5 Kilka słów o interwencji
- 7 Najczęstsze obawy i wątpliwości związane z podejmowaniem interwencji
- 12 Historie dzieci

### Aneks

- 15 Przestanki interwencji prawnokarnej
- 19 Przestanki interwencji cywilnej
- 19 Przestanki do zainicjowania procedury Niebieskie Karty
- 21 Wzór zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa
- 22 Wzór wniosku o wgląd w sytuację dziecka/rodziny

# Wprowadzenie

## Dla kogo jest ta broszura?

Kierujemy broszurę do osób, które wykonują zawody medyczne lub są pracownikami placówek ochrony zdrowia, ale nie są specjalistami w zakresie ochrony dzieci.

## Co jest jej celem?

Celem jest przekazanie wiedzy, która będzie wsparciem dla pracowników systemu ochrony zdrowia w sytuacjach, w których podejrzewają, że dziecko – pacjent może doświadczać przemocy i/lub zaniedbania. W broszurze udzielamy odpowiedzi na często pojawiające się wątpliwości i pytania. Jej przedmiotem nie jest przekazanie pracownikom ochrony zdrowia rekomendacji, jak diagnozować, potwierdzić lub wykluczyć krzywdzenie dziecka, ale udzielenie wskazówek na temat podejmowania interwencji prawnej w sytuacji podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone.

## Dlaczego należy interweniować?

Istnieją silne dowody na krótko- i długoterminowe skutki krzywdzenia dzieci, w tym konsekwencje zdrowotne, zaburzenia rozwoju i funkcjonowania psychospołecznego dziecka. Ponadto krzywdzenie fizyczne może prowadzić do trwałej niepełnosprawności dziecka, może mieć też skutek śmiertelny. Konsekwencje krzywdzenia mogą wpływać na całe życie i w istotny statystycznie sposób zwiększać podatność na uzależnienia, wystąpienie zachowań lękowych, autodestrukcyjnych, opozycyjnych i antyspołecznych, oraz zwiększać ryzyko zachorowania na depresję. Dorośli, którzy sami doświadczyli krzywdzenia w dzieciństwie, mogą mieć osłabioną zdolność budowania bezpiecznych relacji i zmniejszoną wydolność rodzicielską<sup>1</sup>.

---

1 Np. Bender HL, Allen JP, McElhane KB, Antonishak J, Moore CM, Kelly HO, Davis SM. Use of harsh physical discipline and developmental outcomes in adolescence. *Dev Psychopathol.* 2007 Winter;19(1):227-42. doi: 10.1017/S0954579407070125. PMID: 17241492; PMCID: PMC3390918.

Downs, W. R., Miller, B. A., Testa, M., & Parek, P. (1992). Long-term effects of parent-to-child violence for women. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 365–382  
Grummitt LR, Kelly EV, Barrett EL, Lawler S, Prior K, Stapinski LA, Newton NC. Associations of childhood emotional and physical neglect with mental health and substance use in young adults. *Aust N Z J Psychiatry.* 2022 Apr;56(4):365-375. doi: 10.1177/00048674211025691. Epub 2021 Jul 10. PMID: 34250829.

U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. (2017). Pathways between child maltreatment and adult criminal involvement. October 12, 2017. Retrieved from <https://nij.gov/topics/crime/children-exposed-to-violence/Pages/pathwaysbetween-child-maltreatment-and-adult-criminalinvolvement.aspx>

# Kilka słów o interwencji

Podjęcie interwencji nie jest prostą decyzją nawet dla osób doświadczonych w jej prowadzeniu. Podejmowaniu interwencji towarzyszy niepewność, wiele obaw i wątpliwości. Są one naturalne. Istnieją trzy najważniejsze zasady interwencji:

1. Przetaw swoje myślenie z toru „Jakie skutki dla rodziców i dziecka może mieć moja interwencja oparta na błędnych przesłankach?” i skieruj je na tor „Jakie skutki dla faktycznie krzywdzonego dziecka może mieć niepodjęcie przeze mnie interwencji?”. Z międzynarodowych danych wynika, że zaledwie 2-6% dzieci fałszywie oskarża rodziców/opiekunów o przemoc, natomiast aż 75% dzieci stara się ochronić sprawców utrzymując, że nie są krzywdzone<sup>2</sup>.
2. Nie interweniuj samotnie. Zadbaj o to, aby mieć wsparcie przełożonego i/lub współpracowników w tym, co robisz.
3. Interwencja jest procesem, który ma doprowadzić do zmiany sytuacji dziecka i zatrzymać krzywdzenie. Samo zainterweniowanie już tę zmianę uruchamia. Większość pracowników ochrony zdrowia nie uzyska informacji o dalszych losach dziecka, w którego sprawie interweniowali, bo nie przewidują tego przepisy. Brak informacji zwrotnej może być trudny, ale pogodzenie się z takim stanem rzeczy jest konieczne, aby móc działać na rzecz ochrony dzieci. Nie uzależniaj swojego działania od tego, czy masz szansę dostać informację o dalszych losach dziecka.

## Interwencja w placówce ochrony zdrowia

W niniejszej publikacji zakładamy, że optymalne dla ochrony dzieci warunki są wtedy, gdy w placówce medycznej istnieje procedura postępowania w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka oraz wyznaczona jest osoba odpowiedzialna za podejmowanie działań w takiej sytuacji.

Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (tzw. ustawa o ochronie małoletnich) nakłada na placówki medyczne obowiązek wdrożenia standardów ochrony małoletnich w ciągu 6 miesięcy od dnia jej ogłoszenia. Standardy te muszą m.in. zawierać:

- zasady i procedurę podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego,
- wskazywać osobę odpowiedzialną w danej placówce za składanie zawiadomień, wszczynanie procedur Niebieskich Kart i zawiadamianie sądu opiekuńczego.

Tym samym odpowiedzialność za zareagowanie na podejrzenie krzywdzenia dziecka ma nie tylko charakter indywidualny, ale także instytucjonalny. Niemniej jednak brak procedury interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka w placówce nie zwalnia pracujących w niej osób od odpowiedzialności za bezpieczeństwo dzieci.

2 Faller, K. C. (2007). Coaching children about sexual abuse: A pilot study of professionals' perceptions. *Child Abuse & Neglect*, 31(9), 947-959.

O'Donohue, W., Cummings, C., & Willis, B. (2018). The frequency of false allegations of child sexual abuse: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(5), 459-475.

Trocme N, Bala N., (2005). False allegations of abuse and neglect when parents separate. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1333-1345.

Bradley, A. R., & Wood, J. M. (1996). How do children tell? The disclosure process in child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 20(9), 881-891.

**TABELA 1. Podstawowy schemat interwencji prawnej**

	<b>Interwencja cywilna</b>	<b>Interwencja karna</b>	<b>Niebieska Karta</b>
<b>Przesłanki</b>	Zagrożenie dobra dziecka – występuje wtedy, gdy okoliczności, w których znajduje się dziecko, mogą negatywnie wpłynąć na dobro dziecka, czyli na jego duchowy, psychiczny i fizyczny rozwój.*	Podjęcie podejrzenia popełnienia przestępstwa	Przemoc domowa**
<b>Forma interwencji</b>	Wniosek o wgląd w sytuację rodziny	Zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa	Wypełnienie formularza NK-A
<b>Właściwy organ/podmiot/adresat zgłoszenia</b>	Sąd rodzinny	Policja, prokuratura	Gminny/miejski zespół interdyscyplinarny
<b>Stosowane przepisy</b>	Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Kodeks postępowania cywilnego	Kodeks karny, Kodeks postępowania karnego	Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej

\*Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4.03.1999 r., sygn. II CKN 1106/98, LEX nr 1125073.

\*\* 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 narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę.

Dodatkowo, lekarz może podjąć decyzję o zatrzymaniu dziecka w szpitalu, jeżeli stwierdzi, że powrót do domu narazi dziecko na krzywdzenie. W przypadku podjęcia takiej decyzji ma on obowiązek niezwłocznie powiadomić sąd rodzinny i nieletnich właściwy dla położenia szpitala wraz z podaniem opisu sytuacji i przyczyn podjęcia działań.

## Podstawy prawne obowiązku podjęcia interwencji

- Art. 240 Kodeksu karnego nakłada obowiązek powiadomienia prokuratora lub policji na każdego, kto ma wiarygodną wiadomość o karalnym przygotowaniu, usiłowaniu lub dokonaniu m.in. tych czynów: zabójstwo (art. 148 kk), spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 kk), zgwałcenia małoletniego poniżej 15 r. ż., zbiorowe, „kazirodcze”<sup>3</sup> lub zgwałcenie ze szczególnym okrucieństwem (art. 197 §3 lub §4 kk), seksualne wykorzystanie niepełnoletniości lub bezradności (art. 198 kk), seksualne wykorzystanie małoletniego poniżej lat 15 (art. 200 kk). Niedopełnienie tego obowiązku jest zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3.
- Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej (art. 12) nakłada na osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, obowiązek niezwłocznego zawiadomienia o tym policji lub prokuratora. Ponadto ustawa ta nakłada na pracowników ochrony zdrowia obowiązek wszczęcia procedury Niebieskie Karty w sytuacji podejrzenia stosowania przemocy wobec dziecka. Przemoc w tym przypadku dotyczy przemocy fizycznej, przemocy psychicznej, przemocy seksualnej i przemocy z zaniedbania.
- Podstawę interwencji cywilnej stanowi art. 572 Kodeksu postępowania cywilnego. Każdy, kto wie o zagrożeniu dobra dziecka, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy.

3 kazirodcze tzn. wobec wstępnego, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry.

# Najczęstsze obawy i wątpliwości związane z podejmowaniem interwencji

## Co, jeśli się mylę?

Obawa przed dokonaniem błędnej oceny jest nieodłącznym elementem podejmowania interwencji. Zastanawiamy się, czy to, co chcemy zgłosić na pewno jest faktem i w jaki sposób moglibyśmy uzyskać pewność, że nasze podejrzenia są słuszne.

## CO MOŻESZ ZROBIĆ?

Pierwszym działaniem, jakie możesz wykonać, jest przyjrzenie się sytuacji pod kątem definicji prawnych. Jeśli dziecko, którym się zajmujesz, jest – lub podejrzewasz, że może być – pokrzywdzone przestępstwem to zawsze powinnaś/powinieneś zawiadomić o tym podejrzeniu policję lub prokuraturę. W niektórych przypadkach (zob. Aneks) podjęcie tej interwencji jest nie tylko Twoim obowiązkiem obywatelskim i zawodowym, ale także prawnym, pod groźbą odpowiedzialności karnej.

## PAMIĘTAJ!

- Nie musisz udowadniać służbom, że doszło do przestępstwa. Jako pracownik ochrony zdrowia działasz w ramach swoich obowiązków zawodowych w zakresie udzielenia pomocy pacjentowi, wykonania badań, zgromadzenia dokumentacji itd. Przeprowadzenie czynności dochodzeniowych i zweryfikowanie dowodów jest po stronie służb. Po Twojej stronie jest zgłoszenie zawiadomienia o popełnieniu lub podejrzeniu popełnienia przestępstwa oraz odnotowanie wszelkich obserwacji i podjętych działań w dokumentacji medycznej.
- Nie odpowiadasz karne za „błędne” zgłoszenie, oparte na chęci ochrony dziecka; osoba zgłoszona przez Ciebie jako potencjalny sprawca krzywdzenia dziecka musiałaby udowodnić, że zgłoszenie było specjalnie wymierzone w jej dobro i stanowiło z Twojej strony złośliwe działanie z premedytacją.

**Jeśli podejrzewasz, że dziecko może być krzywdzone, ale zachowanie sprawcy/-ów nie wypełnia znamion przestępstwa, ale np. dochodzi do zaniedbania potrzeb dziecka wówczas możesz:**

- przeanalizować dostępną dokumentację dziecka i przyrzeć się dokładnie relacjom między dzieckiem i rodzicami/opiekunami. Dziecko może prezentować zarówno fizyczne, jak i psychologiczne symptomy krzywdzenia. Mogą być one obecne również w interakcjach pomiędzy rodzicem/opiekunem i dzieckiem. Przyglądając się uważnie tym zachowaniom być może utwierdzisz się w swoich podejrzeniach lub uznasz, że są niesłuszne;
- przedyskutować swoje wątpliwości z zespołem, optymalnie złożonym z osób o różnych specjalizacjach, i wspólnie podjąć decyzję o dalszym działaniu. Możesz też przekazać swoje wątpliwości osobie odpowiedzialnej w placówce za przyjmowanie i prowadzenie interwencji.

## Chcę podjąć interwencję, ale nie wiem, jak to zrobić i/lub nie mam wsparcia w swoim miejscu pracy

W niektórych przypadkach podjęcie interwencji będzie stanowiło Twój obowiązek prawny, czasem zawodowy, czasem obywatelski, a czasem wypełni wszystkie te kategorie (por. wyżej Podstawowy schemat interwencji i Podstawy prawne obowiązku podjęcia interwencji).

### CO MOŻESZ ZROBIĆ?

- Podjąć formalną ścieżkę wynikającą z przyjętej przez placówkę procedury. Powołać się w rozmowie z przełożonymi/współpracownikami na to, że interweniujesz w zgodzie i na podstawie obowiązującej procedury.
- Podjąć interwencję niezależnie od miejsca pracy, interweniując jako osoba prywatna bądź jako przedstawiciel wykonywanego zawodu.
- Jeśli w placówce nie ma procedury postępowania w przypadku podejrzenia, że dziecko doświadcza krzywdzenia, możesz zwrócić uwagę osób zarządzających na tę potrzebę (szczególnie wobec istnienia ustawowego obowiązku posiadania takich procedur) i zawnioskować o przygotowanie procedury oraz przeszkolenie pracowników w tym obszarze.
- Skonsultować się z doświadczonymi w prowadzeniu interwencji osobami, np. pielęgniarką/pielęgniarem socjalnym z innej placówki i poprosić ich o wsparcie merytoryczne oraz emocjonalne.

## Boję się, że podjęcie interwencji zagrozi moim relacjom z rodzicami/opiekunami pacjenta i/lub może być niebezpieczne dla mnie

Podjęcie interwencji może wiązać się z pogorszeniem współpracy z rodzicami/opiekunami dziecka. W przypadkach szczególnie agresywnych dorosłych, osoby interweniujące mają podstawy obawiać się o własne bezpieczeństwo. Jeżeli udzielasz świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym lub uprawnionym, lub pomocy doraźnej i wykonujesz je w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jesteś szczególnie chroniony/-a. Przysługuje Ci taka sama ochrona, jaka przysługuje funkcjonariuszowi publicznemu, a osobie grożącej Ci, znieważającej Cię, dopuszczającej się czynnej napaści lub naruszającej Twoją integralność grożą sankcje karne<sup>4</sup>.

**Dbając o ochronę siebie samego, pamiętaj, że dziecko jest w tej sytuacji szczególnie bezbronne, ponieważ nie oddziela go od domniemanego sprawcy lub sprawczyni żaden bufor.**

### POWINNAŚ/POWINIENIEŚ:

- zadbać o własne bezpieczeństwo: jeśli rodzic/opiekun jest agresywny, możesz spróbować obniżyć poziom jego napięcia przez spokojną rozmowę, unikanie oceny i krytyki oraz nazwanie sytuacji (np. „Podczas badania zauważyłam punktowe oparzeliny na skórze dziecka. Jest to jeden z objawów przemocy”);
- w razie potrzeby poprosić o pomoc osobę trzecią, np. pracownika ochrony. Warto także zadbać, aby w rozmowie z trudnym rodzicem/opiekunem uczestniczyła inna osoba z personelu;
- pamiętać, że Twoja interwencja może być przełomem również dla rodzica/opiekuna, który jest osobą współzależną od krzywdzącego partnera/-ki;

<sup>4</sup> Art. 44 Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 11 ust. 2 pielęgniarki i położnej, art. 37 Ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

- w przypadkach, które nie dotyczą przestępstwa, możesz skorzystać z możliwości interwencji anonimowej. Anonimowo możesz poinformować ośrodek pomocy społecznej o swoich obawach związanych z sytuacją dziecka, jak również możesz złożyć anonimowy wniosek do sądu rodzinnego o wgląd w sytuację rodziny.<sup>5</sup>

## Obawiam się ingerować w sprawy osobiste obcych osób

Zareagowanie na krzywdzenie dziecka nie jest ingerencją w cudze sprawy osobiste, tak samo jak zareagowanie na kradzież czy wandalizm nie jest wtrącaniem się w cudze życie. Jest to pomoc osobie w potrzebie, która nawet może potencjalnie uratować jej życie.

**Interwencja jest procesem, który ma doprowadzić do zmiany sytuacji dziecka i zatrzymać krzywdzenie. Podjęcie tego działania wynika z aktów prawa międzynarodowego, takich jak Konwencja o prawach dziecka, ale także z Konstytucji RP.**

Zgodnie z art. 72.1. Konstytucji, Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka, a każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją.

### PAMIĘTAJ:

- możliwe, że jesteś pierwszą osobą, która zauważyła lub podejrzewa krzywdę dziecka, i możesz być dla tego dziecka również osobą, która tę krzywdę zatrzyma;
- małe dzieci są szczególnie bezbronne i bezradne, ponieważ są całkowicie zależne od najbliższych dorosłych. Jeśli najbliższe osoby je krzywdzą i przemoc nie zostanie zatrzymana, dziecko nie będzie miało jak się obronić, dokąd uciec ani poprosić o pomoc.

## Co, jeśli w wyniku mojej interwencji rodzina zostanie rozbita, a dziecko umieszczone w domu dziecka?

Zabezpieczenie dziecka poza rodziną jest ostatnim środkiem, po jaki sięga sąd rodzinny po wykorzystaniu dostępnych prób pomocy rodzinie: wsparcia socjalnego, pomocy asystenta rodziny, przydzielenia kuratora, skierowania rodziców na terapię, objęcia rodziców edukacją psychospołeczną i szeregu innych. W Polsce ponad 72 tysiące dzieci (czyli ok. 1 procent wszystkich dzieci) przebywa w pieczy zastępczej. Zostały zabezpieczone poza rodzinami biologicznymi, ponieważ ich życie lub zdrowie było zagrożone pomimo udzielania rodzicom wsparcia.

### PAMIĘTAJ:

- 78% dzieci przebywających w pieczy zastępczej trafia do rodzin zastępczych, a nie do domów dziecka;
- większość dzieci przebywających w rodzinach zastępczych wychowuje się w rodzinach zastępczych utworzonych przez dziadków, starsze rodzeństwo i innych krewnych;
- pracownicy socjalni podejmując decyzję o zabezpieczeniu dziecka pod opieką osób innych niż rodzice, mają obowiązek w pierwszej kolejności sprawdzić możliwość umieszczenia dziecka u najbliższych, bezpiecznych krewnych. Dom dziecka (piecza instytucjonalna) jest dopiero trzecim preferowanym wyborem po najbliższych krewnych oraz niespokrewnionej rodzinie zastępczej;
- wyjęcie dziecka z rodziny nie jest karą dla rodziców. Jest działaniem, które sąd podejmuje po to, aby ochronić życie lub zdrowie dziecka i dać mu szansę bezpiecznego rozwoju.

<sup>5</sup> Weź jednak pod uwagę, że gdy rezygnujesz z anonimowości, umożliwisz organom ścigania zebranie informacji o sytuacji dziecka (np. poprzez przesłuchanie Ciebie i dopytanie o istotne kwestie) i dzięki temu mogą szybciej ochronić dziecko przed dalszą eskalacją przemocy względem niego.

## Boję się, że moja interwencja pogorszy sytuację dziecka i może je narazić na dalsze krzywdzenie

Takie obawy może odczuwać wielu profesjonalistów i profesjonalistek, zwłaszcza jeśli podejmują interwencję po raz pierwszy lub jeśli dotyczy ona szczególnie poruszających przypadków.

### CO MOŻESZ ZROBIĆ?

- Skonsultować się z doświadczonymi w prowadzeniu interwencji osobami, np. pielęgniarką/pielęgniarem socjalnym z innej placówki. Poproś ich o wsparcie merytoryczne oraz emocjonalne.
- Skonsultować się ze specjalistami zajmującymi się ochroną dzieci przed przemocą i poprosić ich o rozmowę lub superwizję. Znajdziesz takie osoby m.in. w ośrodkach interwencji kryzysowej, gminnych zespołach interdyscyplinarnych, w organizacjach pozarządowych zajmujących się ochroną dzieci.

