

**Kinga Michałowska**

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Polska

michalok@uek.krakow.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2133-8110>

**Dorota Ambrożuk-Wesołowska**

Uniwersytet Szczeciński, Polska

dorota.ambrozuk-wesolowska@usz.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2828-2049>

## Ochrona praw małoletnich pacjentów w świetle wymogów dokumentu Standardy ochrony małoletnich

### Protection of the Rights of Minor Patients in the Light of the Requirements of the Document on ‘Standards for the Protection of Minors’

**Abstract:** From 15 August 2024, institutions providing healthcare services where children are or may be present are required to introduce an additional mandatory document, the so-called Standards for the Protection of Minors. The essence of this document is to ensure the safety of a minor patient in relations with the entity’s staff, other minor patients and persons close to them. The legislature’s idea was to indicate the principles determining safe contact with a minor and the procedures for responding in any situation of suspicion that a child is being harmed. Unfortunately, the universal scheme set out by the Act is difficult to implement to the same extent in every institution; it therefore requires adaptation to the specifics of its activity. It also requires taking into account the risks that may occur in a given place and the provisions regulating the activity of the entity and its internal regulations. This article aims to present selected problems noticed during the development and introduction of the document on standards for the protection of minors in medical institutions.

**Keywords:** child abuse, healthcare personnel, patient rights, safety of minor patients, standards for the protection of minors

**Słowa kluczowe:** krzywdzenie dziecka, personel podmiotu, prawa pacjenta, bezpieczeństwo małoletniego pacjenta, standardy ochrony małoletnich

## Wprowadzenie

Problemy zdrowotne dziecka, zwłaszcza przewlekła choroba, powodują konieczność wzmożonych kontaktów małego pacjenta z personelem medycznym, w tym pobytów w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych, co wiąże się z określonym ryzykiem, za które w odniesieniu do chorych dzieci uznaje się nierespektowanie ich praw i potrzeb. Tak rozumiane ryzyko mieści się w pojęciu tzw. krzywdzenia instytucjonalnego (Perek & Cepuch, 2008, s. 25). Zarówno częstotliwość kontaktów, jak i czas ich trwania może nie tylko wpływać na stan psychiczny dziecka, ale również stwarzać potencjalne ryzyko kontaktów dziecka z osobami, których zamiary względem małoletniego nie zawsze będą pozostawać w zgodności z jego dobrem i mogą sprzyjać sytuacjom, w których dojdzie do skrzywdzenia dziecka. Krzywdzącym może być zarówno osoba z personelu podmiotu, inne przebywające w podmiocie dziecko, jak i inna osoba dorosła, która z uwagi na udzielane dziecku *świadczenie* ma z nim kontakt (np. rodzic innego dziecka przebywającego na oddziale szpitalnym czy rodzic chorego dziecka lub inna bliska dziecku osoba).

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nieprzypadkowo zostały wskazane jako te, które w związku z wykonywanymi zadaniami mają możliwość dostrzeżenia symptomów krzywdzenia dziecka. Można bowiem wskazać na dwa obszary związane z udzielanymi dziecku świadczeniami zdrowotnymi, w których weryfikacja podejrzenia lub stwierdzenia stanu krzywdzenia dziecka jest możliwa. Pierwszy daje osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych możliwość dostrzeżenia symptomów krzywdzenia dziecka przez osoby mające z nim codzienny kontakt, w tym jego bliskich czy opiekunów. Wówczas weryfikacja ewentualnych podejrzeń jest możliwa z uwagi na udzielane dziecku świadczenia zdrowotne, w tym uzyskane w trakcie badania informacje, wywiad czy obserwacje sugerujące źródło problemów zdrowotnych dziecka. Drugi, w którym ryzyko krzywdzenia dziecka jest zwiększone, to sytuacje mogące potencjalnie mieć miejsce w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych. Tu krzywdzącymi mogą być głównie osoby z personelu podmiotu, nie można jednak wykluczyć sytuacji krzywdzenia pomiędzy samymi dziećmi przebywającymi w podmiocie bądź krzywdzenia ze strony rodzica czy opiekuna, który, wykonując swoje prawo do opieki, przebywa w podmiocie razem z dzieckiem. Aby zminimalizować stres szpitalny i uniknąć negatywnego wpływu przeżyć szpitalnych na psychiczne i fizyczne funkcjonowanie pacjenta w wieku rozwojowym, wszyscy pracownicy medyczni powinni bezwzględnie przestrzegać praw i potrzeb dziecka chorego. Dlatego ważne jest, aby w dokumencie standardów ochrony małoletnich znalazły się zasady, na których oparty jest kontakt z pacjentem-dzieckiem, a także zostały wskazane sytuacje, które nie są w podmiocie akceptowane oraz procedury reagowania w sytuacji zaistnienia choćby podejrzenia krzywdzenia dziecka.