### PAMIĘTAJ:

- zadbanie o bezpieczeństwo dziecka po jego wyjściu z placówki medycznej nie jest Twoim zadaniem, a zadaniem wskazanych służb, którym zgłosiłaś/-eś interwencję. Nie obciążaj się odpowiedzialnością, która nie jest Twoja;
- niepodjęcie przez Ciebie interwencji nie poprawi sytuacji dziecka; brak działania może ją jednak pogorszyć. Przemoc ma dynamikę eskalacyjną. Większość rodziców, którzy doprowadzili do trwałych uszkodzeń ciała dziecka miało początkową intencję „skorygowania zachowania dziecka”; zaczęli od stosowania łżejszych kar fizycznych i nie zamierzali go drastycznie skrzywdzić. Do eskalacji przemocy doszło dlatego, że nikt temu wcześniej nie przeszkodził<sup>6</sup>.
- dla dziecka doświadczającego krzywdy i/lub zaniedbania sama reakcja osoby z zewnątrz już jest wsparciem.

**Reagując na krzywdę dziecka, dajesz mu sygnał, że nie jest samo i że istnieją dorośli, którym można zaufać.**

## Mam za mało czasu i zbyt dużo obowiązków, aby podejmować interwencję

Nadmiar czasu to luksus, który nie istnieje w ochronie zdrowia. Niektórzy pracownicy obawiają się, że interwencje będą czasochłonne, obciążające i wymagały ich zaangażowania również w późniejszym czasie.

### PAMIĘTAJ:

- to, że podejmujesz interwencję nie oznacza, że musisz przeprowadzić ją bezpośrednio i osobiście!
- o korzystaniu ze ścieżki interwencyjnej przyjętej w Twoim miejscu pracy: w zależności od Twojej roli i struktury placówki zwróć się do przełożonego/-ej (pielęgniarki lub położnej oddziałowej, ordynatora itd.) i/lub do osoby odpowiadającej za przyjmowanie i prowadzenie interwencji (np. pracownik socjalny, pielęgniarka socjalna). Przekaż im komplet informacji oraz dokumentów związanych ze sprawą;

<sup>6</sup> Gelles, R. J., & Straus, M. A. (1988). Intimate violence. New York: Simon & Schuster.

Graziano, A. M. (1994). Why we should study subabusive violence against children. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 412–419.

Nobes, G., Smith, M., Upton, P., & Heverin, A. (1999). Physical punishment by mothers and fathers in British homes. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 887–902.

Zigler, E., & Hall, N. W. (1989). Physical child abuse in America: Past, present and future. In D. Cicchetti & V. Carlson. *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 38–75). New York: Cambridge University Press.

- jeśli z różnych powodów nie jest możliwe wykonanie interwencji zgodnie z procedurą (np. ww. osoby są nieobecne, sytuacja jest nagła), należy zawiadomić służby, które podejmą czynności i przejmą interwencję. W takim przypadku sporządź notatkę służbową ze zdarzenia i przekaż ją niezwłocznie przełożonemu lub osobie odpowiadającej za prowadzenie interwencji w placówce;
- celem wprowadzenia procedur interwencyjnych w placówce jest m.in. ułatwienie skutecznego raportowania niepokojących zdarzeń bez niepotrzebnego obciążania personelu medycznego działaniami pozamedycznymi.

## CO TRZEBA WIEDZIEĆ?

- **Jeśli interwencja dotyczy przestępstwa lub podejrzenia popełnienia przestępstwa podlegającego art. 240 kk musisz ją podjąć. Niezgłoszenie jest zagrożone sankcją karną: jeżeli na jakimkolwiek późniejszym etapie prokuratura poweźmie informację, że byłeś/-eś osobą posiadającą podejrzenie lub wiedzę o tym, że dziecko zostało pokrzywdzone przestępstwem, i mimo to nie zawiadomiłeś/-eś o tym organów ścigania, będziesz odpowiadać karnie.**
- **Jeśli interwencja dotyczy innych przestępstw niż podlegające art. 240 kk masz społeczny (a w przypadkach związanych z przemocą domową również zawodowy) obowiązek podjęcia interwencji i zawiadomienia organów ścigania.**
- **W przypadku zgłoszeń o popełnieniu lub podejrzeniu popełnienia przestępstwa powinieneś/-aś liczyć się z reguły z dwukrotnym zaangażowaniem Cię w dalszy ciąg sprawy: podczas składania zeznań na policji lub w prokuraturze i podczas stawiennictwa w sądzie.**

## Widzę pewne niepokojące sygnały, mogące wskazywać na przemoc, ale nie mam wystarczających informacji, pewności ani zachowanej ciągłości opieki nad pacjentem

Taka sytuacja jest nierzadka w szpitalach, gdzie nieciągłość opieki jest wpisana w pracę zmianową. Może się również zdarzyć, że zdawane raporty nie zawierają wszystkich informacji o dziecku lub przepływ informacji potrzebnych do oceny sytuacji dziecka jest niedostateczny.

## CO MOŻESZ ZROBIĆ?

- Podzielić się swoimi obawami z innymi współpracownikami na zmianie i porównać obserwacje (zasada drugiego oka).
- Uważnie obserwować relację opiekuna z dzieckiem.
- Odnotować swoje obserwacje.
- Przekazać swoje obawy i obserwacje następnej zmianie prosząc, aby kontynuowano obserwację relacji opiekuna z dzieckiem i odnotowano to, co wydaje się niepokojące.
- Jeśli po wykonaniu powyższych kroków nie pozbyłeś/-eś się obaw, a Twoi współpracownicy nie podziwiają Twojego niepokoju, przekaż sprawę osobie odpowiedzialnej za prowadzenie interwencji w placówce lub przełożonemu, prosząc o ocenę sytuacji dziecka i podjęcie kroków, jakie wydają się adekwatne.

## Boję się, że reagując i podejmując interwencję nadmiernie się zaangażuję emocjonalnie

Zdawanie sobie sprawy z takiego ryzyka jest samo w sobie ważnym czynnikiem ochronnym. Osoby pracujące w ochronie zdrowia szczególnie narażone są na wypalenie, podobnie jak osoby pracujące na pierwszej linii kontaktu z dziećmi krzywdzonymi, wykorzystywanymi i zaniedbywanymi. Czasami są to te same osoby.

### CO MOŻESZ DLA SIEBIE ZROBIĆ?

- Kiedy czujesz, że zaczynasz się nadmiernie angażować w sprawę konkretnego skrzywdzonego dziecka, porozmawiaj o tym z innymi pracownikami i poproś ich o ocenę sytuacji.
- Porównuj spojrzenia i perspektywy: opinia osób widzących sytuację z boku może Ci pomóc w odzyskaniu dystansu.
- Poszukaj dla siebie pomocy i wsparcia.

## Nie wierzę w sens interwencji: mam złe doświadczenia i uważam, że służby pomimo zgłoszeń nic z tym dalej nie robią

Służby nie zawsze reagują adekwatnie, sądy nie działają szybko, a w praktykach pracowników socjalnych zdarzają się błędy. Jednak jako Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę od 1991 roku pomagamy krzywdzonym dzieciom i obserwujemy dalszy ciąg historii, o których pracownicy placówek medycznych nie mogą się dowiedzieć, ponieważ pracują „na pierwszej linii frontu”. Nie mają więc dostępu do wiedzy o tym, co wynikło z podjętych przez nich interwencji. Na kolejnych stronach chcemy Wam pokazać sens Waszych reakcji, interwencji i żmudnego uzupełniania dokumentacji.

## Historie dzieci

Wszystkie poniższe historie są prawdziwe i wydarzyły się konkretnym dzieciom, z którymi pracownicy naszej Fundacji mieli dalszy kontakt.

### Zaniedbanie

*Jedenastomiesięczna dziewczynka trafiła do szpitala miejskiego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza pediatrę z lokalnej przychodni. Lekarza zaniepokoiła wysoka gorączka dziecka i wyniki badań wskazujących na infekcję układu moczowego. Dziewczynka została hospitalizowana. Personel szpitalny zwrócił uwagę na ogólną kondycję dziecka: odwodnienie, niską masę ciała, rozległe odparzenia okolic intymnych, dziecko było brudne, a jego ubrania przesycone zapachem dymu papierosowego. Czujność medyków wzbudziły też zapisy w książeczce zdrowia dziecka, wskazujące na przewlekłość tych problemów. Rodzice dziecka byli mało komunikatywni i po dwóch dniach, pomimo trwającej antybiotykoterapii, zażądali wypisu dziecka. Personel szpitala zdecydował się zawnioskować do sądu rodzinnego o wgląd w sytuację rodzinną dziecka, opisując powyższe obserwacje i informując, że stan dziecka wskazuje na zaniedbanie, a jego zdrowie może być zagrożone. Równocześnie pielęgniarka socjalna skontaktowała się z ośrodkiem pomocy społecznej, przekazując obserwacje dotyczące dziecka i rodziny. Na tym interwencja szpitalna się zakończyła.*

## O CZYM PERSONEL SZPITALA SIĘ NIE DOWIEDZIAŁ?

Rodzina była objęta wsparciem socjalnym i nadzorem kuratorskim od dawna, dziewczynka była drugim dzieckiem w rodzinie. Była to rodzina dysfunkcyjna, której sytuacja była opisywana w wielu dokumentach i wnioskach. Od momentu narodzin dziewczynki kurator wnioskował o wyjęcie dzieci z rodziny, wskazując na przewlekłość zaniedbania i brak podejmowania przez rodziców działań naprawczych. Dokumentacja ze szpitala była ostatnią i decydującą opinią, która wsparła wnioski kuratora i pracowników socjalnych. Dwa tygodnie po opuszczeniu przez dziewczynkę szpitala sąd wydał postanowienie. Rodzeństwo zostało umieszczone w niespokrewnionej rodzinie zastępczej, która objęła dzieci wszechstronną opieką specjalistyczną i terapeutyczną. Rodzice nie podjęli walki o dzieci. Obecnie dzieci mają rodziców adopcyjnych, rozwijają się prawidłowo i odnoszą sukcesy w szkole.

## Przemoc fizyczna i psychiczna

*Sześciolatek trafił na SOR ze złamaniem. W toku postępowania diagnostycznego zespół medyczny nabrali podejrzenia, że uraz nastąpił w wyniku stosowania przemocy: wskazywał na to jego nieswoisty charakter oraz niespójność wyjaśnień dziecka, mamy i jej partnera. Odbyła się konsultacja międzyzespołowa (pielęgniarka socjalna, lekarz ortopeda, lekarka SOR, pielęgniarka oddziałowa) – początkowo nie było zgody co do podjęcia interwencji i jej ewentualnej formy, ostatecznie zdecydowano, że pielęgniarka oddziałowa ma zainicjować procedurę Niebieskie Karty. Tak się stało, chłopiec wkrótce opuścił szpital. Trzy miesiące później chłopiec znów zgłosił się z mamą na SOR z podejrzeniem kolejnego złamania. Tym razem lekarz ortopeda, poza prześwietleniem kończyny, zdecydował się również na prześwietlenie klatki piersiowej. Badanie wykluczyło złamanie ręki, ale potwierdziło obecność świeżo zaleczonych złamań trzech żeber. Lekarz zdecydował o powiadomieniu prokuratury na okoliczność podejrzenia znęcania nad dzieckiem, interwencja została przeprowadzona przez pielęgniarkę oddziałową, a lekarz złożył zeznania. Chłopiec opuścił szpital wraz z mamą.*

## O CZYM PERSONEL SZPITALA SIĘ NIE DOWIEDZIAŁ?

Rodzina chłopca była rodziną sprawiającą wrażenie wysoko funkcjonującej, co wpłynęło na wahania personelu medycznego odnośnie konieczności i formy interwencji podczas pierwszej hospitalizacji. Partner matki stosował jednak przemoc psychiczną i fizyczną wobec pasierba i jego matki. Wszczęcie procedury Niebieskie Karty było pierwszą interwencją systemu w rodzinę. Początkowo wstrząsnęło to matką, która jednak jako osoba współzależna nie była w stanie przerwać związku z przemocowym partnerem i dalej ukrywała sytuację domową przed otoczeniem. Zgłoszenie przez szpital podejrzenia znęcania spowodowało, że prokuratura wezwała matkę i ojczyzna na przesłuchanie. Wniosek został doręczony w dniu, w którym w domu rodziny przebywała babcia chłopca i to ona otworzyła drzwi listonoszowi. Doszło do kłótni między matką i córką, w wyniku której babcia zagroziła, że wystąpi do sądu z wnioskiem o opiekę nad wnukiem, ponieważ bezpieczeństwo dziecka jest zagrożone, a córka chroni partnera zamiast syna. Tak też zrobiła i sąd rodzinny zdecydował o tymczasowym powierzeniu pieczy nad dzieckiem babci. Chłopiec spędził pod opieką babci ponad rok. Utrzymywała ona regularny kontakt z córką i udzielała jej wsparcia po tym, jak zdecydowała się odejść od przemocowego partnera. Zatrzaszczyła się także o opiekę psychologiczną dla wnuka. Obecnie chłopiec mieszka z mamą i młodszą siostrą. Rodzina jest wolna od przemocy.

## Wykorzystanie seksualne

*Dwuletnia dziewczynka została przywieziona na SOR przez zespół karetki pogotowia. Wezwania dokonał ojciec dziecka, podając, że „dziecko przestało oddychać”. Dziecko było w stanie skrajnego niedożywienia, nie reagowało na bodźce. Podjęto czynności ratunkowe, wdrożono żywienie dożylnie. W trakcie dalszej diagnostyki szpitalnej wykluczono przyczyny organiczne. Na tym etapie szpital był zdecydowany skierować do sądu wnioski o wgląd w sytuację rodziny z uwagi na poważne nieprawidłowości w opiece. Lekarka pediatrii zwróciła jednak uwagę na ropny wyciek z cewki moczowej dziecka. Odbyła się konsultacja ginekologiczna, przeprowadzono badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, z pozytywnym wynikiem dla rzeżączki. Zespół lekarsko-pielęgniarski zdecydował wówczas o złożeniu zawiadomienia na prokuraturze i równoczesnym skierowaniu do sądu wniosku o wydanie zarządzeń opiekuńczych, ponieważ zarówno personel medyczny, jak i przełożeni byli zgodni, że dziecko nie może opuścić placówki dopóki sąd nie wypowie się w tej sprawie. Sąd zdecydował o zabezpieczeniu dobra dziecka z urzędu i wskazał, że osobami uprawnionymi do odbioru dziecka ze szpitala będą pracownicy domu dziecka (placówki opiekuńczo-wychowawczej), do której dziecko ma trafić po wypisie. Lekarka pediatrii i lekarz ginekolog złożyli zeznania na prokuraturze.*

### **O CZYM PERSONEL SZPITALA SIĘ NIE DOWIEDZIAŁ?**

Postępowanie przed sądem rodzinnym trwało cztery lata i zakończyło się pozbawieniem rodziców władzy rodzicielskiej. Dziewczynka spędziła w domu dziecka pół roku, a następnie została przeniesiona do zawodowej rodziny zastępczej o charakterze rodzinnego domu dziecka. Jej rodzice zastępczy podjęli wszechstronne działania pomocowe. Dziewczynka została objęta terapią psychologiczną, terapią dla dzieci z doświadczeniem wykorzystania seksualnego i programem wczesnego wspomagania rozwoju, a także opieką poradni gastroenterologicznej, dermatologicznej i kardiologicznej. W wieku pięciu lat wyrównała opóźnienia rozwojowe z wczesnego dzieciństwa. Z uwagi na rozwinięcie silnych więzi z rodzicami zastępczymi, ośrodek adopcyjny odstąpił od próby przeprowadzenia przysposobienia, a sąd postanowił, że pozostanie w rodzinnym domu dziecka do pełnoletności. Obecnie dziewczynka ma 15 lat, mieszka z rodzicami zastępczymi, bardzo dobrze funkcjonuje społecznie i emocjonalnie, zdecydowała również o przyjęciu nazwiska rodziców zastępczych.

---

Te dzieci – oraz tysiące innych, z którymi pracowaliśmy i pracujemy w Fundacji – dostały swoją szansę na dzieciństwo wolne od przemocy dzięki pracownikom ochrony zdrowia, którzy w pewnym momencie ich życia zauważyli symptomy krzywdzenia i zdecydowali się podjąć interwencję. Zrobili to pomimo swoich obaw i wątpliwości. Wielu z nich nigdy nie dowiedziało się o tym, jak zakończyły się historie dzieci, w sprawie których interweniowali. Mogą więc czuć zniechęcenie, mieć obraz własnej nieskuteczności i poczucie, że dołożyli zaledwie jeden dokument do piętrzącego się stosu akt, z czego i tak nie wynikła dla dziecka żadna zmiana na lepsze.

**Stojąc po drugiej stronie i pracując z doświadczeniami dzieci i młodzieży, którzy byli Waszymi pacjentami, chcemy Wam podziękować. [Daliście tym dzieciom siłę.](#)**

## Przesłanki interwencji prawnokarnej – wybrane przestępstwa

TABELA 2.

Przepis	Czego dotyczy	Odpowiedzialność karna za niezawiadomienie o przestępstwie (art. 240 kk) <sup>7</sup>	Spoleczny obowiązek zawiadomienia organów ścigania o popełnionym przestępstwie (art. 304 kpk)	Czy czyn jest ścigany z urzędu? <sup>8</sup>	Jakie działania interwencyjne należy podjąć?
<b>Art. 156 kk</b>	Ciężki uszczerbek na zdrowiu, czyli 1. pozbawienie człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, 2. spowodowanie innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpezcenia lub zniekształcenia ciała.	Tak	Tak	Tak	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji <sup>9</sup>
<b>Art. 157 kk</b>	Średni uszczerbek na zdrowiu oraz uszczerbek poniżej 7 dni (lekki uszczerbek) <sup>10</sup>	Nie	Tak	1. Ściganie umyślnego oraz nieumyślnego średniego uszczerbku odbywa się z urzędu. 2. Ściganie lekkiego uszczerbku popełnionego umyślnie, a także nieumyślnie odbywa się z oskarżenia prywatnego. 3. Jeżeli jednak spowodowano umyślnie lub nieumyślnie lekki uszczerbek u osoby najbliższej dla sprawy i wspólnie z nim zamieszkującej ściganie odbywa się z urzędu.	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji

TABELA 2.

<b>Przepis</b>	<b>Czego dotyczy</b>	<b>Odpowiedzialność karna za niezawiadomienie o przestępstwie (art. 240 kk)<sup>7</sup></b>	<b>Společný obowiązek zawiadomienia organów ścigania o popełnionym przestępstwie (art. 304 kpk)</b>	<b>Czy czyn jest ścigany z urzędu?<sup>8</sup></b>	<b>Jakie działania interwencyjne należy podjąć?</b>
<b>Art. 157 kk cd.</b>	Średni uszczerbek na zdrowiu oraz uszczerbek poniżej 7 dni (lekki uszczerbek) <sup>10</sup>	Nie	Tak	4. Z kolei ściganie nieumyślnego średniego lub lekkiego uszczerbku odbywa się na wniosek pokrzywdzonego, gdy jest nim osoba najbliższa dla sprawcy, niezamieszkująca z nim wspólnie. Postępowanie po złożeniu wniosku o ściganie toczy się dalej z urzędu.	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji
<b>Art. 158 kk</b>	Bójka i pobicie	Nie	Tak	Tak	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji
<b>Art. 160 kk</b>	Narażenie człowieka na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	Nie	Tak	Tak, poza nieumyślnym narażeniem na niebezpieczeństwo, które następuje na wniosek pokrzywdzonego <sup>11</sup>	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji
<b>Art. 190 kk</b>	Groźby karalne	Nie	Tak	Na wniosek pokrzywdzonego	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji
<b>Art. 190a kk</b>	Stalking (uporczywe nękanie)	Nie	Tak	Na wniosek pokrzywdzonego, chyba, że następstwem czynu jest targnięcie się pokrzywdzonego na życie, wówczas z urzędu.	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji
<b>Art. 191 kk</b>	Stosowanie przemocy lub gróźb celem zmuszenia do określonego zachowania	Nie	Tak	Tak	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji

TABELA 2.

<b>Przepis</b>	<b>Czego dotyczy</b>	<b>Odpowiedzialność karna za niezawiadomienie o przestępstwie (art. 240 kk)</b>	<b>Spoleczny obowiązek zawiadomienia organów ścigania o popełnionym przestępstwie (art. 304 kpk)</b>	<b>Czy czyn jest ścigany z urzędu?<sup>8</sup></b>	<b>Jakie działania interwencyjne należy podjąć?</b>
<b>Art. 197 § 3 i 4 kk</b>	Krzywdza seksualna: zgwałcenie, zgwałcenie zbiorowe, wobec małoletniego poniżej 15 r. ż., kazirodztwo <sup>12</sup> , ze szczególnym okrucieństwem, z wykorzystaniem bezradności.	Tak	Tak	Tak	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji
<b>Art. 198 kk</b>	Krzywdza seksualna: wykorzystanie niepoczytalności lub bezradności w celu doprowadzenia do obcowania płciowego lub innej czynności seksualnej	Tak	Tak	Tak	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji
<b>Art. 200 kk</b>	Krzywdza seksualna, czyli doprowadzenie do obcowania seksualnego lub czynności seksualnej z osobą poniżej 15 r. ż., a także prezentowanie dziecku treści pornograficznych bądź wykonania czynności seksualnej lub rozpowszechnianie i promowanie treści pornograficznych w sposób umożliwiający dziecku zapoznanie się z nimi	Tak	Tak	Tak	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji
<b>Art. 207 kk</b>	Znęcanie się fizyczne lub psychiczne	Nie	Tak	Tak	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji
<b>Art. 208 kk</b>	Rozpijanie małoletniego	Nie	Tak	Tak	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji

TABELA 2.

Przepis	Czego dotyczy	Odpowiedzialność karna za niezawiadomienie o przestępstwie (art. 240 kk)	Spoleczny obowiązek zawiadomienia organów ścigania o popełnionym przestępstwie (art. 304 kpk)	Czy czyn jest ścigany z urzędu? <sup>9</sup>	Jakie działania interwencyjne należy podjąć?
<b>Art. 210 kk</b>	Porzucenie małoletniego poniżej 15 r. ż.	Nie	Tak	Tak	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji
<b>Art. 211 kk</b>	Uprawdzenie lub przetrzymywanie małoletniego poniżej 15 r. ż. wbrew woli osoby powołanej do opieki lub nadzoru (nie dotyczy tzw. uprawnień rodzicielskich, gdy oboje z rodziców mają pełnię władzy rodzicielskiej).	Nie	Tak	Tak	Osobiste lub pisemne powiadomienie prokuratury lub policji

7 Art. 240 Kodeksu karnego nakłada obowiązek powiadomienia prokuratora lub policji na każdego, kto ma wiarygodną wiadomość o karalnym przygotowaniu, usiłowaniu lub dokonaniu konkretnych przestępstw. Niedopełnienie tego obowiązku jest zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3.

8 Czyn ścigany z urzędu to z reguły czyn o największej społecznie szkodliwości. Ze względu na interes społeczny, organy śledcze w takim przypadku podejmują działania z urzędu, to znaczy, że tryb ten nie wymaga podejmowania żadnego działania przez pokrzywdzonego. Policja i prokuratura po otrzymaniu informacji o popełnieniu czynu zabronionego ściganego z urzędu, mają obowiązek wszcząć postępowanie w tej sprawie, a wola pokrzywdzonego lub jego reprezentantów prawnych nie ma tutaj żadnego znaczenia.

9 Organem prowadzącym postępowanie przygotowawcze, czyli postępowanie karne na etapie przed skierowaniem sprawy do sądu, gdy gromadzi się dowody, w tym przesłuchuje świadków, zbiera ekspertyzy, dokumenty lub inne dowody (katalog tego, co może być dowodem w sprawie karnej) jest prokurator. Sprawę możesz zgłosić bezpośrednio do prokuratury bądź na policję, która przekaze zgłoszenie prokuratorowi, a ten zdecyduje o ewentualnym prowadzeniu sprawy przez policję pod prokuratorским nadzorem. Najczęściej przestępstwa prowadzone są przez prokuratora.

10 Średni uszczerbek od lekkiego uszczerbku różni czas trwania konsekwencji zdrowotnych (naruszenia czynności narządów ciała lub rozstroju zdrowia) dla pokrzywdzonego. Średnim uszczerbkiem jest to, co nie mieści się w definicji ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

11 To, że postępowanie toczy się na wniosek pokrzywdzonego oznacza, że do prowadzenia sprawy konieczna jest jego/jej wola wyrażona w sposób formalny - to jest w formie wniosku o ściganie. Po złożeniu wniosku o ściganie sprawa toczy się z urzędu. Wniosek o ściganie pozyskuje prokurator. Ty jako zawiadamiający się tym nie zajmujesz. To, że dany czyn ścigany jest na wniosek, w żaden sposób nie wpływa na skuteczność Twojego zawiadomienia ani na Twój społeczny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie.

12 Wobec wstępnego, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry.

## Przesłanki interwencji cywilnej

Przesłanką do podjęcia interwencji cywilnej, czyli złożenia do sądu rodzinno-opiekuńczego wniosku o wgląd w sytuację rodziny lub o wydanie zarządzeń opiekuńczych, jest zagrożenie dobra dziecka. W przepisach prawa pojęcie „dobra dziecka” nie jest zdefiniowane. Natomiast „zagrożenie dobra dziecka” rozumiane jest szeroko i dotyczy okoliczności, w których znajduje się dziecko, które mogą negatywnie wpłynąć na jego społeczny, psychiczny i fizyczny rozwój.

**Sąd każdorazowo ocenia sposób i skutki realizowania władzy rodzicielskiej wobec dziecka i jeżeli władza rodzicielska jest wykonywana ze szkodą dla dobra dziecka, sąd rodzinny i nieletnich (sąd opiekuńczy) dokonuje ingerencji we władzę rodziców – może ograniczyć, zawiesić lub pozbawić władzy rodzicielskiej.**

Ograniczenie rodzicom władzy rodzicielskiej ma aspekt działania profilaktycznego sądu, który dokonuje ingerencji w sferę władzy rodzicielskiej już w razie zagrożenia dobra dziecka, by zapobiec ujemnym skutkom niewłaściwego lub nieudolnego jej sprawowania. Do przykładów ograniczenia władzy rodzicielskiej należy m.in. poddanie rodziny nadzorowi ze strony kuratora bądź zobowiązanie jej do pracy z asystentem rodziny. Przepisy nie uzależniają wydawania potrzebnych zarządzeń od przyczyn nienależytego wykonywania władzy rodzicielskiej, działanie sądu ma zmierzać do usunięcia wszelkiego rodzaju źródeł zagrożenia dobra dziecka bez względu na to, czy trudności w wykonywaniu władzy rodzicielskiej są zawinione przez rodziców.

**Katalog możliwych sytuacji będących zagrożeniem dobra dziecka jest otwarty. W praktyce osoby wykonującej zawód medyczny przykładowo może to być:**

- zaniechanie potrzeb życiowych dziecka, takich jak np. prawidłowa higiena, żywienie dostosowane do wieku dziecka, zapewnienie odpowiedniej odzieży;
- zaniechanie potrzeb emocjonalnych i psychicznych dziecka;
- niewypełnianie zaleceń lekarskich;
- stosowanie kar fizycznych, surowe dyscyplinowanie dziecka przez rodziców/opiekunów;
- sytuacja, gdy wiadomo, że w rodzinie jest założona procedura Niebieskie Karty, ale potrzeby dziecka nadal nie są zaspokajane i jego sytuacja nie uległa poprawie.

## Przesłanki do zainicjowania procedury Niebieskie Karty

Procedura Niebieskie Karty nie jest postępowaniem karnym ani postępowaniem cywilnym. Funkcjonuje niejako równoległe do tych postępowań. Jest to procedura umożliwiająca współpracę różnych służb i instytucji z konkretną rodziną doświadczającą przemocy. Podstawowym celem procedury jest zatrzymanie przemocy, w tym zapewnienie bezpieczeństwa osobie nią dotkniętej.

W przypadku zawodów reprezentujących ochronę zdrowia, procedurę wszczyna się poprzez wypełnienie formularza Niebieska Karta A i przesłanie go do przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego, działającego w gminie, w której mieszka dziecko.

W skład zespołu wchodzi przedstawiciele wszystkich służb uprawnionych do prowadzenia procedury, a zatem przedstawiciele: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji lub Żandarmerii Wojskowej, oświaty, ochrony zdrowia.

Dodatkowo w skład zespołu mogą wchodzić przedstawiciele: organizacji pozarządowych, prokuratorzy, kuratorzy sądowi.

Na podstawie informacji uzyskanych od służb zaangażowanych w dany przypadek, osób doświadczających przemocy, osób stosujących przemoc, diagnozuje się sytuację rodziny i sporządza indywidualny plan pomocy rodzinie, w tym rozpoczyna się pracę z osobą doznającą przemocy i osobą stosującą przemoc. Indywidualną sprawę konkretnej rodziny prowadzi grupa diagnostyczno-pomocowa, w skład której obowiązkowo wchodzi pracownik socjalny (pracuje z osobą doznającą przemocy, w tym opracowuje indywidualny plan pomocy) i policjant (pracuje ze sprawcą). Grupa może być poszerzona o inne osoby, w tym o nauczyciela bądź osobę wykonującą zawód medyczny. W ramach procedury możliwe jest skierowanie osoby stosującej przemoc do programów korekcyjno-edukacyjnych lub terapeutycznych. Uporczywe niestosowanie się do takiego skierowania stanowi wykroczenie.

**Jeżeli indywidualny plan pomocy nie przynosi poprawy sytuacji lub jest niemożliwy do realizacji, a sytuacja w rodzinie nie zmienia się, w tym dochodzi do eskalacji przemocy, Zespół Interdyscyplinarny może sprawę rodziny przekazać organom wymiaru sprawiedliwości i zainicjować postępowanie karne lub rodzinne. Także po zakończeniu procedury monitoruje się sytuację osób, wobec których była ona prowadzona.**

Przesłanką do założenia procedury Niebieskie Karty jest przemoc, zdefiniowana w Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej jako 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 narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę. Do wszczęcia procedury nie jest wymagana zgoda osoby doznającej przemocy ani osoby stosującej przemoc.

W praktyce osoby wykonującej zawód medyczny będą to wszystkie sytuacje, które nie stanowią przestępstw podlegających obowiązkowi zawiadomienia policji/prokuratury, ale budzą wątpliwości, czy dziecko ma zapewnione bezpieczeństwo fizyczne i emocjonalne, czy jest traktowane z szacunkiem, czy otrzymuje właściwą opiekę i wsparcie, czy nie jest narażone na demoralizację lub jest świadkiem przemocy.

**Do przykładów sytuacji, w których należy wszcząć procedurę, będzie należało traktowanie dziecka w sposób uwłaczający, tzw. klapsy, popychanie, nadmierna krytyka, napady nieuzasadnionej złości ze strony rodzica.**

Wiele z pojęć, które zostały tu omówione, łączy się ze sobą i krzyżuje. Może się zdarzyć, że sytuacja, której doświadcza dziecko, jednocześnie może być uznana za przestępstwo, przemoc domową i naruszenie oraz zagrożenie dobra dziecka (np. do zagrożenia dojdzie w przypadku rodzeństwa dziecka krzywdzonego). Ostatecznej oceny zachowania sprawcy dokonują organy wymiaru sprawiedliwości (prokuratorzy oraz sądy). Jeżeli masz wątpliwość, jak ocenić zachowanie sprawcy wobec dziecka lub gdy masz za mało danych, by jednoznacznie stwierdzić, co się dzieje, wybierz procedurę Niebieskie Karty. Zespół Interdyscyplinarny, niezależnie od innych działań mających zatrzymać przemoc, zawsze może złożyć zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa, a także poinformować sąd rodzinny o konieczności wglądu w sytuację dziecka.

Miejsce, dnia .....

Prokuratura Rejonowa

w .....<sup>1</sup>

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 niej<sup>2</sup>.

*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 zawodowej<sup>3</sup>.

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 reprezentacji<sup>4</sup>
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.

Miejsce, dnia .....

Sąd Rejonowy

w .....

Wydział Rodzinny i Nieletnich<sup>1</sup>

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 urodzenia<sup>2</sup>) 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 reprezentacji<sup>3</sup>
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.

**Standardy Ochrony Dzieci (SOD)** – zbierają w jednym miejscu, porządkują i doprecyzowują zasady, 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\*.

Standardy wdrażane w placówce medycznej powinny być dostosowane do jej specyfiki i odpowiadać na potrzeby dzieci-pacjentów, ich rodziców/opiekunów oraz całego personelu – zarówno osób wykonujących zawody medyczne, jak i innych specjalistów, administrację i personel pomocniczy.

Standardy obejmują kluczowe kwestie dotyczące ochrony dzieci przed krzywdzeniem:

- Zasady rekrutacji i weryfikacji personelu (sprawdzanie pod kątem niekaralności za przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności oraz weryfikację, że wobec pracowników nie toczy się żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie).
- Obowiązek identyfikowania sytuacji mogących świadczyć o krzywdzeniu dziecka (przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie) oraz podejmowania określonych interwencji w tych przypadkach.
- Opracowanie przejrzystej procedury reagowania na podejrzenie, że dziecko doświadcza krzywdzenia, ścieżkę prowadzenia interwencji prawnej i wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za ochronę dzieci.
- Zasady bezpiecznych relacji między personelem i dzieckiem, czyli określenie co jest w kontakcie z małym pacjentem działaniem pożądanym, a co jest niedopuszczalne.
- Zasady bezpiecznego korzystania z mediów elektronicznych przez dzieci, w tym z Internetu,
- Zasady ochrony wizerunku i danych osobowych dzieci.

\*Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw, wprowadza nowe instrumenty ochrony praw dzieci i m.in. nakłada na podmioty prowadzące działalność leczniczą obowiązek posiadania standardów ochrony małoletnich. Czas na podporządkowanie się tej regulacji to 6 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy.



Zdjęcie: Aditya Romansa (unsplash.com)

## Standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych

Więcej o standardach ochrony dzieci:  
[standarty.fdds.pl/placowkimedyczne](https://standarty.fdds.pl/placowkimedyczne)

- czym są standardy ochrony dzieci?
- jak wdrażać standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych?
- jakie są zasady postępowania zawodów medycznych w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka?
- webinary, publikacje, przykładowe procedury i wskazówki dla osób pracujących w ochronie zdrowia

Serwis internetowy dla profesjonalistów pracujących z rodzicami i dziećmi:  
[edukacja.fdds.pl](https://edukacja.fdds.pl)

- materiały edukacyjne oraz kursy e-learningowe poświęcone problemowi krzywdzenia dzieci i jego profilaktyki
- informacje o konferencjach i szkoleniach z zakresu zapobiegania przemocy wobec dzieci

**Zatrzymajmy przemoc,  
zanim się pojawi!**

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



STANDARDY  
OCHRONY

**dzieci**

PLACÓWKI  
MEDYCZNE



FUNDACJA  
DAJEMY  
DZIECIOM  
SIŁĘ



# Czym jest krzywdzenie dziecka i jak je rozpoznać?

INFORMACJE DLA OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWÓD MEDYCZNY

## CZYM JEST KRZYWDZENIE DZIECKA I JAK JE ROZPOZNAĆ?

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że krzywdzeniem jest każde zamierzone i niezamierzone działanie lub zaniechanie działania jednostki, instytucji lub społeczeństwa jako całości i każdy rezultat takiego działania lub bezczynności, które naruszają równe prawa i swobody dzieci i/lub zakłócają ich optymalny rozwój.

**Przemoc wobec dziecka** (ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej) – jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste dziecka, w szczególności narażające je na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające jego godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na jego zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy.

### Dziecko – osoba, która nie ukończyła 18 roku życia.

Krzywdzenie dziecka może przybierać różne formy, z reguły współwystępujące. Wszystkie mają krótko i długoterminowe znaczące konsekwencje dla rozwoju fizycznego, emocjonalnego, poznawczego i społecznego dziecka.

#### Przemoc fizyczna

- To przemoc, w wyniku której dziecko doznaje faktycznej fizycznej krzywdy lub jest nią potencjalnie zagrożone.
- Krzywda ta następuje w wyniku działania bądź zaniechania działania ze strony rodzica lub innej osoby odpowiedzialnej za dziecko.
- Może być czynnością powtarzalną lub jednorazową.
- To bicie, szarpanie, popychanie, rzucanie przedmiotami, kopanie dziecka, potrząsanie nim lub rzucanie, drapanie, szczypanie, gryzienie, ciągnięcie za włosy/uszy, zmuszanie do przebywania w niewygodnej pozycji, przypalanie, poparzenie lub zmuszanie do zjedzenia/połknięcia czegoś.

**Uwaga!** Klaps to też przemoc! Zakaz stosowania kar cielesnych w Polsce obowiązuje od 1 sierpnia 2010 r.\*

#### Przemoc emocjonalna

- Przewlekła, niefizyczna, szkodliwa interakcja pomiędzy dzieckiem a opiekunem, obejmująca zarówno działania, jak i zaniechania.
- Zaliczamy do niej m.in.: niedostępność emocjonalną, ignorowanie potrzeb emocjonalnych dziecka, relację z dzieckiem opartą na wrogości, obwinianie, oczernianie, odrzucanie, upokarzanie, straszenie, przypisywanie negatywnych cech dziecku, nieodpowiednie rozwojowo lub niekonsekwentne interakcje z dzieckiem, niedostrzeganie lub nieuznawanie indywidualności dziecka i granic psychicznych pomiędzy rodzicem/opiekunem a dzieckiem.
- Przemocą jest także nieodpowiednia socjalizacja, demoralizacja, a także sytuacja, gdy dziecko jest świadkiem przemocy.

\* Art. 96(1). kro. Osobom wykonującym władzę rodzicielską oraz sprawującym opiekę lub pieczę nad małoletnim zakazuje się stosowania kar cielesnych.

#### Przemoc seksualna (wykorzystanie seksualne dziecka)

- Każda czynność seksualna podejmowana z dzieckiem poniżej 15 rż.
- Włączanie dziecka w aktywność seksualną: którą nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody, i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób, i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa.
- Aktywność seksualna między dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem a innym dzieckiem, jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w relacji opieki, zależności, władzy.
- Kontakt fizyczny (dotykanie intymnych części ciała, penetracja).
- Bez kontaktu fizycznego – ekshibcjonizm, wszelkie formy werbalnego molestowania i skłaniania do kontaktu z treściami pornograficznymi, grooming (uwodzenie w internecie w celu nawiązania kontaktu).
- Komercyjne kontakty seksualne z dzieckiem (wyzyskiwanie seksualne dziecka), gdy w zamian za udział w czynnościach seksualnych dziecko otrzymuje korzyść lub obietnicę korzyści.

#### Zaniedbanie

- Niezaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka i/lub niespektowanie jego podstawowych praw przez rodziców, opiekunów, lub inne osoby zobowiązane do opieki, wychowania i ochrony dziecka.
- Obejmuje zarówno pojedyncze sytuacje, jak i schemat funkcjonowania, w którym rodzic/opiekun nie zapewnia odpowiednich warunków rozwoju i dobrostanu dziecka.
- Może to dotyczyć takich obszarów jak:
  - zdrowie,
  - edukacja,
  - rozwój emocjonalny,
  - odżywianie,
  - schronienie i bezpieczne warunki życia.