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych problemów dostrzeżonych przy okazji opracowywania i wprowadzania dokumentu standardów ochrony małoletnich

w podmiotach medycznych oraz wskazanie przykładowych rozwiązań. W pracy zastosowana została metoda dogmatyczno-językowa.

## 1. Idea wprowadzenia, przesłanki i istota dokumentu Standardy ochrony małoletnich

Idea wzmoczonej ochrony dzieci przed krzywdzeniem jest rozwijana od kilkadziesiąt lat. Jej prekursorem były głównie organizacje społeczne, które w codziennej pracy pomocowej z dziećmi zderzają się z problemem przemocy i krzywdzenia dzieci. Podmioty te opracowały wzory dokumentów tzw. Polityk ochrony dzieci, które stały się wyznacznikiem zasad w relacjach z dziećmi oraz bodźcem do zgłaszania odpowiednim podmiotom i instytucjom informacji, że dziecko jest krzywdzone (Katana i in., 2023, s. 4). Uświadomienie zasad podmiotowego traktowania dziecka i stworzenie procedur, ścieżek i wzorów dokumentów miały za zadanie ułatwić realizację powszechnego obowiązku informowania o krzywdzie dziecka, zarówno w sytuacjach, gdy jest ono ofiarą przestępstwa, jak i wtedy, gdy jest po prostu zaniedbywane (Sitarz, 2022, s. 72).

Przedstawiony przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę raport *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* zawierał dane o skali krzywdzenia dzieci wskazujące, że 41% dzieci doświadcza przemocy ze strony bliskich dorosłych. Dane nie pozostawiają złudzeń, że sytuacja przemocy względem dzieci stanowi pilny do rozwiązania problem społeczny i prawny. W końcowej części raportu – rekomendacjach – wskazano potrzebę podejmowania dalszych działań w zakresie ochrony dzieci przed krzywdzeniem. Ważne jest, by wprowadzić prawny wymóg wdrożenia standardów ochrony dzieci przed krzywdzeniem we wszystkich miejscach, w których przebywają dzieci, oraz w instytucjach i organizacjach działających na rzecz dzieci. Standardy te powinny uwzględniać m.in. wprowadzenie w instytucji/organizacji polityki ochrony dzieci (w tym procedur interwencji), weryfikację pracowników, opracowanie zasad bezpiecznych relacji i ścieżek interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dzieci oraz szkolenie pracowników (Dajemy Dzieciom Siłę, 2022)<sup>1</sup>.

1 W raporcie wskazano również, że: 57% badanych dzieci doświadcza przemocy ze strony rówieśników; ponad 170 000 dzieci i nastolatków zostało objętych w 2020 r. pomocą specjalistyczną ze względu na zaburzenia psychiczne; w 2021 r. policja odnotowała 1496 prób samobójczych popełnionych przez osoby poniżej 19 roku życia; 127 prób samobójczych podjętych przez dzieci lub nastolatków zakończyło się śmiercią; pod względem liczby prób samobójczych zakończonych zgonem Polska jest na drugim miejscu w Europie, po Niemczech; w 2021 r. założono 11 129 Niebieskich Kart, w których jako pokrzywdzonych wskazano osoby małoletnie; w 2021 r. 1335 dzieci zostało odebranych z rodzin z powodu zagrożenia życia w związku z przemocą; w pieczy zastępczej umieszczono 52 572 dzieci.