**Brak oznak i objawów nie oznacza, że dziecko nie doświadcza krzywdzenia. W niektórych przypadkach przemoc nie pozostawia widocznego śladu. Obecność niektórych oznak i symptomów nie musi być dowodem na to, że doszło do przemocy wobec dziecka. Należy je traktować jako podstawę do rozważenia, czy dziecko nie jest krzywdzone. Jednocześnie istnieją objawy, które w wysokim stopniu uprawdopodobniają, że powstały w wyniku stosowania przemocy.**

## SYMPTOMY – NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ?

Obserwując dziecko i analizując poniższe symptomy pamiętaj o ocenie kontekstowej: zwróć uwagę nie tylko na symptomy fizyczne, ale także zachowanie dziecka i rodzica/opiekuna, sytuację dziecka (wiek, kondycja, sytuacja rodzinna, bytowa itd.), postawione wcześniej rozpoznania i diagnozy itd.

### Najczęściej obserwowane oznaki fizyczne możliwego krzywdzenia dziecka

- Widoczne obrażenia ciała, których pochodzenie trudno wyjaśnić i/lub które występują w miejscach przykrytych ubraniami i/lub u dziecka, które nie porusza się samodzielnie.
- Rany, otarcia, blizny, sińce, stłuczenia w miejscach nietypowych dla przypadkowych urazów: plecy, pośladki, ramiona, uda, brzuch, krocze i stopy, okolica oczodołów (bez urazu czoła), policzki, usta, skroń, szyja, uszy.
- Urazy na więcej niż jednej płaszczyźnie kończyny, głowy, tułowia.
- Ślady mają charakterystyczny kształt odcisku dłoni, palców, przedmiotów, szczypania, drapania, gryzienia, duszenia.
- Siniaki okularowe, sińce liczne, często symetryczne, w różnej fazie gojenia.
- Urazy głowy u dzieci poniżej 3 rż.
- Okrągłe punktowe poparzenia, oparzenia na plecach i pośladkach u małych dzieci, na grzbietowej powierzchni dłoni, rękawiczkowe/skarpetkowe.
- Złamania u dzieci poniżej 3 rż., złamania kości kończyny górnej u dziecka niechodzącego, złamania spiralne, złamania dystalne, złamania żeber, złamania bez urazu lub po urazie nieadekwatnym np. upadek z kanapy.
- Obrażenia w obrębie jamy ustnej: zasinienia śluzówek warg górnych i dziąseł z rozdarciem wędzidełka.
- Stłuczenia i skaleczenia warg, dna jamy ustnej i języka w wyniku prób karmienia na siłę, wpychania smoczka etc., urazy kącików ust, krwiopłucie i krwawe wymioty, bezpośrednie urazy podniebienia miękkiego, tylnej ściany gardła, złamania zębów, uszkodzenia dziąseł, złamanie żuchwy.
- Urazy nosa, złamania, krwiaki (zropiałe) przegrody nosa.
- Wielokrotne „przypadkowe” zatrucia, niewyjaśnione nieżyty żołądkowo-jelitowe.
- Odmrożenia, hipotermia.
- Słaby przyrost masy ciała, niedożywienie.

### Najczęściej obserwowane symptomy i objawy związane z wykorzystywaniem seksualnym

- Uporczywe i/lub nawracające objawy (np. krwawienie, nieprawidłowa wydzielina, ból, dyskomfort) ze strony odbytu/narządów płciowych bez wyjaśnienia medycznego.
- Ślady obecności ciała obcego w pochwie lub odbycie. Objawem wskazującym na ciało obce w pochwie może być obfita wydzielina.
- Infekcja chorobami przenoszonymi drogą płciową u dziecka poniżej 15 rż.
- Infekcja chorobami przenoszonymi drogą płciową u dziecka i młodzieży powyżej 15 rż. bez wyraźnego wskazania na dobrowolną aktywność seksualną z rówieśnikiem.
- Infekcja wirusem HBV (hepatitis B), brodawki wirusowe narządów płciowych (kłykciny kończyste) u dziecka poniżej 15 rż. o ile wykluczono transmisję okołoporodową, nie seksualną transmisję od osoby mieszkającej w tym samym gospodarstwie domowym, a w przypadku dziecka i młodzieży powyżej 15 rż. również dobrowolną aktywność seksualną z rówieśnikiem.
- Ciąża powstała u dziecka poniżej 15 rż. lub ciąża u nastolatki powyżej 15 rż. będąca wynikiem niedobrowolnej aktywności seksualnej.
- Infekcja chorobami przenoszonymi drogą płciową u dziecka poniżej 15 rż. lub ciąża u nastolatki pow. 15 rż., w sytuacji, gdy widoczna jest wyraźna różnica w wieku, sile lub stopniu dojrzałości między młodą kobietą a jej partnerem/domniemanym ojcem. Szczególną uwagę należy zwrócić na przypadek związku kazirodczego lub z osobą cieszącą się zaufaniem (na przykład nauczycielem, trenerem sportowym, duchownym) lub jeśli może istnieć podejrzenie wyzyskiwania seksualnego.

# ZACHOWANIA, KTÓRE MOGĄ BYĆ SYGNAŁEM, ŻE DZIECKO JEST KRZYWDZONE

## Na jakie zachowania ZE STRONY DZIECKA warto zwrócić uwagę:

---

- Wyraźna zmiana w zachowaniu dziecka – wycofanie, zubożenie, lub nadmierne pobudzenie, trudność w regulacji emocji, którą trudno wyjaśnić stanem zdrowia czy okolicznościami.
- Dziecko zachowuje się w sposób nieadekwatny do wieku, jest zbyt infantylny lub nadmiernie dojrzały.
- Wyraźnie inne zachowanie w obecności rodzica/opiekuna, niż w obecności innych osób.
- Dziecko boi się rodzica/opiekuna.
- Długotrwały, silny, niemożliwy do ukojenia płacz.
- Opóźnienie w rozwoju fizycznym lub emocjonalnym.
- Strach przed określonymi osobami, sytuacjami, miejscami i nasilony niepokój.
- Problemy ze snem, koszmary, lęk przed zasypianiem.
- Moczzenie, moczzenie nocne, zanieczyszczanie kałem.
- Zaburzenia jedzenia, odmowa jedzenia lub nadmierne objadanie się, wymioty.
- Powtarzające się lub przymusowe zachowania seksualne.
- Dziwne lub nieadekwatne do wieku zainteresowanie seksem (np. dziecko jest nadmiernie rozbudzone, dużo mówi o seksie, używa zbyt dorosłego lub wulgarnego słownictwa, wykazuje znajomość szczegółów związanych z aktywnością seksualną).
- Przejawy zachowań seksualnych u dzieci przed okresem dojrzewania, np. zachowania odtwórcze, w tym kontakt ustno-genitalny z innym dzieckiem lub lalką, dotykanie lub proszenie o dotykanie okolic narządów płciowych, wkładanie lub próba włożenia przedmiotu, palca lub penisa do pochwy lub odbytu innego dziecka.
- Niechęć do przebierania się w towarzystwie innych.
- Samookaleczanie się, nadużywanie substancji psychoaktywnych.

## Na jakie zachowania ZE STRONY RODZICA/OPIEKUNA warto zwrócić uwagę:

---

- Nie potrafi wyjaśnić mechanizmu urazu, podaje informacje nieadekwatne, niespójne lub sprzeczne.
- Zmienia wyjaśnienia co do okoliczności powstania urazu.
- Zgłasza się po dłuższym czasie od pojawienia się objawów u dziecka.
- Przypisuje odpowiedzialność za powstanie urazu osobie trzeciej.
- Wykazuje brak (lub nadmierne) zainteresowanie urazem/stanem dziecka.
- Nie reaguje na płacz, ból dziecka, nie okazuje emocji podczas opowiadania o dziecku.
- Jest emocjonalnie niedostępny, nie reaguje na obecność dziecka, a w szczególności niemowlęcia.
- Ma negatywne lub wrogie nastawienie do dziecka, odrzuca je lub robi z niego kozła ofiarnego.
- Ma niewłaściwe rozwojowo oczekiwania lub interakcje z dzieckiem.
- Stosuje groźby, surową dyscyplinę, w tym kary fizyczne.
- Wykorzystuje dziecko do zaspokajania potrzeb osoby dorosłej (np. poprzez angażowanie w spory między opiekunami, czy stawianie w roli opiekuna i powiernika osoby dorosłej).
- Nie zapewnia odpowiedniej socjalizacji dziecka (np. angażuje dziecko w działania niezgodne z prawem, nie dostarcza odpowiedniej stymulacji lub edukacji).
- Przejawia nadopiekuńczość wobec dziecka, izoluje je od rówieśników.
- Przekracza dopuszczalne granice w kontakcie fizycznym, np. podczas zabawy z dzieckiem.
- Jest bezradny życiowo, niezaradny, lub w stanie zdrowia uniemożliwiającym zadbanie o potrzeby dziecka.
- Nadużywa alkoholu i środków psychoaktywnych.
- Stosuje przemoc wobec innych członków rodziny.

## Symptomy wynikające z zaniedbania:

- Dziecko jest brudne, często nieprzyjemnie pachnie, nie jest prawidłowo pielęgnowane (np. pozostawiane przez długi czas w zabrudzonych pieluchach).
- Dziecko nie otrzymuje odpowiedniej opieki medycznej (np. nie jest szczepione, nie ma okularów, nie otrzymuje zaleconych leków).
- Dziecko lub nastolatek jest ubrany niewłaściwie do pogody.
- Dziecko ma pogorszenie wyników w nauce, jest często nieobecne w szkole czy przedszkolu.
- Dziecko nie otrzymuje regularnych posiłków, jest głodne, kradnie jedzenie kolegom.
- Dziecko przebywa w otoczeniu nieprzystosowanym do jego etapu rozwojowego, co zagraża jego bezpieczeństwu.
- Dziecko pozostaje w domu bez opieki osoby dorosłej.

## KROKI W CELU USTALENIA, CZY DZIECKO MOŻE DOŚWIADCZAĆ KRZYWDZENIA

### 1. Słuchaj i obserwuj

Weź pod uwagę wszystkie dostępne Ci informacje, w tym:

- jaki jest powód zgłoszenia dziecka do placówki medycznej;
- wygląd dziecka i jego zachowanie;
- objawy i fizyczne ślady na ciele dziecka;
- wyniki badań;
- czy wcześniej zgłaszano krzywdzenie dziecka lub ujawniło to dziecko lub inna osoba;
- przebieg interakcji między rodzicem/opiekunem a dzieckiem.

### 2. Poszukaj wyjaśnienia

W sposób otwarty i nieosądzający poszukaj wyjaśnienia dla jakiegokolwiek urazu, symptomu lub objawu występującego u dziecka. Niewystarczające wyjaśnienie to:

- nieadekwatne do objawów, symptomów lub zachowań dziecka;
- nieadekwatne dla etapu rozwoju lub wieku dziecka;
- gdy informacje podawane przez rodziców/opiekunów i samo dziecko są niespójne lub sprzeczne;
- gdy wyjaśnienia rodziców/opiekunów co do przyczyny objawu są zmiennie w czasie;
- gdy rodzice/opiekunowie powołują się na zwyczaje kulturowe lub tradycję – w żadnym wypadku nie usprawiedliwiają one krzywdzenia dziecka.

### 3. Udokumentuj

Zapisz w dokumentacji klinicznej dziecka dokładnie to, usłyszałeś/łaś i obserwujesz, z adnotacją od kogo pochodzi informacja, kiedy ją otrzymałeś/łaś i dlaczego budzi ona niepokój, co do bezpieczeństwa dziecka.

## 4. Rozważ, podejrzewaj lub wyklucz stosowanie przemocy wobec dziecka

**Jeśli objawy skłaniają Cię do ROZWAŻENIA, że jedną z wielu przyczyn ich wystąpienia może być krzywdzenie dziecka:**

- Sprawdź, czy nie ma innych symptomów krzywdzenia.
- Zbierz więcej informacji od dziecka i jego rodziców/opiekunów.
- Zrób notatkę i umieść ją w dokumentacji.
- Omów wątpliwości z osobą wskazaną do przyjmowania i prowadzenia interwencji lub z doświadczonym kolegą/ współpracownikiem.

**Jeśli widzisz wysokie prawdopodobieństwo (PODEJRZEWASZ), że objawy są wynikiem stosowania przemocy wobec dziecka:**

- Przeprowadź dokładny wywiad, badanie fizykalne i diagnostykę różnicową.
- Zapewnij dziecku bezpieczeństwo.
- **INTERWENIUJ.** Jeśli w placówce, w której pracujesz obowiązuje procedura postępowania w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka, postępuj zgodnie z opisanymi w niej krokami. W innym przypadku, przekaz uzyskaną wiedzę przełożonemu (kierownikowi przychodni, ordynatorowi/oddziałowej, lekarzowi dyżurnemu). Możesz również podjąć działania samodzielnie.

**+** więcej o interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka w broszurze *Ochrona zdrowia, ochrona dzieci. Jak skutecznie i zgodnie z prawem reagować w sytuacji podejrzenia, że dziecko-pacjent jest krzywdzone?*

**Możesz WYKLUCZYĆ, że dziecko jest krzywdzone, jeśli:**

- Po zebraniu dodatkowych informacji i diagnozie różnicującej stwierdziłeś/łaś medyczną przyczynę objawów.
- Dziecko nie prezentuje objawów wskazujących na udział osób trzecich (np. uraz nieprzypadkowy, ciąża u dziewczynki poniżej 15 lat i 9 miesięcy).
- Nie występują dodatkowe czynniki ryzyka krzywdzenia dziecka (np. przemoc domowa w rodzinie, procedura NK).
- Omówiłeś/łaś wątpliwości z osobą wskazaną do przyjmowania i prowadzenia interwencji lub z bardziej doświadczoną osobą z zespołu.

**Dokumentuj wszystkie działania podjęte w krokach 1-4 i ich rezultaty.**

## MALTRETOWANIE DZIECI

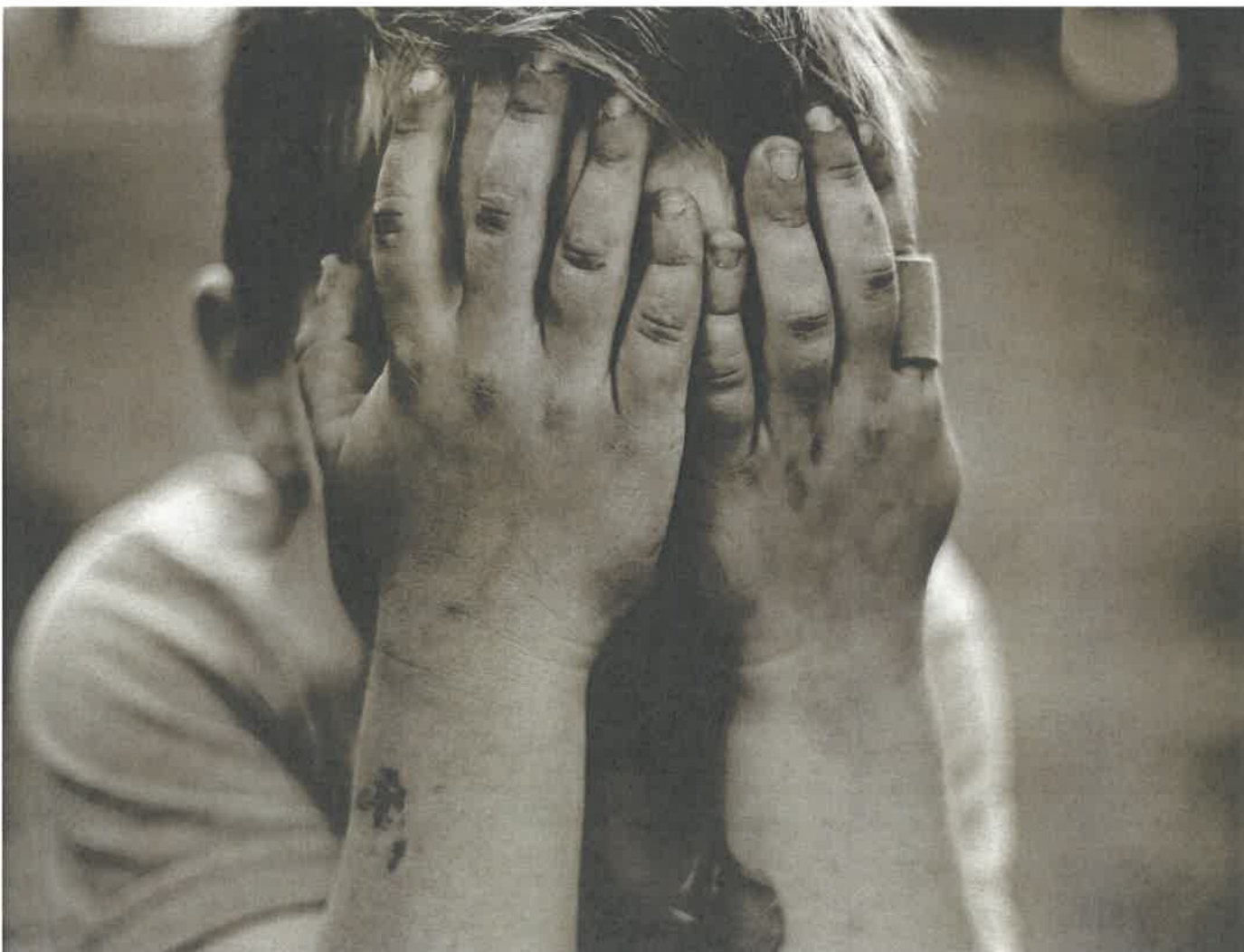
### Jednostka T74

Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 wyróżnia jednostkę chorobową T74 – zespoły maltretowania, wśród których sklasyfikowane są wszystkie formy krzywdzenia dziecka. Wystąpienie jednej z tych form staje się problemem medycznym, podlegającym interwencji ochrony zdrowia.

### Koduj podwójnie

Uzupełniając informację medyczną o dziecku-pacjencie, wypełnij zarówno kod opisu urazu, jak i kod przyczyny powstania urazu. Umożliwia to monitorowanie bezpieczeństwa dzieci i precyzyjniejszą ocenę częstości występowania przemocy wobec dzieci.

- **T74.2. Nadużycie seksualne.** Poza udzieleniem pomocy medycznej dziecku, dodatkowo zawsze wymaga zawiadomienia prokuratury lub policji (art. 197 § 3 i 4 k.k.; art. 198 k.k.; art. 200 k.k.). Niezgłoszenie podejrzenia popełnienia przestępstwa zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat 3 (art. 240 k.k.)
- **T74.1., T74.8., T74.9. Nadużycie fizyczne – zespół dziecka maltretowanego. Inne zespoły maltretowania. Zespół maltretowania nieokreślony.** Poza udzieleniem pomocy medycznej dziecku, dodatkowo zawsze wymaga zawiadomienia prokuratury lub policji. Jeśli wiąże się z ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu (art. 156 k.k.) niezgłoszenie przestępstwa będzie wiązało się z sankcją karną (art. 240 k.k.).
- **T74.0. Porzucenie i zaniedbanie.**
- **T74.3. Nadużycie psychiczne.**



# SZCZEGÓLNE PRZYPADKI KRZYWDZENIA DZIECKA

## Zaniedbanie prenatalne

- Picie alkoholu (FASD), używanie substancji psychoaktywnych, dopalaczy, energetyków, palenie papierosów, nadużywanie leków i brak odpowiedniej opieki medycznej, w tym badań prenatalnych.

## Zespół Dziecka Maltretowanego

### Najbardziej narażone są dzieci poniżej 3. roku życia.

- Niewspółmierność pomiędzy motywem konsultacji i obrazem klinicznym.
- Rozbieżność między wyjaśnieniami podanymi przez rodziców/opiekunów i objawami.
- Wyjaśnienia rodziców/opiekunów są niedokładne, sprzeczne ze sobą, zmienne w czasie.
- Długi odstęp czasu między początkiem zaburzeń a zgłoszeniem się do lekarza.
- Brak korelacji między etapem rozwoju dziecka a rodzajem urazu.
- Ślady poprzednich urazów w różnej fazie gojenia, których opiekun nie umie wyjaśnić lub z ich powodu nie szukał pomocy lekarskiej.
- W wywiadzie częsta zmiana lekarza leczącego dziecko lub wizyty w różnych placówkach z powodu „wypadków” lub zranień.
- Wielokrotne „przypadkowe” zatrucia, ale też niewyjaśnione nieżyty żołądkowo jelitowe.
- Niestosowanie się do zaleceń podstawowej opieki zdrowotnej, opóźnienia w szczepieniach, w bilansach.
- Dziecko jest apatyczne, wycofane, obojętne lub nadmiernie pobudzone, agresywne.
- Dziecko wyraźnie lepiej się czuje, gdy rodzica nie ma w pobliżu, dobrze współpracuje z personelem medycznym, jest dzielne i często nie przejawia typowego w kontakcie z lekarzem strachu.
- Objawy psychosomatyczne u starszych dzieci: zaburzenia odżywiania, wymioty, moczenie nocne, zaburzenia snu, zaburzenia zachowania.

## Zastępczy/przeniesiony zespół Münchhausena

### Najczęściej rozpoznawany u dzieci do 6 r.ż.

- Celowe wywoływanie przez rodzica/opiekuna (przeważnie matki) objawów chorobowych u dziecka. Objawy te zazwyczaj mają charakter przewlekły lub nawracający, ponadto rodzice przekazują lekarzom fałszywe informacje na temat dotychczasowego przebiegu choroby u ich dzieci.
- Wśród wywoływanych objawów najczęściej zdarzają się:
  - niezborność ruchowa i patologiczna senność na skutek podawania dzieciom dużych dawek barbituranów,
  - uporczywe wymioty na skutek mechanicznej prowokacji,
  - hipoglikemia po podaniu insuliny i zakażenia wywołane wstrzykiwaniem zanieczyszczonych substancji.
- Wielokrotne hospitalizacje dziecka, zgłaszane nietypowe objawy chorobowe lub nietolerowanie przez dziecko zaleconego leczenia.
- Objawy ustępują lub zmniejsza się ich nasilenie po oddzieleniu dziecka od rodziców/opiekunów.
- Rodzic/opiekun sprawia wrażenie troskliwego, opiekuńczego, izoluje dziecko od otoczenia.
- Jest bardzo dobrze zorientowany w kwestiach medycznych, nadzoruje przebieg leczenia, domaga się badań i leków.
- Gwałtownie negatywnie reaguje na propozycje badania psychiatrycznego.

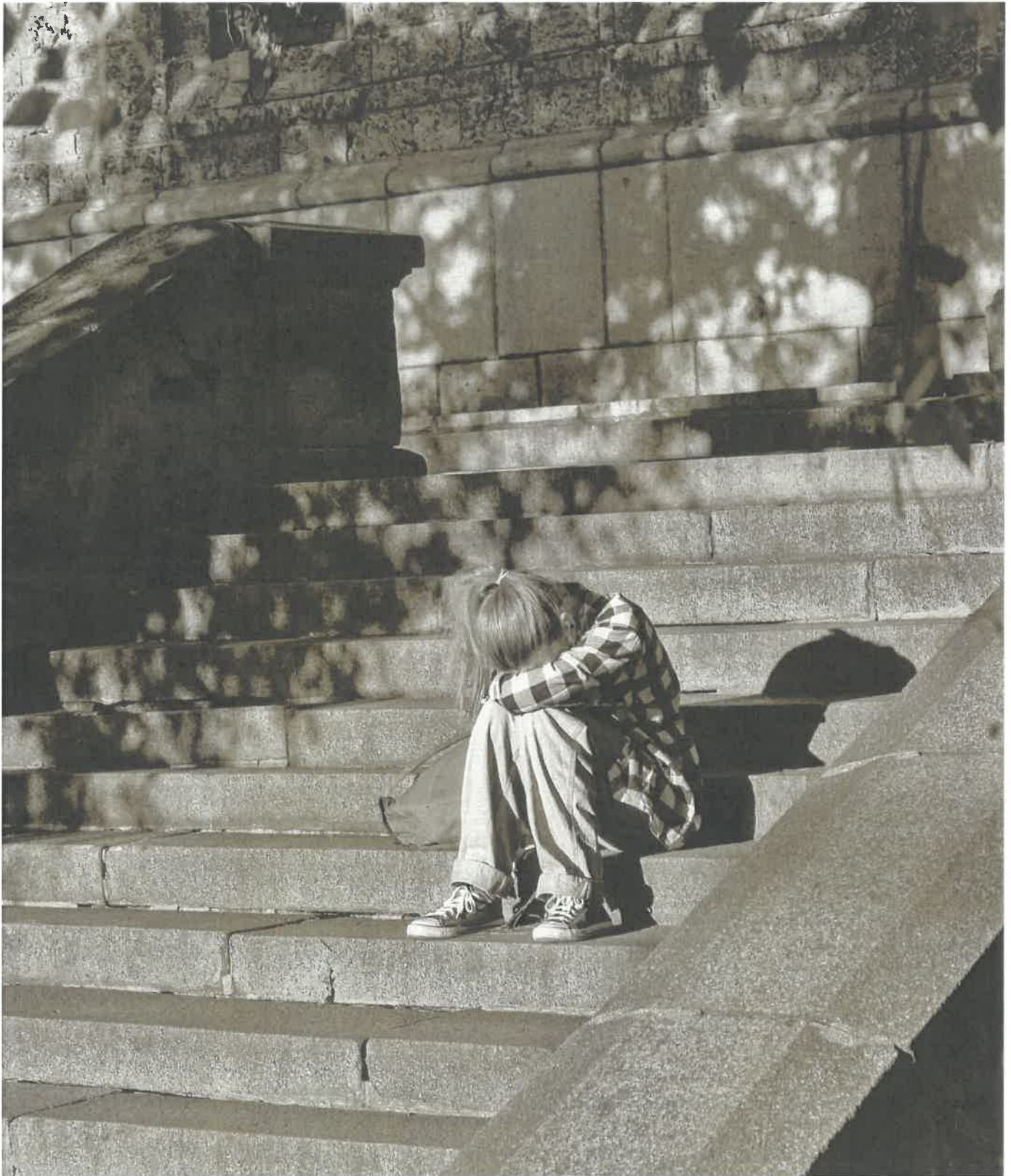
## Zespół dziecka potrząsanego (Shaken Baby Syndrome, SBS)

### Dziecko poniżej 1 r.ż.

- Triada objawów – urazy czaszki
  - krwiak podtwardówkowy,
  - obrzęk mózgu,
  - krwotok w siatkówce.
- złamania przynasad kości długich.
- złamania śródstawowe.

### Bibliografia:

- Gdy podejrzewasz, że dziecko jest krzywdzone. Poradnik dla profesjonalistów zobowiązanych do interwencji w przypadkach przemocy wobec dzieci. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje 2008
- Horst-Sikorska W, Bryl N., Zespół dziecka maltretowanego. Family Medicine and Primary Care Review 2011; 13: 319-321.
- Kolankiewicz Maria, Zaniedbanie dzieci, Dziecko krzywdzone, nr 2 (39) 2012
- National Institute for Clinical and Health Excellence, Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s, NICE Clinical guideline, 2009, [www.nice.org.uk/guidance/cg89](http://www.nice.org.uk/guidance/cg89)
- Nitcz-Osuch Aneta, Rola lekarzy w rozpoznawaniu i profilaktyce krzywdzenia małych dzieci, Dziecko krzywdzone, nr 2(27) 2009
- Zubała Marzena, Przeniesiony zespół Münchhausena, Niebieska Linia nr 5/2014
- World Health Organization, Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals, Genewa, 2022



Stan prawny na 31.07.2023 r. Zdjęcia: Francois Verbeeck, Ksenia Makagonova, Zhivko Minkov (unsplash.com)

## Standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych

Więcej o standardach ochrony dzieci:  
[standarty.fdds.pl/placowkimedyczne](https://standarty.fdds.pl/placowkimedyczne)

- czym są standardy ochrony dzieci?
- jak wdrażać standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych?
- jakie są zasady postępowania zawodów medycznych w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka?
- webinary, publikacje, przykładowe procedury i wskazówki dla osób pracujących w ochronie zdrowia

Serwis internetowy dla profesjonalistów pracujących z rodzicami i dziećmi:  
[edukacja.fdds.pl](https://edukacja.fdds.pl)

- materiały edukacyjne oraz kursy e-learningowe poświęcone problemowi krzywdzenia dzieci i jego profilaktyki
- informacje o konferencjach i szkoleniach z zakresu zapobiegania przemocy wobec dzieci

**Zatrzymajmy przemoc,  
zanim się pojawi!**

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



STANDARDY  
OCHRONY

**dzieci**

PLACÓWKI  
MEDYCZNE



FUNDACJA  
DAJEMY  
DZIECIOM  
SIŁĘ



# Jak kształtować pozytywne doświadczenia dziecka-pacjenta w relacjach z systemem ochrony zdrowia?

PORADNIK DLA OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWÓD MEDYCZNY

## **Opracowanie**

Urszula Kubicka-Kraszyńska, dr Anna Krawczak

## **Konsultacja**

lek. Róża Hajkuś, specjalistka pediatra

Cytaty – wypowiedzi lekarza pediatry zostały opracowane na podstawie wystąpienia Róży Hajkuś pt. „Przychodzi rodzic i dziecko do lekarza – jak w takich warunkach budować dobrą relację? Czyli wizyta u pediatry jako spotkanie z drugim człowiekiem” podczas 15. Ogólnopolskiej Konferencji „Ostrożnie – dziecko! Profilaktyka krzywdzenia małych dzieci” (20–21.06.2023 r.).

## **Redakcja i korekta**

Agata Sotomska, Anna Obrębska-Woźniczka

## **Projekt graficzny**

Kolej Rzeczy

## **Fotografia na okładce**

Japheth Mast (unsplash.com)

## **Ilustracje**

Rysunki nadesłane przez dzieci na konkurs „Naklejka dla dziecka-pacjenta” – Hanna Duda (s. 3), Basia Błajek (s. 9), Lilia Czerwińska (s. 11), Zuzia Krawczak (s. 13), Mikołaj Ivanowski (s. 14), Aurelia Kwaśniak (s. 15 i 16), Klaudia Wiktor (s. 17), Gracjan Gała (s. 19), Liliana Król (s. 22), Szymon Stankiewicz-Krawczak (s. 23), Eryka Guś (s. 25).

Copyright © Fundacja Dajemy Dzieciom Się

## **Fundacja Dajemy Dzieciom Się**

ul. Walecznych 59  
03-926 Warszawa

fd@fd.pl  
www.fd.pl

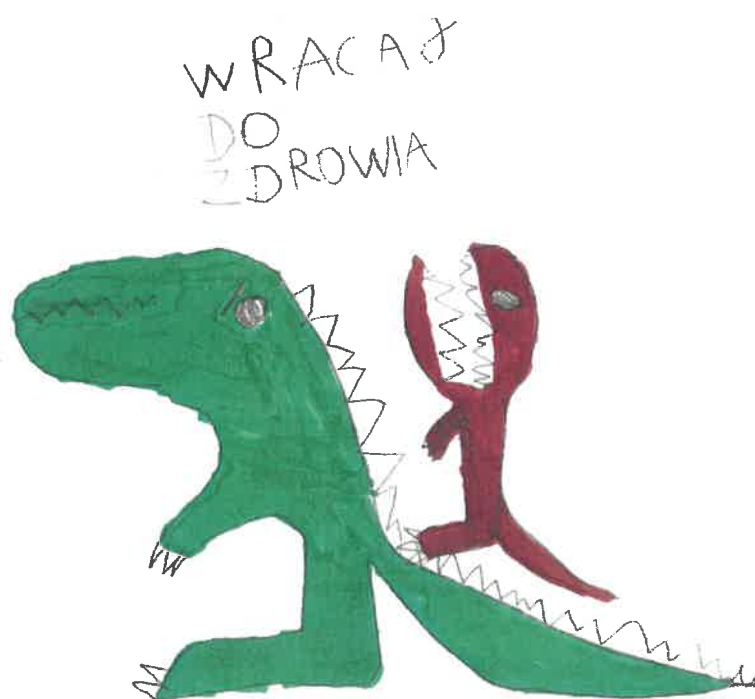
Stan prawny na 31.08.2023 r.

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



## Spis treści

- 4 Wprowadzenie
- 5 Zaczijmy od komunikacji
- 7 Kim jest dziecko-pacjent? Jakie są jego potrzeby?
- 9 Dobra komunikacja z pacjentem-dzieckiem w praktyce
- 17 Dobra komunikacja z rodzicem/opiekunem dziecka
- 20 Potrzeby lekarza
- 21 Czym jest stres traumatyczny i jak zapobiegać jego konsekwencjom?



# Wprowadzenie

## Dla kogo jest ta broszura?

Kierujemy tę broszurę do osób, które wykonują zawody medyczne lub studiują na uczelniach medycznych, są pracownikami placówek ochrony zdrowia, zarządzają placówkami medycznymi, w których pacjentami są dzieci, a także do tych, którzy w placówkach medycznych odpowiadają za jakość udzielanych świadczeń, przestrzeganie praw pacjenta oraz wdrażanie standardów ochrony dzieci<sup>1</sup>.

## Co jest jej celem?

Celem broszury jest wsparcie pracowników systemu ochrony zdrowia we wdrażaniu takiego komunikacyjnego podejścia do dzieci-pacjentów, które pozwoli im nazwać swój (i swoich rodziców/opiekunów) kontakt z ochroną zdrowia „pozytywnym doświadczeniem”.

Pozytywne doświadczenie oznacza, że dziecko czuje się pewnie i bezpiecznie jako pacjent, że otrzymuje wsparcie, jakiego potrzebuje, jest traktowane podmiotowo oraz jest włączane w podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia i leczenia w miarę możliwości i jego potrzeby. To również uznanie faktu, że stając się pacjentem, dziecko nie traci swoich zainteresowań, możliwości nauki, zabawy i utrzymywania relacji z bliskimi oraz rówieśnikami, a także jest postrzegane nie tylko poprzez stan zdrowia czy diagnozę. Te wszystkie składowe są częścią komunikacji z małymi pacjentami otwartej na ich potrzeby, jak również elementem podejścia opartego na Standardach Ochrony Dzieci.

Jednym z elementów wdrażania Standardów Ochrony Dzieci w placówkach medycznych jest opracowanie przez personel tzw. zasad bezpiecznych relacji czy bezpiecznego kontaktu między personelem a dziećmi-pacjentami. Reguły te określają bezpieczne granice między dorosłymi i dziećmi, a także to, jakie zachowania są akceptowane i pożądane, a jakie niewłaściwe. W broszurze staramy się rozwiązać często pojawiające się wątpliwości i odpowiedzieć na pytania dotyczące tego, w jaki sposób te zasady powinny być sformułowane.

## Słowniczek

- Dziecko – każda osoba do ukończenia 18. roku życia.
- Placówka systemu ochrony zdrowia, placówka medyczna – każda placówka prowadząca działalność leczniczą bez względu na formę prawną i źródło finansowania, świadcząca usługi dzieciom lub działająca na rzecz dzieci.
- Personel medyczny – każda osoba wykonująca zawód medyczny, udzielająca świadczeń medycznych dziecku.
- Opiekun dziecka – osoba uprawniona do reprezentowania dziecka, w szczególności jego rodzic lub opiekun prawny, a także rodzic zastępczy.
- Sytuacja medyczna, opieka medyczna, opieka szpitalna – każda okoliczność, w której dochodzi do interakcji personelu medycznego z dzieckiem, w związku z udzielaniem usług zdrowotnych. Obejmuje to opiekę domową, ambulatoryjną, dzienną, całodobową, pomoc w nagłych wypadkach lub opiekę udzielaną przez ośrodki poza szpitalem.

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw wprowadza nowe instrumenty ochrony praw dzieci, m.in. nakłada na podmioty prowadzące działalność leczniczą obowiązek posiadania standardów ochrony małoletnich. Czas na podporządkowanie się tej regulacji to 6 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy. Standardy obejmują m.in.: obowiązek identyfikowania sytuacji mogących świadczyć o krzywdzeniu dziecka (przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie) oraz podejmowania określonych interwencji w tych przypadkach; opracowanie przejrzystej procedury reagowania na podejrzenie, że dziecko doświadcza krzywdzenia, ścieżkę prowadzenia interwencji prawnej i wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za ochronę dzieci; ponadto – sformułowanie zasad bezpiecznych relacji między personelem i dzieckiem, czyli określenie, co jest w kontakcie z małym pacjentem działaniem pożądanym, a co jest niedopuszczalne.

# Zacznijmy od komunikacji



**Jestem Szymek.** Boję się wskoczyć do wody i boję się wysokości. Lubię kanapki z żółtym serem i jazdę na rowerze. Mój najlepszy przyjaciel, Franek, ma ekstra zegarek, który liczy kroki i bada puls. Puls też się bada u lekarza. Nie lubię chodzić do lekarza, bo mama jest wtedy zdenerwowana. Ale naklejki są fajne.



**Jestem doktor Magdalena.** Pracuję jako pediatra, tzn. lekarz, który zajmuje się dziećmi. Lubię lody truskawkowe i mam małego pieska, nazywa się Raban. Tutaj na biurku mam jego zdjęcie. Nie lubię tego, że w mojej pracy często muszę się spieszyć i nie mogę pacjentowi poświęcić tyle czasu, ile bym chciała, bo czekają na mnie inne dzieci. Żeby zrozumieć, co dolega dziecku, muszę zebrać wiele informacji – od niego samego i od jego rodziców/opiekunów. Czasem zadaję dużo pytań, muszę także zbadać całe dziecko, które jest pod moją opieką.



**Nazywam się Maciej, jestem tatą Szymka.**

Jako dziecko spędziłem sporo czasu w szpitalach, bo często chorowałem na oskrzela. Pamiętam pielęgniarkę, która mnie straszyla, że jeśli będę płakał przy zastrzyku, to mama już do mnie nie przyjdzie. Ale był też taki fajny lekarz, który zapamiętał, że gram w piłkę nożną. Gdy z Szymkiem trzeba iść do lekarza czy na ostry dyżur, denerwuję się, na kogo trafimy i czy nie będzie nieprzyjemnie. Chciałbym też, żeby lekarz mówił mi, co się dzieje, w taki sposób, żebym to rozumiał.



Gdy w sytuacji medycznej spotykają się lekarz (lub inny pracownik medyczny) – dziecko – rodzice, zawsze jest to relacja trójstronna, w której wszystkie strony wzajemnie na siebie oddziałują. Ma to ogromne znaczenie dla wszelkich interakcji, ponieważ wszystkie trzy strony w nich uczestniczące obserwują się, wnoszą swoje potrzeby, wcześniejsze doświadczenia, emocje, schematy myślenia i zachowania, a także mają swoje role do odegrania i zadania do wykonania<sup>2</sup>.

2 Antoszevska B, Bohdan Z. Dialogue in the "tripartite communication": doctor – child – parents relationship. Practical aspects. *Psychoonkologia*. 2017;142-148. doi:10.5114/pson.2017.77549; Kułak Wojciech, Krajewska-Kułak Elżbieta, Łukaszyk Cecylia: Podstawowe zasady komunikacji z dzieckiem-pacjentem i jego rodzicami, w: Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej: praca zbiorowa / Krajewska-Kułak Elżbieta [i in.] (red.), 2019, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, pp. 131-144 <https://ppm.umb.edu.pl/info/article/UMB3d9a2e3317ed47a190f10dd3b769f2d1/> data dostępu: 18.08.2023 r.

**Komunikacja to dużo więcej niż wymiana informacji. Stanowi ona podstawę interakcji i relacji społecznych. To umiejętność człowieka równie ważna, jak myślenie, odczuwanie emocji i potrzeba bycia w relacji z drugą osobą. To za pomocą komunikacji poznajemy siebie i innych, orientujemy się w świecie zewnętrznym, nawiązujemy i podtrzymujemy relacje, a także mamy możliwość wpływu na inne osoby.**

## Co się składa na komunikację?

- **przekaz werbalny** – czyli to, co mówimy, tzn. językowa treść komunikatu;
- **przekaz parawerbalny** – czyli to, jak mówimy, tzn. ekspresja w głosie, intonacja, stosowanie przerw, wtrąceń. Ten element wspiera treść, określając intencje mówiącego;
- **przekaz niewerbalny** – czyli tzw. „mowa ciała”, tzn. postawa, gesty, spojrzenie, mimika twarzy, proksemika (bliskość/oddalenie od rozmówcy), to najbardziej indywidualny element, charakterystyczny dla danej osoby.