Kolejne liczne i niepokojące doniesienia o tragicznych sytuacjach krzywdzenia dzieci skłoniły ustawodawcę do reakcji, której efektem jest uchwalona 28 lipca 2023 r. Ustawa o zmianie ustawy kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw, tzw. „ustawa Kamilka” (Sejm, 2023)<sup>2</sup>. Oprócz zmian w kodeksie cywilnym zmiany dotyczyły ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym, zmieniając nie tylko jej meritum, ale poszerzając tytuł o „ochronę małoletnich” – dalej jako p.p.s.U. (Sejm RP, 2016). W ramach tych zmian, jako szczególny środek ochrony małoletnich, wprowadzono obligatoryjny wymóg wdrożenia i stosowania dokumentu standardów ochrony małoletnich<sup>3</sup>.

Podstawowym celem dokumentu jest wprowadzenie zasad obowiązujących w relacjach pomiędzy personelem podmiotu, którego działalność skierowana jest do dzieci, w tym m.in. placówki medycznej, a dzieckiem oraz wyznaczenie procedur reagowania w każdej sytuacji, gdy dziecko jest krzywdzone bądź gdy ryzyko krzywdzenia jest prawdopodobne. Na etapie legislacyjnym w uzasadnieniu projektu ustawy podkreślono, że „(...) potrzebne są zatem środki o charakterze profilaktycznym jak i interwencyjnym, ukierunkowane na zawiadomienie właściwych organów oraz natychmiastową pomoc skrzywdzonemu, jego bliskim (o ile nie są krzywdzicielami), a także w stosownych przypadkach wsparcie otoczenia. Musi to znajdować odzwierciedlenie w omawianych procedurach, które tylko w ten sposób spełnią cel, który przyświeca ich wprowadzeniu. Stąd projektodawca za niezbędne elementy standardów uznał te, które odpowiadają tym obszarom (...)” (Sejm RP, 2023).

Wskazany w ustawie obowiązek zawiadomień nie jest czymś nowym, gdyż z racji obowiązków zawodowych m.in. osób wykonujących zawody medyczne, w tym lekarzy, pielęgniarek czy ratowników medycznych, każdy z przedstawicieli wskazanych profesji ma obowiązek zawodowy informowania o podejrzeniu stanu krzywdzenia lub o krzywdzeniu dziecka. W praktyce samo informowanie, z wyjątkiem przypadków drastycznych, nie do końca jest realizowane. Powodem jest najczęściej brak wytyczonych ścieżek informowania wewnątrz podmiotu, rozproszenie przepisów oraz obawa braku jednoznacznych informacji potwierdzających, że dziecko jest krzywdzone. Z tego powodu, aby rozwiązać wątpliwości co do obaw przed ingerencją w życie dziecka i jego rodziny (Graziano, 1994, s. 415), wprowadzony został obligatoryjny wymóg wdrożenia i stosowania dokumentu standardów ochrony małoletnich (Krawczak i in., 2023, s. 8–9).

2 Potrzebę wprowadzenia zawartych w ustawie rozwiązań podkreśliły wyniki głosowania: za przyjęciem ustawy zagłosowało 441 posłów, 11 było przeciw, a jeden wstrzymał się od głosu (Sprawozdanie Komisji o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw, druki nr 3309, 3403 i 3403-A).

3 W uzasadnieniu projektu doprecyzowano, czym są standardy, podkreślając, że są to „procedury ochrony małoletnich przed krzywdzeniem, zob. Druk nr 3309, zawierający uzasadnienie do poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Sejm RP, 2023).