### **PONADTO NA PROCES KOMUNIKACJI OGROMNY WPŁYW MAJĄ:**

- **otoczenie** – czyli to, w jakiej przestrzeni odbywa się rozmowa, czy jest ona przyjazna, czy zapewnia poczucie prywatności, czy są obecne inne osoby, czy występują dodatkowe bodźce, takie jak dźwięki, szumy, światło;
- **społeczne wyobrażenia i stereotypy** – np. utożsamienie zawodu medycznego z pewnego rodzaju prestiżem, autorytetem, w stosunku do którego należy przyjąć postawę bierną i podporządkowaną; przekonanie, że na odpowiednie traktowanie pacjent powinien zasłużyć i konieczna jest natarczywość i domaganie się;
- **kontekst sytuacyjny i towarzyszące mu emocje** – czyli okoliczności, w jakich odbywa się komunikacja, np. czy jest to sytuacja nagła, czy planowa wizyta kontrolna, jaki jest stan dziecka-pacjenta;
- **postawy i zachowania personelu medycznego.**

## Dlaczego prawidłowa komunikacja jest ważna?

- Umożliwia zebranie wyczerpujących informacji potrzebnych do diagnozy.
- Wspiera budowanie opartej na zaufaniu relacji między lekarzem, dzieckiem-pacjentem i jego opiekunami, która jest niezbędna w procesie leczenia.
- Obniża napięcie i niepokój u dziecka i jego rodzica/opiekuna.
- Sprawia, że dziecko jest spokojniejsze, lepiej współpracuje, a proces leczenia przebiega sprawniej.
- Pozwala wyartykułować potrzeby wszystkich stron i uznać je, nawet jeśli nie na wszystkie można odpowiedzieć w danych okolicznościach.
- Minimalizuje ryzyko pojawienia się roszczeń, sytuacji konfliktowych i trudnych.
- Przeciwdziała niekorzystnym skutkom stresu u dziecka i rodzica, a także wypaleniu zawodowemu u pracowników medycznych.

# Kim jest dziecko-pacjent? Jakie są jego potrzeby?

**W interakcji związanej z sytuacją medyczną dziecko-pacjent jest zawsze podmiotem. Nie ma okoliczności, w których niemożliwe by było zastosowanie jakiejś formy komunikacji z dzieckiem, bez względu na jego wiek czy stan. Komunikować możemy się z noworodkiem, z dzieckiem nieprzytomnym, z dzieckiem z różnymi niepełnosprawnościami i specjalnymi potrzebami. Podmiotowe podejście do dziecka wymaga uwzględnienia jego wieku, sytuacji medycznej, możliwości poznawczych i indywidualnych potrzeb.**

**Noworodek** – potrzebuje stabilnego środowiska i stałych pozytywnych bodźców, które dają mu poczucie bezpieczeństwa. To, w jaki sposób personel medyczny traktuje dziecko, jest ogromnie ważne dla jego rodziców/opiekunów i stanowi podstawę do zbudowania relacji zaufania. Jest to także sposób modelowania określonego sposobu opieki nad dzieckiem, uczenia poprzez demonstrację, szczególnie istotny w przypadku rodziców mało doświadczonych, nieposiadających wiedzy dotyczącej pielęgnacji, żywienia czy rozwoju dziecka. Do dziecka mówimy spokojnym tonem, dotykamy ciepłymi dłońmi, unikamy gwałtownych gestów.

Okres do drugiego roku życia wg Piageta<sup>3</sup> to stadium inteligencji sensomotorycznej. Dziecko przechodzi od aktywności odruchowej, stopniowo koordynując ruchy ciała, do aktywności celowej, eksperymentowania z działaniem, aż do osiągnięcia umiejętności tworzenia reprezentacji umysłowych. Początkowo dziecko nie odróżnia siebie od otoczenia, a rozumienie przez nie przestrzeni i przyczynowości cechuje egocentryczność. Z czasem buduje się świadomość stałości (odkrycie, że przedmioty są osobnymi bytami, które nie znikają, gdy się na nie nie patrzy), umiejętność myślenia o obiektach, świadomość wielkości, kształtu i relacji przestrzennych pomiędzy nimi.

**Niemowlęta i dzieci kilkulatnie** czują się bezpiecznie w fizycznej bliskości głównego opiekuna. Jeszcze nie potrafią same regulować trudnych stanów, jak lęk czy niepokój – uspokajają się, gdy opiekun jest spokojny. Dziecko obserwuje rozmowę lekarza z rodzicem i na tej podstawie nabiera przekonania, że rodzic jest świadomy tego, co się dzieje, że może czuć się bezpiecznie i zaufać obcej osobie.

Wg Piageta **dzieci w wieku 2-7 lat** znajdują się w stadium myślenia przedoperacyjnego. Głównym osiągnięciem rozwojowym tego etapu jest zdolność do tworzenia reprezentacji obiektów i zdarzeń. Rozwijają się mowa, umiejętność naśladowania odroczonego (naśladowane przedmioty lub zdarzenia były wcześniej przez pewien czas nieobecne), zabawy symbolicznej (czyli udawania), a także przedstawiania świata wewnętrznego za pomocą rysunków. Myślenie dziecka w tym okresie charakteryzuje egocentryczność (przekonanie, że wszyscy myślą tak samo, jak dziecko) i centracja (koncentracja na jednym aspekcie zjawiska i pomijanie innych, uogólnianie – np. każdy, kto ma biały fartuch, robi zastrzyk; babcia zawsze ma cukierki w torebce). Dziecko w tym okresie nie ma jeszcze zdolności rozumienia przekształceń (widzi etap początkowy i końcowy zdarzeń, choć nie etapy pośrednie) ani odwracalności („cofnięcia” swojego rozumowania do punktu wyjścia).

## PRZYKŁAD:

*Na pewnym amerykańskim oddziale pediatrycznym przebywające tam niemowlęta wykazywały duży poziom napięcia i pobudzenia na widok personelu medycznego. Dr Bruce Perry, światowej sławy psychiatra zajmujący się traumą wczesnodziecięcą, postawił tezę, że niemowlęta uogólniały widok białego fartucha, kojarząc*

3 Wadsworth, B. (1998). Teoria Piageta: poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka. Warszawa: WSiP.

go z bólem (inwazyjne procedury medyczne, zastrzyki itd.). Zaproponował więc wprowadzenie podziału kolorystycznego uniformów – niebieskie fartuchy miały być dla personelu wykonującego inwazyjne procedury medyczne, a różowe fartuchy dla personelu niewykonywającego inwazyjnych procedur medycznych (np. personel pomocniczy, opiekunki medyczne pacjentów). Po wprowadzeniu tego rozwiązania okazało się, że mali pacjenci zaczęli różnicować swoje reakcje na personel. Niemowlęta przestały reagować napięciem i pobudzeniem na widok osób w różowych fartuchach.

W komunikacji medycznej z dzieckiem w tym wieku możemy wykorzystywać zabawę symboliczną, przedstawiać elementy sytuacji medycznej (aparatura, przyrządy, zabiegi) jako elementy baśniowe czy magiczne – tomograf może być statkiem kosmicznym, a znieczulenie magicznym usypiającym proszkiem. Należy jednak przy tym pamiętać, aby nie wprowadzać dzieci w błąd, np. nie porównywać zastrzyku do ugryzienia komara. Zanim sięgniemy do zabawy symbolami, warto zapytać dziecko, jaka jest jego ulubiona bajka lub z czym mu się kojarzy wyposażenie szpitala, aby trafić z konwencją w taką, którą dziecko rzeczywiście zna, lubi i która je uspokoi.

Ciekawość świata, chęć eksploracji i zabawy u dzieci w tym wieku można wykorzystać do obserwacji zachowania dziecka, zmierzenia podstawowych parametrów życiowych czy oceny rozwoju dziecka, zebrania wywiadu i rozmowy z dzieckiem oraz rodzicami podczas swobodnej zabawy dziecka w gabinecie.

**Dzieci w wieku 7–11 lat** (stadium operacji konkretnych wg Piageta) rozwijają myślenie logiczne, oparte na indukcji – dziecko na podstawie własnych doświadczeń formułuje zasady ogólne. Zanika egocentryzm intelektualny – dziecko zaczyna rozumieć, że różne osoby mogą myśleć inaczej o tym samym. Zanika także centracja, czyli możliwe staje się dostrzeganie wszystkich dostępnych cech bodźca czy obiektu, pojawia się funkcjonalne rozumienie przekształceń, czyli dziecko zaczyna pojmować procesy i związki między ich etapami. Rozwijają się umiejętności szeregowania i klasyfikowania obiektów, rozumienie pojęć czasu, prędkości i przyczynowości. Dzieci w tym wieku pragną zrozumieć, co się z nimi dzieje, co robi personel medyczny, lubią wiedzieć, na co mają wpływ i co mogą zrobić. Dzięki niezłej już rozwiniętej możliwości komunikacji werbalnej mogą pytać, a także skutecznie udzielać informacji o sobie. Chętnie współpracują, gdy czują się ważne i poważnie traktowane. Doceniają odwrócenie ról, gdy okazuje się, że lekarz czegoś nie wie i to dziecko jest ekspertem np. od losów ulubionego bohatera.

**Nastolatki** (wiek 11–15 lat i więcej – stadium operacji formalnych) to okres rozwijania umiejętności myślenia abstrakcyjnego, niekoniecznie opartego na osobistym doświadczeniu. Rozwija się rozumowanie hipotetyczno-dedukcyjne, czyli „od ogółu do szczegółu” oraz naukowo-indukcyjne, czyli tworzenie uogólnień. Tej poznawczej dojrzałości towarzyszą jednak charakterystyczne dla okresu dojrzewania nagłe zmiany nastroju, bardzo krytyczne podejście do świata dorosłych, liczenie się przede wszystkim z opinią grupy rówieśniczej, drażliwość i tendencja do odczuwania skrajnych stanów emocjonalnych, a także do przyjmowania bezkompromisowych opinii i postaw. W sytuacjach medycznych nastolatki potrzebują otwartości na dialog, akceptacji i poczucia, że pracownik medyczny stoi po ich stronie. Są bardzo wyczulone na manipulację i łatwo utracić ich zaufanie. Często wolą rozmawiać z lekarzami sam na sam, bez obecności rodzica. Należy pamiętać, że dzieci po ukończeniu 16. roku życia mają prawo do podejmowania (wraz z rodzicami/opiekunami) decyzji dotyczących własnego zdrowia.

**Trzeba również mieć na uwadze, że część dzieci rozwija się w innym tempie niż zakłada schemat rozwoju opisany powyżej. Dzieci mogą mieć różne potrzeby komunikacyjne, a także różną wrażliwość na bodźce dotykowe czy słuchowe z uwagi na swoją neuroatypowość, niepełnosprawność czy dotychczasowe doświadczenia. Mogą komunikować się inaczej niż rówieśnicy, specyficznie zachowywać, potrzebować innych rzeczy, by się uspokoić i poczuć bezpiecznie. Zawsze warto zapytać rodzica/opiekuna, co jest „kluczykiem” do świata danego dziecka i na co zwrócić uwagę, wchodząc z nim w interakcję.**

# Dobra komunikacja z pacjentem- -dzieckiem w praktyce

**Zwracaj się bezpośrednio do dziecka, używając imienia, jakim chce być nazywane. Daj mu odczuć, że jest dla Ciebie ważne.**

Zarówno dla dziecka, jak i dla jego rodziców/opiekunów bardzo istotne jest to, aby mały pacjent został zauważony jako osoba, a nie problem zdrowotny, z którym przychodzi.

Ważne, żeby już od początku swojej pracy z dziećmi wypracowywać sobie schemat zwracania się do dziecka – nawiązując kontakt wzrokowy, przedstawiam się i swoją rolę, pytam, jak dziecko ma na imię, witam się, pytam, jak się czuje.

## GŁOS PEDIATRY

*Gdy pacjent przychodzi w celu przyjęcia na oddział pediatryczny, zazwyczaj rodzic zaczyna od razu opowiadać, dlaczego zostali skierowani do szpitala, co dolega dziecku. Wtedy robię stop i pytam, jak ma na imię dziecko, żeby od razu przywitać się z pacjentem i go do rozmowy włączyć. Oczywiście na ile się da – w zależności od jego wieku, od tego, czy ma ochotę rozmawiać. Już nawet kilkulatka spokojnie możecie zapytać o jego objawy i jak się dzisiaj czuje. Nie chodzi o to, żeby zmuszać przestraszone dziecko, by odpowiadało na pytania, ale to nie znaczy, że nie możemy ich zadać. Jak nie będzie miało ochoty odpowiedzieć, mówię: OK, to porozmawiam w takim razie z mamą czy tatą. Jeśli będziesz chciał coś dodać, to mów.*



## Uprzedzaj dziecko, że je zbadasz, nie rób nic z zaskoczenia

Każde badanie jest ingerencją w strefę osobistą. Każdy człowiek, bez względu na wiek i stan, ma prawo do bycia uprzedzonym o tym, że chcemy go dotknąć, zbadać, użyć jakiegoś narzędzia. To, że wcześniej rodzice udzielili zgody na badanie, nie zwalnia z obowiązku zadbania o komfort dziecka.

## GŁOS PEDIATRY

*Zwracam uwagę na to, żeby nie występowały sytuacje, gdy dziecko stoi sobie beztrąsko obok rodzica i nagle jakiś dorosły obcy człowiek, czyli lekarz, podchodzi do niego, podciąga mu koszulkę i zaczyna go badać słuchawkami. Myślę, że to dla nikogo z nas, również dorosłych, nie jest komfortowa sytuacja, gdy ktoś coś z nami robi z zaskoczenia. Czasem wystarczy jedno zdanie, np. Teraz troszkę Ci przekręcę głowę i światłem sprawdzimy, co jest w uchu.*

## Wyjaśnij elementy badania

Tłumacz, opowiadaj dziecku wszystko, co z nim robisz, w sposób dostosowany do jego wieku.

### GŁOS PEDIATRY

Oczywiście dostosowuję język do wieku dziecka – do nastolatka nie powiem, że teraz posłucham, jak Ci bije serduszko, i nie zapytam, czy wiesz, gdzie to serduszko masz (chyba że go chcę rozśmieszyć). Natomiast do kilkulatków – jak najbardziej. Zawsze w trakcie badania tłumaczę dzieciom, co właśnie robię. Wiele osób uważa, że to wydłuża wizytę lekarską, która niestety z przyczyn praktycznych często musi być krótka. Ale ja się z tym nie zgadzam. W jaki sposób wyjaśnianie tego, co robimy w czasie bieżącym, wydłuża wizytę? W żaden! Powiedzenie: Teraz podwinę Ci koszulkę, bo będziemy badać brzuszek nie wydłuża wizyty w żaden sposób, bo robię to jednocześnie z badaniem. Tak naprawdę podczas badania fizykalnego nie mówię do dzieci tylko podczas osłuchiwania, bo wtedy potrzebuję ciszy, ale już gdy badam uszy, brzuch, gardło, to na bieżąco pacjentowi wyjaśniam, co robię.

## Zadbaj o komfort dziecka w trakcie badania

Złoty standard badania pediatrycznego zakłada zbadanie całego dziecka. Należy jednak wziąć pod uwagę, że niektóre etapy tego badania, jak np. badanie gardła, są bardziej nieprzyjemne niż inne. Dla starszych dzieci zawstydzająca może być konieczność rozebrania się czy badanie części intymnych. Ciało dziecka odstawiamy stopniowo. W przypadku dzieci starszych i nastolatków warto zadbać o to, aby przy badaniu była obecna druga osoba z personelu, zwłaszcza jeśli badający jest innej płci niż dziecko. Należy dopilnować, by w czasie badania nie pojawiły się osoby postronne, czyli zadbać o odgrodzenie części gabinetu parawanem czy zamknięcie drzwi.

### GŁOS PEDIATRY

W badaniu pediatrycznym należy osiągnąć efekt, jakim jest całkowite zbadanie dziecka, ale już kolejność czynności możemy dostosować do sytuacji i konkretnego dziecka. U dzieci, zwłaszcza tych, które się boją, jak najwięcej staram się zrobić, gdy dziecko jest na kolanach rodzica. Najpierw zbieram wywiad. Dziecko wtedy ma czas zobaczyć, że tutaj nie jest strasznie, że rodzic sobie spokojnie z lekarzem rozmawia. Potem, nadal gdy dziecko jest przytulone do rodzica, zaczynam badanie od osłuchiwania serca, płuc. Jeśli dziecko musi się położyć do badania, rodzic może kucać przy kozetce, może przytulić swoją głowę do główki dziecka. Te najmniej przyjemne elementy, jak badanie gardła, zostawiam na koniec, żeby po badaniu dziecko mogło się przytulić do rodzica.

My, pediatrzy, badając małe dzieci musimy je rozbierać, żeby nie przeoczyć istotnych objawów choroby. Musimy obejrzeć każdą partię ciała również dlatego, żeby sprawdzić, czy nie ma jakichś obrażeń, śladów przemocy. Ale nie trzeba dziecka jednorazowo rozebrać do naga, można to robić partiami, zwłaszcza w przypadku dzieci trochę starszych, dla których jest to bardziej niekomfortowe. Przy takim badaniu należy też zapewnić małym dzieciom bliskość opiekuna, również po to, żeby dziecko widziało, że wszystko dzieje się w jego obecności i za jego zgodą.

Trzeba pamiętać, że w wieku nastoletnim niektóre elementy badania, np. osłuchiwanie klatki piersiowej, odśrognięcie brzucha, oglądanie okolicy narządów płciowych, zwykle są bardziej stresujące niż w innych grupach wiekowych w pediatrii. Dlatego nie można nigdy pomijać etapu wyjaśniania, co i dlaczego zamierzamy zrobić. Np. podczas bilansu nastoletnich chłopców, w ramach którego należy obejrzeć jądra, trzeba najpierw wyjaśnić pacjentowi, że robimy to dlatego, że istnieją nowotwory jąder, że występują już w młodym wieku i przeprowadzić również krótką rozmowę o samobadaniu. Jeśli dziecko rozumie kontekst naszych działań, to również zdaje sobie sprawę, że robimy to wszystko dlatego, że zależy nam na jego bezpieczeństwie i zdrowiu.



## Nie składaj obietnic bez pokrycia

Nie obiecuj tego, czego nie będziesz mógł zrealizować i na co nie masz wpływu. Szczególnie ważny jest tu kontekst nieuczciwej intencji, tzn. złożenia dziecku obietnicy w celu przekonania go do czegoś, co ułatwi nam pracę, ale o czym z góry wiemy, że może się nie wydarzyć lub się nie wydarzy.

### GŁOS PEDIATRY

*Trzeba uważać, żeby nie obiecywać nastolatkom, że jeśli nam powiedzą coś w zaufaniu, to my tego na pewno nie prześlemy rodzicom, czy na pewno to się nie znajdzie w dokumentacji. Bardzo niebezpieczne jest składanie takich obietnic, bo rzadko one są do zrealizowania. Wnioski z naszej rozmowy z dzieckiem oraz idące za tym kroki diagnostyczne i lecznicze mamy obowiązek omówić z opiekunem prawnym. I to też bardzo słusznie wywołuje duży żal u tych nastolatków. Nie możemy takich rzeczy robić i trzeba im mówić prawdę, czyli powiedzieć: Słuchaj, prawdopodobnie te informacje od Ciebie ja będę musiał przekazać Twoim opiekunom. One będą pewnie gdzieś tam potem użyte, więc bardzo mi zależy, żeby się dowiedzieć o tym wszystkim, natomiast nie mogę Ci obiecać, że to zostanie między nami, bo mnie też obowiązują tutaj różne zasady.*

**Nieco inaczej ta kwestia może wyglądać w praktyce psychiatrycznej, psychologicznej i psychoterapeutycznej, w której informacje przekazywane przez dziecko personelowi medycznemu mogą – o ile nie wiążą się one z zagrożeniem zdrowia bądź życia dziecka i nie kolidują z przepisami prawa – być zachowane przez personel medyczny w poufności.**

## Szanuj autonomię dziecka w sposób odpowiedzialny

Ogromnie ważne jest, aby szanować prawo dziecka do autonomii, dawać mu poczucie sprawczości i wpływu na to, co się z nim dzieje w trakcie leczenia. Należy jednak pamiętać, że decyzje i wybory podejmowane przez dziecko powinny dotyczyć spraw na miarę jego wieku, etapu rozwoju i możliwości poznawczych. Dotyczy to również zawierania z małymi pacjentami tzw. kontraktów: Ja chcę zrobić „to i to”, a ty jak chcesz?

### GŁOS PEDIATRY

*Niektórzy rodzice mówią, że bardzo im się podoba, gdy lekarz pyta kilkulatka o zgodę na badanie. Cóż, ja się z tym nie zgadzam i nie popieram tego, żeby małe dzieci obciążać takimi decyzjami i pytać je o zdanie w sytuacjach dotyczących działań medycznych, gdy wiemy, że tego zdania nie będziemy mogli, z uwagi na dobro dziecka, wziąć pod uwagę.*

*Dobrze jest pytać dzieci o zgodę tam, gdzie rzeczywiście zgoda lub brak tej zgody ma znaczenie i dzieci mogą realnie zdecydować. Na przykład, gdy rozmawiam z czteroletnim czy pięcioletnim pacjentem, pytam: Czy mogę obok Ciebie usiąść? Jeśli powie: Nie, to koło niego nie siadam. I szanuję to jego nie, bo on w takiej formie, w takim zakresie może o tym decydować. Albo pytam: Czy pokażesz mi autko, z którym przyszedłeś? On mówi tak albo mówi nie i ja to szanuję. Natomiast nie pytam czteroletka, czy wyraża zgodę, żeby go osłuchać. Bo gdy powie nie, to mam problem, bo muszę to zrobić, żeby badanie lekarskie miało sens i przyniosło dziecku korzyść. Zatem tak naprawdę moje pytanie o zgodę byłoby oszustwem, bo dziecko wcale tutaj nie decyduje i wydarzy się to, na co się nie zgodziło. Ryzykuję wtedy, że dziecko słusznie przestanie mi ufać.*

W przytoczonym głosie pediatriy bardzo ważne jest rozróżnienie na pytanie dziecka o zdanie w *kwestiach medycznych* i w *kwestiach pozamedycznych*. Konsultowanie z małym pacjentem kwestii medycznych może być bardzo problematyczne i doprowadzić do utraty zaufania dziecka albo wręcz skutkować uniemożliwieniem personelowi podejmowania działań. Konsultowanie kwestii pozamedycznych będzie jednak w większości przypadków bezpieczne i pozytywnie wpłynie na budowanie relacji z małym pacjentem. Możemy np. poprosić go o wybór koloru gipsu albo o wskazanie na obrazku minki, która odpowiada jego samopoczuciu, w ten sposób zaznaczając sprawczość dziecka.

Dziecko, które ukończyło 16. rok życia, ma prawo, zgodnie z polskimi przepisami, współdecydować o własnym zdrowiu oraz metodach leczenia i otrzymywać pełne informacje w tym zakresie. Jeśli decyduje wbrew woli rodziców/opiekunów prawnych, sprawę rozstrzyga sąd.

### GŁOS PEDIATRY

*Oczywiście u młodszych nastolatków również bierzemy pod uwagę ich zdanie. One biorą udział w dyskusji na temat diagnostyki i swojego leczenia, wyjaśniamy, odpowiadamy na pytania, o wszystkim dziecko uprzedzamy, tłumaczymy mu, jak różne badania będą wyglądały, ale ostateczną i wiążącą prawnie decyzję podejmuje rodzic.*

#### Konsultuj lub kontraktuj z dzieckiem np.:

- temperaturę swoich dłoni
- wysokość fotela/leżanki do badania
- czy możesz koło niego usiąść, czy woli, żebyś stał/stała
- obecność ulubionej zabawki podczas badania

#### Nie konsultuj i nie kontraktuj z dzieckiem np.:

- zgody na przeprowadzenie badania
- wykonania zabiegu

**Jeśli sytuacja i Twoja profesjonalna ocena na to pozwala, możesz konsultować i kontraktować z dzieckiem niektóre kwestie medyczne, w których wybór dokonany przez dziecko nie wpłynie na proces leczenia, np.:**

- wybór formy przyjmowania leku (np. lekarstwo w płynie lub w tabletkach),
- wybór dwóch równorzędnych metod leczenia/zabiegu.



## Pamiętaj, że dziecko... jest dzieckiem

Ważne, aby osoby wykonujące zawody medyczne i pracujące z dziećmi zachowywały uważność na to, że wiele naturalnych zachowań dzieci nie wynika z niedostatecznego starania wychowawczego rodziców, lecz z potrzeby eksploracji u dzieci, chęci zabawy, czasem lęku lub innych trudnych emocji. Pozyskanie zaufania dziecka i sprawienie, że poczuje się w gabinecie bezpiecznie, przekłada się na to, że dziecko zacznie się zachowywać swobodnie.

### GŁOS PEDIATRY

*Niektórzy lekarze, mimo że są pediatrami, to się złością, gdy dziecko chodzi po gabinecie, rozgląda się, nie siedzi na krzeselku i nie czeka grzecznie na koniec wizyty. Ja bardzo lubię ten moment w czasie wizyty, gdy mały pacjent jednak z tego krzeselka schodzi i zaczyna krążyć po gabinecie, oglądać, co jest na ścianach. To znaczy, że w tym miejscu, które przed chwilą było dla niego straszne i obce, już się nie czuje tak strasznie i obco, tylko ma odwagę, żeby trochę eksplorować teren. To jest dla mnie bardzo fajny moment. Oczywiście musimy tu pilnować pewnych zasad, które są uniwersalne dla każdej sytuacji: czyli nie można nic zniszczyć, nie można robić krzywdy komuś albo sobie. Natomiast to, że sobie maluch chodzi czy ciągnie mamę za rękę, żeby jej coś pokazać, to jest fajne i nie powinniśmy tego zwalczać. Bo to znaczy, że dziecko zaczyna mieć do nas zaufanie i już nie czuje, że musi uważnie i nieruchomo obserwować z kolan rodziców, czy nie chcemy czegoś straszego zrobić.*



## Pamiętaj o granicach w interakcjach z dzieckiem-pacjentem

Relacji między pracownikiem medycznym a dzieckiem-pacjentem i jego rodzicami/opiekunami może towarzyszyć duże zaangażowanie emocjonalne i poczucie bliskości, zwłaszcza jeśli leczenie trwa długo, często się spotykacie i macie wiele okazji do rozmów. Zachowanie równowagi między życzliwością i osobistym podejściem do pacjenta a profesjonalnym dystansem wymaga dużej samoświadomości i uważności. Granice dopuszczalnych i niedopuszczalnych zachowań w placówce, w której pracujesz, powinny być ujęte w tzw. kodeksie bezpiecznych relacji czy bezpiecznych kontaktów. Służy to zarówno Tobie, jak i dzieciom-pacjentom oraz ich rodzicom/opiekunom.

**Naczelną zasadą wszystkich podejmowanych przez Ciebie czynności jest działanie dla dobra dziecka i w jego najlepszym interesie.**

Jeżeli coś w zachowaniu dziecka lub rodzica/opiekuna budzi twój niepokój, np. wydaje się prowokujące, poproś inną osobę z personelu o obecność podczas badania/wizyty.

W sytuacjach wymagających kontaktu fizycznego z dzieckiem, takich jak badania i zabiegi medyczne, czynności pielęgnacyjne i higieniczne, unikaj dotyku innego niż niezbędny. Zawsze uprzedzaj o swoim działaniu, pytaj o zgodę opiekuna dziecka lub samo dziecko. Zadbaj o komfort pacjenta, poszanowanie jego intymności i godności. Zadbaj o to, aby w takich sytuacjach obecny był tylko personel niezbędny do udzielenia świadczenia medycznego.

Niemedyczny kontakt fizyczny z dzieckiem odbywa się zawsze za zgodą dziecka i zgodnie z jego potrzebą. Jeśli sądzisz, że dziecko potrzebuje przytulenia, pogłaskania czy wzięcia na kolana, zapytaj je o to.

Każde przemocowe działanie wobec dziecka jest niedopuszczalne. Jeśli istnieje potrzeba zastosowania wobec dziecka przymusu, postępuj zgodnie z procedurą przymusu bezpośredniego i deeskaluj emocje pacjenta-dziecka.

Nie wolno Ci nawiązywać z dzieckiem jakichkolwiek relacji romantycznych lub seksualnych ani składać mu propozycji o nieodpowiednim charakterze. Obejmuje to także seksualne komentarze, żarty, gesty oraz udostępnianie dzieciom treści erotycznych i pornograficznych bez względu na ich formę.

Nie wolno Ci przyjmować pieniędzy czy prezentów od dziecka ani od rodziców/opiekunów dziecka (nie dotyczy to okazjonalnych podarków, np. kwiatów czy drobnych upominków i prezentów wykonanych przez dziecko).

Wszystkie ryzykowne sytuacje, które obejmują zauroczenie się dziecka członkiem personelu lub członka personelu dzieckiem, powinny być zgłaszane przełożonym. Jeśli jesteś ich świadkiem, reaguj stanowczo, ale z wyczuciem i szacunkiem dla godności osób, których to dotyczy.

## Zadbaj o przyjazne otoczenie

Obecnie coraz bardziej powszechne w ochronie zdrowia jest zwracanie uwagi na to, aby przestrzeń medyczna była miejscem przyjaznym dziecku. Jest to ważny dla dzieci trend, który pomaga im obniżyć poziom stresu i nawiązać lepszy kontakt z personelem medycznym. Z kolei personelowi daje sposobność nawiązywania do różnych elementów otoczenia, aby ułatwić sobie i dziecku przeprowadzenie badania. Zrób eksperyment i poruszając się na kolanach, zobacz, jak wygląda przestrzeń z perspektywy dziecka kilkuletniego. Niektóre elementy ocieplające przestrzeń – obrazki, póteczkę z książkami<sup>4</sup> czy zabawkami, tablicę manipulacyjną albo do rysowania kredą – umieść na wysokości jego wzroku. W przestrzeni oddziału, jeśli to możliwe, warto urządzić miejsce, w którym rodzic może pobawić się z dzieckiem.

Jeśli Twoimi pacjentami są także starsze dzieci, pamiętaj, żeby w poczekalni, oprócz zabawek dla maluchów, znalazł się także komiks, nieskomplikowana gra czy odstresowujące kolorowanki i kredki.



### GŁOS PEDIATRY

*Mamy obecnie duży wybór kolorowych ubrań medycznych i to z moich obserwacji realnie zmniejsza stres u małych dzieci. Dodatkowo, jeśli one nie mają akurat żadnej zabawki przy sobie, zawsze można zagadać: A czy wiesz, co to za zwierzątko na fartuchu? Podobnie dzieci czują się pewniej, gdy widzą jakieś kolorowe elementy wystroju gabinetu, naklejki na ścianach, coś, co je interesuje, kojarzy im się z przyjemnymi tematami. To też ułatwia rozpoczęcie rozmowy z przestraszonym dzieckiem.*

<sup>4</sup> Na rynku wydawniczym funkcjonuje sporo wartościowych książek, które pomagają dziecku oswoić z sytuacją medyczną, np. Pucio u lekarza Marty Galewskiej-Kustry (Nasza Księgarnia, Warszawa 2022); Czy to boli? Mateusza Sieradzana (Wydawnictwo Poczekalnia, Warszawa 2021); U lekarza. Opieka medyczna i procedury wyjaśnione dzieciom i rodzicom (Centrum Edukacji Dziecięcej, Poznań 2021).

## Niekoniecznie dzielny pacjent

Powszechnym oczekiwaniem wobec dziecka, potwierdzanym przez naklejki-odznaki rozdawane w wielu miejscach, jest to, że będzie „dzielne”. Warto się zastanowić, jak może takie oczekiwanie rozumieć dziecko. Każdy pacjent ma prawo czuć lęk i obawę, a zaprzeczanie swoim uczuciom prowadzi do zwiększenia napięcia u dziecka i niekorzystnie wpływa na dalszą współpracę z dzieckiem.

### GŁOS RODZICA

*Pamiętam, jak wiele razy mama, która jest lekarką, mówiła mi, że lekarze lubią grzeczne dzieci, bo te niegrzeczne i wystraszone utrudniają im pracę. Niedługo później miałam wypadek i trafiłam do szpitala. Krew się ze mnie lała, byłam przekonana, że umrę, ale jednocześnie pilnowałam się, żeby być 'grzeczną', bo bałam się, że jeśli się rozpłaczę, to lekarze nie postarają się uratować mi życia. Miałam wtedy 12 lat. Dziś swoim dzieciom powtarzam, że nie muszą być dzielne i mają prawo się bać. Nie chcę, aby kiedykolwiek poczuły taki ciężar, który ja czułam wtedy.*

### GŁOS PEDIATRY

*Nie zgadzam się na traktowanie naklejek czy drobnych upominków na wizytach lekarskich jako nagrody za określone zachowanie dziecka. Mówienie dziecku, że dostanie naklejkę, jeżeli da się grzecznie zbadać, albo że jest niegrzeczne i nie dostanie naklejki to szantaż emocjonalny. Mam pudełko z naklejkami przygotowane, ale mówię, że to jest pamiątka z wizyty i żeby dziecko wybrało sobie taką, która mu się najbardziej podoba. Zyskuję wtedy czas, gdy dziecko jest zajęte naklejkami, i mogę wówczas spokojnie omówić z rodzicem zalecenia.*

## Reaguj, gdy podejrzewasz, że dziecko może być krzywdzone

Jeśli niepokoisz się o bezpieczeństwo dziecka, którym się zajmujesz, a jego zachowanie, symptomy fizyczne lub zachowanie opiekunów mogą świadczyć o tym, że doświadcza ono przemocy fizycznej, emocjonalnej, seksualnej lub zaniedbania ze strony rodziców/opiekunów albo innych osób, zainicjuj odpowiednie działania dla dobra dziecka. Zapewnij dziecku bezpieczeństwo. Podejmij interwencję – jeśli w placówce, w której pracujesz, obowiązuje procedura postępowania w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka, postępuj zgodnie z opisanymi w niej krokami. W innym przypadku przekaz uzyskaną wiedzę przełożonemu (kierownikowi przychodni, ordynatorowi/oddziałowej, lekarzowi dyżurnemu). Możesz również podjąć działania samodzielnie.

+ więcej informacji o interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka znaleźć można w publikacjach na stronie [standards.fdds.pl/placowki/medyczne](http://standards.fdds.pl/placowki/medyczne)



# Dobra komunikacja z rodzicem/ opiekunem dziecka

## Nie wykorzystuj swojej przewagi

W relacji lekarza i rodzica/opiekuna pacjenta to zawsze ten pierwszy ma przewagę autorytetu, profesjonalizmu i znajomości miejsca. Warto się zastanowić, w jaki sposób – z jednej strony – bezradność i stres rodzica, a z drugiej strony – wykorzystywanie przez personel medyczny swojej przewagi będą wpływały na jakość wzajemnej komunikacji. Rodzic/opiekun jest naturalnym strażnikiem dziecka (ang. gatekeeper), co w codziennym życiu często stanowi o bezpieczeństwie dziecka. Zadaniem rodzica jest chronić dziecko, występować w jego imieniu, negocjować z innymi dorosłymi. W przestrzeni medycznej ta zasada nadal działa, choć jej uszanowanie bywa w praktyce trudne i może wpływać na irytację personelu medycznego, szczególnie jeśli kontekstem jest stres i pośpiech. Jeżeli jednak jest to nazwane, łatwiej jest zobaczyć w rodzicu/opiekunie partnera, z którym współpracujemy dla dobra pacjenta, a nie czynnik oporujący i przeszkadzający w pracy.

### GŁOS PEDIATRY

*My, personel medyczny, mamy w relacji z pacjentami przewagę, my jesteśmy u siebie. Gdy idę szpitalnym korytarzem, wiem, gdzie wszystko się znajduje, jak wyglądają medyczne procedury, czuję się swobodnie i nawet gdy to kolejna godzina pracy i jestem bardzo zmęczona, to jednak znajduję się na swoim terenie. A pacjent, który przychodzi na oddział, wchodzi przez drzwi, rozgląda się i nawet nie wie, gdzie może położyć torbę, gdzie może usiąść, gdzie w ogóle ma iść, co się tu będzie z nim działo.*

*Zdarzają się sytuacje napięte, trudne, ale zawsze staram się pamiętać, że nawet jeżeli pacjent jest zdenerwowany, rozżalony albo wchodzi już wściekły, bo długo czekał, to jednak często jest to związane z doświadczeniem dużej niepewności, lęku, że w tym momencie ważą się losy jego albo – w przypadku rodziców pacjentów pediatrycznych – bliższej im osoby. Ten dorosły musi być takim trochę strażnikiem swojego dziecka i dopilnować, żeby pomoc została udzielona, chociaż często sam nie czuje się pewnie. Staram się pamiętać, że nie jest to łatwa rola.*



## Pamiętaj, że nikt nie zna swojego dziecka tak dobrze, jak rodzic

Korzystaj z wiedzy, obserwacji i doświadczenia rodziców/opiekunów małych pacjentów. Zapytaj, co najlepiej uspokaja ich dziecko, a co może je wystraszyć. Wysłuchaj ich relacji o niepokojących objawach, uznając, że z reguły będą ekspertami od swoich dzieci.

### GŁOS PEDIATRY

*W pediatrii mamy duży komfort, że jest obecny czujny obserwator, którym jest rodzic albo inny opiekun dziecka; ktoś, kto z dzieckiem spędza dużo czasu. Już na studiach mi mówiono i gdy zaczęłam specjalizację z pediatrii, też często powtarzano, że mamy zawsze brać na poważnie to, co rodzic nam mówi, i powinniśmy zawsze ufać jego intuicji. Jeżeli rodzic mówi, że coś w domu się wydarzyło, a my teraz tego nie widzimy podczas badania dziecka, to nie znaczy, że możemy to zignorować.*

---

## Nie podważaj kompetencji rodzica, nie wywołuj poczucia winy

Nie jest możliwe zbudowanie dobrej relacji z dzieckiem-pacjentem, jeśli personel medyczny źle traktuje rodzica/opiekuna tego dziecka. Wyjąwszy sytuacje, w których podejrzewasz rodzica/opiekuna o stosowanie przemocy, większość rodziców jest troskliwa i kocha swoje dzieci, nawet jeśli w rozmowie z personelem medycznym prezentuje trudne zachowania. To ważne, aby okazać rodzicom/opiekunom szacunek i wysłuchać ich, ponieważ dzieci są czujnymi obserwatorami i przejmują emocje rodziców/opiekunów.

### GŁOS PEDIATRY

*Rodzice są bardzo ważnym elementem pediatrii. Są najlepszymi obserwatorami swoich dzieci, na oddziałach szpitalnych przebywają z dziećmi cały czas, pierwsi wytapują, gdy stan dziecka się poprawia lub pogarsza, zauważają nowe objawy. Jest to nieoceniona dla nas pomoc. Dodatkowo, jeżeli będziemy dla rodzica niemili, to przecież dziecko widzi, że ta okropna obca baba (czyli ja) jest niemiła dla jego ukochanej mamy czy ukochanego taty. I nie ma wtedy szansy na zbudowanie dobrej relacji z dzieckiem.*

*Niestety wciąż się zdarza, że osoby kończą studia z podejściem, że rodzice pacjentów pediatrycznych są problematyczni i roszczeniowi. Jak można budować dobrą relację, jeśli już na wstępie się w taki sposób nastawiamy? Pamiętajmy, że rodzic zna swoje dziecko dużo lepiej niż lekarze czy inni specjaliści. Choćbyśmy byli supermądrzy w swojej dziedzinie, to rodzic, opiekun ma największą wiedzę na temat tego konkretnego dziecka. Natomiast my znamy się lepiej na medycynie. Jeżeli połączymy te siły, wiedzę rodzica i naszą wiedzę, możemy działać razem jako zespół, wspólnie dla najlepszej korzyści dziecka.*

## Używaj zrozumiałego języka i dopasowuj się do sytuacji rozmówcy

Rodzice i opiekunowie małych pacjentów najczęściej nie mają wykształcenia medycznego, a mimo to muszą zdecydować o nierzadko specjalistycznym leczeniu ich dzieci. Dostosowywanie języka do rozmówcy jest sztuką, przy czym nie obniża prestiżu medycyny i nie świadczy o tym, że nie jesteś profesjonalna(-y). Przeciwnie, dowodzi, że dokładasz starań, aby podejmowane przez rodziców pacjentów decyzje były maksymalnie świadome.