## **2. Zakres podmiotowy obowiązku wprowadzenia i stosowania dokumentu standardów oraz wymóg weryfikacji osób zaliczonych do personelu podmiotu**

Obowiązek wprowadzenia i stosowania dokumentu standardów ochrony małoletnich dotyczy podmiotów, które w zakresie prowadzonej działalności mają kontakt z dziećmi. Zakres podmiotowy obowiązku wprowadzenia dokumentu wskazany jest w treści art. 22b p.p.s.U., który stanowi, że obowiązek wprowadzenia standardów ochrony małoletnich ma każdy organ zarządzający jednostką systemu oświaty oraz inną placówką oświatową, opiekuńczą, wychowawczą, resocjalizacyjną, religijną, artystyczną, medyczną, rekreacyjną, sportową lub związaną z rozwijaniem zainteresowań, do której uczęszczają albo w której przebywają lub mogą przebywać małoletni. Ponadto, zgodnie z ust. 2, obowiązek ten dotyczy organizatorów działalności oświatowej, opiekuńczej, wychowawczej, resocjalizacyjnej, religijnej, artystycznej, medycznej, rekreacyjnej, sportowej lub związanej z rozwijaniem zainteresowań przez małoletnich. Jednym z obowiązyjących do wprowadzenia dokumentu standardów są podmioty wykonujące działalność medyczną. Przepis nie definiuje jednak ani terminu „działalność medyczna”, ani „placówka medyczna”. W odniesieniu do ogólnych regulacji tzw. ustaw medycznych, w tym w szczególności ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – dalej d.l.U (Sejm RP, 2011), można odnaleźć pojęcie działalności leczniczej, która zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 2 d.l.U. prowadzona jest w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, jako działalność lecznicza w rodzaju świadczeń szpitalnych, i działalność lecznicza w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne. Jej zasadniczym trzonem zgodnie z art. 3. jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie kontaktu bezpośredniego, jak również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, promocji zdrowia oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Nieco większym problemem jest ustalenie definicji terminu „placówka medyczna”, którym nie posługują się ani ustawa o działalności leczniczej, ani inne ustawy medyczne. Pewną wskazówkę można odnaleźć na stronie Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw transgranicznej opieki medycznej (NFZ, 2024). W zawartym tam słowniczku pod hasłem „placówka medyczna” widnieje definicja, że jest to każda placówka publiczna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej w państwie leczenia, a także każda placówka prywatna udzielająca świadczeń zdrowotnych poza publicznym systemem opieki zdrowotnej w państwie leczenia, w szczególności przychodnia, w tym przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej i przychodnia opieki specjalistycznej, szpital, klinika, instytut, praktyka zawodowa grupowa albo indywidualna m.in. lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek czy położnych, laboratorium diagnostyczne. W związku z tak szerokim ujęciem należy założyć, że obowiązek wprowadzenia dokumentu standardów ochrony małoletnich

obejmie wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, bez względu na jej formę.

Celem wskazanego dokumentu jest ochrona dziecka jako podmiotu, nie tylko w związku z potrzebą zabezpieczenia go przed wszelkimi formami krzywdzenia, zaniedbywania, wykorzystywania czy przemocy, a także wypracowanie bezpiecznych form relacji pomiędzy dzieckiem będącym pacjentem a personelem podmiotu udzielającego mu świadczeń zdrowotnych, leczenia, rehabilitacji i opieki nad dziećmi. Użyte w art. 22c p.z.p.U. określenie „personel podmiotu” nie jest przypadkowe – w zamyśle ustawodawcy było jak najszersze ujęcie zakresu podmiotowego osób mogących, z racji zróżnicowanych form pracy i współpracy, mieć kontakt z dzieckiem. W związku z tym personel podmiotu tworzą zarówno pracownicy w rozumieniu osób związanych stosunkiem pracowniczym bez względu na formę (umowa, powołanie, wybór, mianowanie), jak i osoby świadczące usługi na podstawie umów cywilnoprawnych, kontraktów B2B czy umów o współpracy. Do personelu podmiotu zalicza się ponadto stażystów, wolontariuszy oraz wszystkie inne osoby, które z racji pełnionych funkcji lub wykonywanych zadań mogą mieć lub mają kontakt z dzieckiem. Z uwagi na ustawowy wymóg wprowadzenia i stosowania standardów ochrony małoletnich jest on dokumentem obligatoryjnym, o wewnętrznym charakterze, wiążącym każdą osobę zaliczoną do personelu podmiotu. Jako taki sprawia, że konsekwencją jego nieprzestrzegania mogą być odpowiednio pracownicze bądź pozapracownicze (umowne) sankcje. Obligatoryjny charakter dokumentu standardów wskazuje ponadto, że w odniesieniu do pracowników podmiotu jego przestrzeganie mieści się w zakresie art. 100 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeks pracy – dalej k.p. (Sejm RP, 1974). Zgodnie z § 1 wskazanego przepisu, obok nałożonego na pracownika obowiązku sumienności i staranności ustawodawca nałożył także obowiązek stosowania się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy. W orzecznictwie podkreśla się, że polecenia mogą mieć charakter sformalizowany w postaci m.in. określonych procedur wewnętrznych, nakazujących pracownikowi sposób działania w zakresie pewnych spraw (Wyrok Sądu Najwyższego, 2008). Jeżeli zatem pracownik nie zachowuje oczekiwanej przez pracodawcę staranności i dbałości o przestrzeganie obowiązujących zasad i procedur, narusza on swoje obowiązki pracownicze. Natomiast w odniesieniu do umów cywilnoprawnych wymóg przestrzegania standardów stanowić powinien fragment umowy, która w swojej treści powinna regulować konsekwencje nieprzestrzegania standardów ochrony małoletnich.

Dyrektorzy podmiotów wykonujących działalność leczniczą mają obowiązek weryfikacji każdej osoby, która tworzy personel danej placówki medycznej bądź która została dopuszczona do działalności związanej z leczeniem. Obowiązek ten wynika bezpośrednio z art. 21 p.z.p.U. i sprowadza się do uzyskania informacji ze wska-

zanych w ustawie rejestrów oraz odbioru wskazanych tam oświadczeń<sup>4</sup>. O ile sam obowiązek weryfikacji nie jest wymogiem nowym, gdyż w węższym zakresie obowiązywał od czasu wejścia w życie ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczości na tle seksualnym w 2016 r.<sup>5</sup>, o tyle w związku z nowelizacją został dodatkowo poszerzony i w aktualnym kształcie obejmuje obowiązek weryfikacji w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie do Rejestru (art. 21 ust. 2 p.z.p.U.), danych o karalności z żądaniem przedstawienia zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego (art. 21 ust. 3 p.z.p.U.), a w odniesieniu do obcokrajowca z rejestru karnego państwa swojego obywatelstwa (art. 21 ust. 4). Ponadto w sytuacji, gdy potencjalny pracownik lub osoba mająca być dopuszczona do pracy z dziećmi zamieszkiwali w ciągu ostatnich 20 lat w innym niż Polska państwie, ich obowiązkiem jest przedstawienie wskazanej w przepisie informacji z właściwego rejestru, zaś w sytuacji, gdy nie jest to możliwe, złożenie stosownego oświadczenia (art. 21 ust. 5–8 p.z.p.U.). O ile sam wymóg weryfikacji ewentualnej karalności jest w kontekście celu ustawy jasny i niebudzący wątpliwości, o tyle z uwagi na brak przepisów przejściowych i poszerzenie zakresu informacji o niekaralności pojawiły się wątpliwości co do objęcia nim osób już zatrudnionych w podmiotach, które zobligowane zostały do wprowadzenia dokumentu standardów (Baranowska, 2024). Szczególne wątpliwości budzi kwestia ewentualnej konieczności ponownego sprawdzania osób zweryfikowanych przed wejściem w życie nowelizacji ustawy, tj. przed 15 lutego 2024 roku. W wytycznych zawartych na stronie Ministerstwa Sprawiedliwości wskazano, że nowe zasady dotyczą tylko osób, z którymi są zawierane umowy o pracę lub które są dopuszczane do działalności od 15 lutego 2024 roku. W odniesieniu do osób już zatrudnionych nie ma potrzeby ponownego sprawdzania, z wyjątkiem sytuacji, gdy zmianie ulegnie rodzaj działalności, którą osoba ta ma prowadzić (Ministerstwo Sprawiedliwości, 2024). dopełnieniem nałożonego na pracodawcę lub organizatora działalności obowiązku jest konieczność wydrukowania informacji wskazanych w art. 21 p.z.p.U. i dołączenia ich do akt osobowych pracownika albo dokumentacji dotyczącej osoby dopuszczonej do działalności. Tak ujęty zakres podmiotowy ustawy sprawia, że zarówno personel medyczny, jak i inne osoby (z racji pełnionych funkcji czy wykonywanych zadań) będą zobligowane do przestrzegania dokumentu standardów.