### GŁOS PEDIATRY

*Sama nie lubię sytuacji, gdy spotykam się ze specjalistą z innej dziedziny (np. gdy słucham czy czytam wypowiedzi prawników, którzy mają nam coś wytłumaczyć w zakresie prawa medycznego) i niewiele rozumiem, chociaż się staram. A istnieją prawnicy czy inni specjaliści, którzy potrafią wytłumaczyć trudne zagadnienia w sposób praktyczny, zrozumiały i da się wtedy tę wiedzę przełożyć na faktyczne korzyści w życiu.*

*Bardzo cenię specjalistów, którzy umieją w prosty sposób przekazywać wiedzę i sama również staram się tak działać. Nie możemy też zakładać, że jeżeli ktoś jest superwykształcony w innej dziedzinie, to znaczy, że będzie rozumiał wszystkie medyczne słowa.*

*Starajmy się poważnie traktować pacjenta, nie infantylizować go, a jednocześnie być uważnymi na to, jak reaguje na nasze słowa. Zwykle widać po rozmówcy, czy rozumie, co do niego mówimy. Tak samo widać, czy na przykład nie jest zbyt przestraszony, żeby sens naszej wypowiedzi do niego dotarł i czy nie trzeba mu dać chwili, żeby ochłonął, i wrócić za jakiś czas, aby te informacje przekazać jeszcze raz.*



## Dawaj zalecenia na piśmie

Komunikację bardzo ułatwia zróżnicowanie kanałów komunikacyjnych. Co to oznacza? Niektórzy ludzie są wzrokowcami, inni najlepiej zapamiętują informację głosową, dla jeszcze innych istotne będzie powiązanie informacji z kontekstem. Z tego powodu tak ważne jest, aby informacja medyczna docierała do rodziców/opiekunów w różnych formach: ustnie podczas rozmowy oraz na piśmie (przez drukowane zalecenia, broszury, ulotki itd.). Zróżnicowanie form komunikacji znacząco zwiększa szansę, że rodzic poczuje się dobrze poinformowany i nie będzie kilkakrotnie wracał z tym samym pytaniem. Poza zwiększeniem komfortu wszystkich stron skuteczna komunikacja przynosi także oszczędność czasu.

### GŁOS PEDIATRY

*Punkt, który bardzo lubię, czyli drukowane zalecenia. Bardzo polecam wszystkim, jeżeli macie taką możliwość, żeby jednak zaleceń nie pisać ręcznie (część z nas, lekarzy, pisze paskudnie, na przykład ja), nie ograniczać się do mówienia, tylko wydrukować. Myślę, że w pediatrii jest to szczególnie ważne. Rodzic w stresie związanym z wizytą lekarską często bardzo martwi się o dziecko i to utrudnia mu przyswojenie informacji. A zalecenia dotyczą kluczowych wniosków z wizyty, na przykład prawidłowego dawkowania leków. Właściwe zrozumienie zaleceń przekłada się na skuteczność leczenia i na bezpieczeństwo dziecka, więc – biorąc pod uwagę ich istotność – wydrukowania zaleceń nie uważam za duży wysiłek.*

# Potrzeby lekarza

## Dbaj o swoje zasoby i zapewnij sobie wentyl bezpieczeństwa

### GŁOS PEDIATRY

*I ostatnia strona tej – jak ktoś mi ostatnio ładnie powiedział – triady w gabinecie. Czyli mamy dziecko, mamy opiekuna i mamy trzecią osobę, która poza zawodem jest też po prostu człowiekiem.*

*Nie wiem, czy istnieje osoba, która zawsze zachowuje się tak, jakby chciała. Ja na pewno nie jestem taką osobą i chyba nie znam nikogo takiego, zwłaszcza wśród lekarzy – kogoś, komu się nigdy nie zdarzyło być niemiłym i komu nigdy nie puściły nerwy. Całym sercem wierzę w te zasady, o których mówię, i znam wielu lekarzy, których podziwiam i którzy je stosują. Jednocześnie zdarzają się w praktyce sytuacje, które nas pokonują.*

*Pamiętam, jak późną nocą podczas dwudziestoczęterogodzinnego dyżuru byłam tak bardzo zmęczona, że nie byłam miła dla mamy, której dziecko przyjmowałam na oddział. Mówiłam do niej zniecierpliwionym tonem, jakim się nie powinno mówić do pacjenta. Rano było mi okropnie głupio. Poszłam i przeprosiłam tę mamę. Nie powinniśmy wahać się przeprosić, gdy zawalimy, chociaż myślę, że dla wielu z nas, na przykład dla mnie, to jest trudne. I trzeba analizować, dlaczego doszło do takiej sytuacji, w której zachowaliśmy się nie tak, jakbyśmy chcieli. Nie wszystkie czynniki da się zmienić. Na przykład nie jestem w stanie zmienić tego, że pracując w szpitalu, mam dwudziestoczęterogodzinne dyżury, podczas których może się zdarzyć kilka wymagających zdarzeń naraz, co generuje nerwowe sytuacje. I to niestety czasem doprowadza mnie do stanu, gdy nie jestem miła. Mogę jednak zadbać, żeby się wyspać przed takim dyżurem, przygotować przekąski, które można szybko zjeść. Bo im więcej trudnych czynników się nałoży, tym trudniej po prostu właściwie się zachować.*

*Warto też starać się poprawiać elementy, na które mamy wpływ w swoim miejscu pracy, albo nawet zmienić miejsce pracy, jeśli nie da się nic naprawić, a obserwujemy, że taka organizacja pracy nas dekompensuje. Chodzi mi o to, żeby nie przechodzić do porządku dziennego nad tym, że byliśmy okropni. Spróbujmy się zastanowić, co wpłynęło na nasze zachowanie i wyciągajmy wnioski, by tego nie powtarzać.*

*Jeżeli my, personel medyczny, nie będziemy dbać o siebie, to budowanie dobrej relacji z pacjentami może się nie udać. Zawody wymagające codziennego kontaktu z ludźmi są trudne, bo trzeba być merytorycznym, być profesjonalistą w swojej dziedzinie, a jednocześnie dbać o prawidłową komunikację z wieloma osobami, które mogą się od nas mocno różnić, często działają też pod wpływem dużych emocji i to niczego nie ułatwia. To wymagająca praca i dlatego, moim zdaniem, jest naprawdę ważne, żeby każdy z nas znalazł swoje wentyle bezpieczeństwa. Gdy nie dbamy o nasze zasoby, jesteśmy przemęczeni albo mamy nieprzepracowane własne problemy, to wszystko to przekłada się na negatywne relacje z pacjentami. Z jednej strony jesteśmy ludźmi i zmagamy się z różnymi rzeczami, o których pacjent nie wie i które nie zawsze jest łatwo przezwyciężyć. Z drugiej strony powinniśmy się starać, żeby pacjent czy współpracownicy nie obrywali rykoszetem.*

*Medycyna to praca zespołowa i na sukces terapeutyczny składa się często współpraca różnych osób. Pamiętajmy, że szacunek wobec innych członków zespołu przekłada się na dobrą relację z pacjentem. Pacjenci obserwują, jak personel medyczny się traktuje, jak się do siebie zwraca i wypowiada o sobie nawzajem. Na tej podstawie pacjenci czują się w danym miejscu dobrze zaopiekowani i bezpieczni lub nie.*

*W moim życiu był okres, gdy mama chorowała na nowotwór, potem zmarła i to nie było coś, co obiektywnie mogłam zmienić. Ale mogę dbać o odpoczynek, o odpowiednią ilość snu, aktywność fizyczną, którą lubię, lepszą dietę. Trzeba znaleźć coś, co pozwala nam się wyciszyć i odpocząć. Dobrze mieć zainteresowania poza pracą. To nie jest tak, że jesteśmy leniwi. Dbanie o siebie to superważna rzecz, która przynosi korzyści nie tylko nam, ale i naszym pacjentom.*

# Czym jest stres traumatyczny i jak zapobiegać jego konsekwencjom?

U wielu dzieci, ich rodziców/opiekunów, a także rodzeństwa małych pacjentów sytuacje takie jak:

- diagnoza, rozpoczęcie leczenia,
- nagła lub zagrażająca życiu choroba lub uraz,
- jakakolwiek interwencja medyczna – nie tylko bolesne, inwazyjne, ale również rutynowe badania okresowe,
- pobyt w szpitalu, wizyta na ostrym dyżurze, konsultacje medyczne,
- lub bycie świadkiem tych sytuacji

wywołują silny stres. Jest to normalna reakcja na trudne doświadczenie. Większość dzieci i rodziców jest w stanie dobrze sobie radzić z tym stresem, jeśli jednocześnie doświadczają życzliwej, pełnej akceptacji postawy personelu medycznego, otrzymują zrozumiałe informacje na temat tego, co się dzieje, i zachowują poczucie choćby minimalnego wpływu na sytuację.

Członkom personelu medycznego czasami trudno jest zrozumieć i zaakceptować silną reakcję stresową u dziecka czy jego rodzica, gdy z jego perspektywy sytuacja nie jest niczym wyjątkowym, a wykonywane czynności są rutynowe.

## O traumatycznej reakcji stresowej (traumie medycznej) mówimy, gdy sytuacje te przekraczają możliwości adaptacyjne układu nerwowego dziecka lub dorosłego<sup>5</sup>.

W szczególności dzieje się tak, gdy sytuacja odbierana jest jako:

- przytłaczająca (dzieje się zbyt dużo, rzeczy są zbyt skomplikowane do „ogarnięcia”),
- nagła (nie można było się do niej przygotować),
- i gwałtownie postępująca (dzieje się tak szybko, że nie mamy nad nią kontroli ani wpływu na nią).

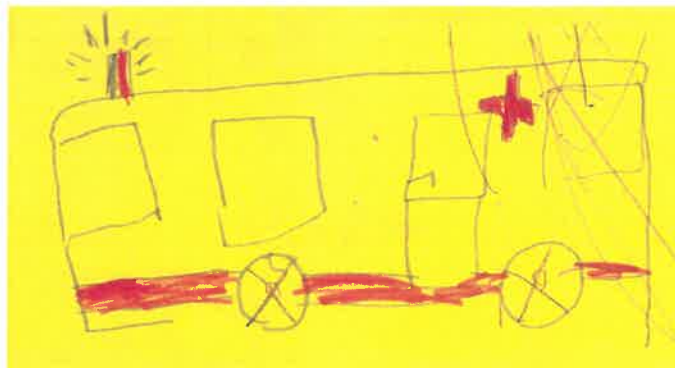
Szacuje się, że u 20-30% rodziców oraz w przypadku 15–25% dzieci i ich rodzeństwa<sup>6</sup> reakcja stresowa nie mija i przekształca się w doświadczenie trwałej traumy, które negatywnie wpływa na codzienne funkcjonowanie, leczenie, przestrzeganie zaleceń lekarskich i powrót do zdrowia.

5 Flaum Hall M., Hall S.E., When Treatment Becomes Trauma: Defining, Preventing, and Transforming Medical Trauma, 2013, <https://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/when-treatment-becomes-trauma-defining-preventing-.pdf> data dostępu 18.08.2023

6 Pediatric Medical Traumatic Stress. A Comprehensive Guide, The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), 2014, <https://www.nctsn.org/resources/pediatric-medical-traumatic-stress-toolkit-health-care-providers>; H. Tutko, F. Bernard, and C. Chao, A Guide to Trauma Informed Pediatric Primary Care, Institute for Health Policy and Practice, Concord 2022.

## Objawy traumy medycznej:

- przeżywanie na nowo trudnej sytuacji, np. odtwarzanie jej w zabawie,
- koszmary senne/lęki senne,
- intruzywne myśli o traumie,
- objawy hipochondryczne,
- unikanie myślenia lub mówienia o chorobie, urazie lub doświadczeniu szpitalnym,
- mniejsze zaangażowanie w zwykłe codzienne czynności,
- uczucie emocjonalnego odrętwienia lub oddzielenia od innych osób,
- zwiększona drażliwość,
- problemy z koncentracją lub snem,
- czujność i przewrażliwienie,
- negatywne nastawienie do przyszłości, spodziewanie się najgorszego,
- „nadmierna czujność” – ciągłe spodziewanie się niebezpieczeństwa,
- dolegliwości somatyczne (ból brzucha, ból głowy) niewyjaśnione przez stan medyczny.



## Czynniki ryzyka wystąpienia traumy medycznej:

- znaczenie nadawane danej sytuacji przez samo dziecko i jego bliskich,
- sytuacja zagrożenia życia/zdrowia/integralności psychofizycznej (lub bycie świadkiem takiej sytuacji),
- poczucie braku kontroli, brak sprawczości, wpływu,
- brak wiedzy o tym, co się dzieje,
- unieruchomienie,
- izolacja od bliskich, osamotnienie, zwłaszcza w oczekiwaniu na procedurę lub po niej (wybudzenie),
- brak poczucia bezpieczeństwa,
- brak wsparcia emocjonalnego (ze strony bliskich, rówieśników, personelu),
- ekspozycja na przytłaczające obrazy lub treści (np. niewłaściwe przekazanie informacji medycznej),
- gdy otoczenie zaprzecza negatywnym doświadczeniom i odczuciom,
- wcześniejsze negatywne doświadczenia,
- czynniki fizjologiczne, ból, złe samopoczucie,
- cechy otoczenia: ostre światło, odgłosy, zapachy, niewygoda,
- konieczność przechodzenia procedury medycznej nago,
- obecność innych, obcych osób, brak prywatności.

## Jak można przeciwdziałać traumie medycznej?

Pojęcie „opieki zdrowotnej świadomej traumy” (trauma informed care)<sup>7</sup> zakłada, że rozumienie znaczenia stresu traumatycznego jest wpisane w planowanie opieki nad dzieckiem, a także w każdą interakcję z dzieckiem-pacjentem i jego rodzicami/opiekunami.

### Uniwersalne wskazówki dla personelu medycznego to:

1. Edukuj się w zakresie stresu traumatycznego u dzieci i rodziców przebywających w placówkach medycznych.
2. Aktywnie oceniaj poziom bólu odczuwany przez dziecko i przeciwdziałaj bólowi zgodnie ze szpitalnym protokołem.
3. Staraj się zminimalizować oddziaływanie potencjalnie traumatyzujących elementów szpitalnego otoczenia, takich jak dźwięki aparatury medycznej czy bolesne zabiegi.



7 M. L. Marsac, N. Kassam-Adams, A. K. Hildenbrand, et al, Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks, JAMA Pediatr 2016, 170(1), 70-77, doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.2206.

**Jedną z metod identyfikowania, zapobiegania i leczenia traumatycznych reakcji stresowych, którą mogą stosować pracownicy medyczni, jest Protokół D-E-F8. Po zabezpieczeniu podstawowych potrzeb wynikających ze stanu zdrowia fizycznego dziecka (ang. attending to the basics of children's physical health, A-B-C) kolejne kroki to:**

### **Zmniejsz DYSTRES (ang. DISTRESS):**

- Aktywnie oceniaj i lecz ból, korzystając ze szpitalnego protokołu.
- W miarę możliwości informuj dziecko o tym, co się dzieje, i dawaj możliwości wyboru.
- Uważnie słuchaj, upewnij się, czy dziecko zrozumiało, co powiedziałaś, wyjaśnij wszelkie nieporozumienia.
- Zapytaj o lęki i zmartwienia.
- Zapewnij poczucie bezpieczeństwa i realistyczną nadzieję.

### **Okaż EMOCJONALNE WSPARCIE (ang. EMOTIONAL SUPPORT):**

- Zachęcaj rodziców, aby przebywali z dzieckiem tak często, jak to możliwe, a także rozmawiali z nim o tym, co je martwi i czego się boi.
- Pokazuj rodzicom, jak mogą opiekować się dzieckiem, aby przynosić ulgę.
- Zachęcaj dziecko do angażowania się w miarę możliwości w zabawę i inne zajęcia odpowiednie dla wieku.

### **Weź pod uwagę potrzeby RODZINY (ang. FAMILY):**

- Oceń poziom odczuwania przez rodziców/opiekunów stresu i to, jak sobie z tym radzą.
- Zidentyfikuj mocne strony rodziny i zasoby radzenia sobie w trudnej sytuacji.
- Zachęć rodziców do korzystania z własnych zasobów radzenia sobie w takich sytuacjach lub ze wsparcia dostępnego w szpitalu bądź w społeczności.
- Zidentyfikuj i pomóż tym rodzinom, które mają objawy stresu traumatycznego lub są bardziej narażone na stres traumatyczny.
- Doradź rodzicom skorzystanie z konsultacji szpitalnego psychologa, jeśli jest to dostępne, lub skieruj do pracownika socjalnego, centrum zdrowia psychicznego, ośrodka interwencji kryzysowej.



**Standardy Ochrony Dzieci (SOD)** – zbierają w jednym miejscu, porządkują i doprecyzowują zasady, 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\*.

Standardy wdrażane w placówce medycznej powinny być dostosowane do jej specyfiki i odpowiadać na potrzeby dzieci-pacjentów, ich rodziców/opiekunów oraz całego personelu – zarówno osób wykonujących zawody medyczne, jak i innych specjalistów, administrację i personel pomocniczy.

Standardy obejmują kluczowe kwestie dotyczące ochrony dzieci przed krzywdzeniem:

- Zasady rekrutacji i weryfikacji personelu (sprawdzanie pod kątem niekaralności za przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności oraz weryfikację, że wobec pracowników nie toczy się żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie).
- Obowiązek identyfikowania sytuacji mogących świadczyć o krzywdzeniu dziecka (przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie) oraz podejmowania określonych interwencji w tych przypadkach.
- Opracowanie przejrzystej procedury reagowania na podejrzenie, że dziecko doświadcza krzywdzenia, ścieżkę prowadzenia interwencji prawnej i wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za ochronę dzieci.
- Zasady bezpiecznych relacji między personelem i dzieckiem, czyli określenie co jest w kontakcie z małym pacjentem działaniem pożądanym, a co jest niedopuszczalne.
- Zasady bezpiecznego korzystania z mediów elektronicznych przez dzieci, w tym z Internetu,
- Zasady ochrony wizerunku i danych osobowych dzieci.

\*Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw, wprowadza nowe instrumenty ochrony praw dzieci i m.in. nakłada na podmioty prowadzące działalność leczniczą obowiązek posiadania standardów ochrony małoletnich. Czas na podporządkowanie się tej regulacji to 6 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy.



Zdjęcie: Aditya Romansa (unsplash.com)

## Standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych

Więcej o standardach ochrony dzieci:  
[standardy.fdds.pl/placowki-medyczne](https://standardy.fdds.pl/placowki-medyczne)

- czym są standardy ochrony dzieci?
- jak wdrażać standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych?
- jakie są zasady postępowania zawodów medycznych w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka?
- webinary, publikacje, przykładowe procedury i wskazówki dla osób pracujących w ochronie zdrowia

Serwis internetowy dla profesjonalistów pracujących z rodzicami i dziećmi:  
[edukacja.fdds.pl](https://edukacja.fdds.pl)

- materiały edukacyjne oraz kursy e-learningowe poświęcone problemowi krzywdzenia dzieci i jego profilaktyki
- informacje o konferencjach i szkoleniach z zakresu zapobiegania przemocy wobec dzieci

**Zatrzymajmy przemoc,  
zanim się pojawi!**

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



Miejsce, dnia .....

Sąd Rejonowy

W .....

Wydział Rodzinny i Nieletnich<sup>1</sup>

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 urodzenia<sup>2</sup>) 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 reprezentacji<sup>3</sup>
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.

Miejsce, dnia .....

Prokuratura Rejonowa

w .....<sup>1</sup>

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 niej<sup>2</sup>.

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 zawodowej<sup>3</sup>.

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 reprezentacji<sup>4</sup>
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.