4 Należy podkreślić, że obowiązek weryfikacji informacji o niekaralności nie jest elementem dokumentu standardów ochrony małoletnich, jego podstawą jest bowiem odrębny od wymogu standardów przepis, art. 21 p.z.p.U. Należy przy tym podkreślić, że procedura sprawdzania może być włączona jako element procedury do dokumentu standardy ochrony małoletnich, do których odnosi się rozdział 4b ustawy.

5 Brzmienie pierwotne – Dz.U. z 2016 r. poz. 862.

Z uwagi na wskazane w art. 5 d.l.U. formy wykonywania działalności leczniczej pewne wątpliwości może budzić wymóg wprowadzenia i stosowania dokumentu standardów w odniesieniu do indywidualnych praktyk lub praktyk specjalistycznych lekarzy, pielęgniarek czy położnych. Trudno bowiem przy takiej formie organizacyjnej zrealizować wymóg weryfikacji i sprawdzenia. Mimo wątpliwości, w świetle wymogu obligatoryjności wprowadzenia i stosowania dokumentu standardów, należy mieć na uwadze, że ustawa jednoznacznie podkreśla potrzebę indywidualizacji standardów i dostosowania ich treści do charakteru i rodzaju podmiotu lub prowadzonej przez niego działalności (art. 22c ust 1 p.z.p.U.). W związku z tym w odniesieniu do praktyk indywidualnych, gdy lekarz czy inna osoba wykonująca zawód medyczny uzyskuje informacje o krzywdzeniu dziecka lub o zagrożeniu jego dobra, fakt posiadania dokumentu z jasno określonymi procedurami reagowania oraz zasadami kontaktu z małoletnim pacjentem jest jak najbardziej uzasadniony.

### 3. Treść, forma i budowa dokumentu Standardy ochrony małoletnich

Treść dokumentu standardów jest wyznaczona przez art. 22c p.z.p.U., przy czym, co już podkreślono wcześniej, wymaga indywidualizacji z uwagi na charakter i rodzaj placówki lub działalności, którą dany podmiot prowadzi. Ustępy 1 i 2 wskazują na kolejne elementy, które dokument standardów powinien regulować. Tym, co jednoznacznie wybrzmiewa, jest to, że dokument ten z uwagi na swój charakter<sup>6</sup> zawiera uzupełniające się wzajemnie zasady postępowania i uszczegóławiające realizację przyjętych zasad procedury. Ustawodawca wskazuje, że w dokumencie standardów określa się w szczególności: zasady zapewnienia bezpiecznych relacji w placówce pomiędzy dzieckiem a personelem placówki oraz wykaz towarzyszących im zachowań niedozwolonych, zasady bezpiecznych relacji pomiędzy dziećmi oraz wskazanie towarzyszących im zachowań niedozwolonych, procedury podejmowane w sytuacji zagrożenia lub naruszenia bezpiecznych relacji pomiędzy dziećmi, zasady i procedury podejmowania interwencji w sytuacjach podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu dziecka, lub o zagrożeniu dobra dziecka, zasady i procedury postępowania w sytuacji podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę dziecka, podejrzenia stosowania przemocy domowej oraz zagrożenia dobra dziecka, procedury składania zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę dziecka – w tym zawiadomienie policji, zawiadomienie sądu opiekuńczego, wszczęcie procedury Niebieskiej Karty, zasady korzystania z urządzeń elektronicznych z dostępem do sieci Internet, procedury ochrony dzieci przed treściami szkodliwymi i zagrożeniami płynącymi z Internetu i innych form korzystania z utrwalonych informacji, zasady wspierania dziecka zagrożonego lub dotkniętego krzywdzeniem, za-

6 Zgodnie ze słownikiem języka polskiego „standardy” to ‘normy określające podstawowe wymagania stawiane czemuś lub komuś’ (*Słownik języka polskiego PWN*, 2024).



sady i procedury dotyczące dokumentowania, sposób udostępniania rodzicom lub opiekunom dokumentu standardów, sposób przygotowania personelu do stosowania dokumentu, zakres kompetencji osoby odpowiedzialnej za przygotowanie personelu, zasady monitorowania, przeglądu i aktualizacji dokumentu standardów, obowiązek okresowej oceny dokumentu standardów. Tak ujęty dokument standardów stanowi z jednej strony dodatkowe zabezpieczenie dla małoletniego pacjenta, z drugiej jest dokumentem mocno ingerującym w codzienne funkcjonowanie podmiotu, a niektóre z obligatoryjnych elementów treści mogą okazać się trudne do zrealizowania w kontekście regulacji branżowych danego podmiotu.

#### 4. Dokument standardów ochrony małoletnich w praktyce szpitalnej

Ustawodawca wymaga, aby dokument standardów były dostosowany do specyfiki podmiotu. Istotą skuteczności procedur w nim zawartych jest bowiem uwzględnienie realiów działalności podmiotu i występujących w nim zagrożeń, swoistość miejsca, gdzie udzielane są świadczenia zdrowotne, oraz struktury organizacyjnej podmiotu. Dlatego indywidualizacja standardów opracowanych na potrzeby konkretnego podmiotu jest konieczna. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, wprowadzając dokument standardów, musi pogodzić przepisy odniesione do rodzaju i specyfiki jego działalności z elementami koniecznymi dokumentu, wskazanymi w art. 22c p.z.p.U. W związku z tym w dokumencie standardów podmiotów udzielających świadczeń medycznych należy z jednej strony uwzględnić przepisy powszechnie obowiązujące związane ze specyfiką podmiotu, m.in. ustawę o działalności leczniczej, ustawę o prawach pacjenta czy ustawy zawodowe<sup>7</sup>, i obowiązujące w danym podmiocie dokumenty wewnętrzne, takie jak statut, regulaminy, zarządzenia i inne. Należy przy tym jednoznacznie podkreślić, że celem dokumentu standardów obowiązującym w podmiocie medycznym nie jest powielenie ochrony praw pacjenta<sup>8</sup>, lecz stworzenie dodatkowej konstrukcji ochronnej w sytuacjach, gdy małoletniemu pacjentowi wyrządzona została krzywda w związku z korzystaniem ze świadczenia zdrowotnego w podmiocie. Z tego powodu nawet kluczowe dla dekodowania podstawy krzywdzenia przesłanki powinny być odmiennie postrzegane (Wasilewska, 2017, s. 105)<sup>9</sup>. Podobnie należy odnieść się do zagadnienia ogólnych przesłanek prawidłowości świadczenia zdrowotnego. Określone w art. 8 ustawy z dnia 6 listopada

7 Do tzw. ustaw zawodowych zaliczane są w szczególności: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, t.j. Dz.U. 2024, poz. 1287, ustawa z dnia 15 lipca 2011 r., o zawodach pielęgniarki i położnej, t.j. Dz.U. 2024, poz. 814, ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych, t.j. Dz.U. 2023, poz. 2187.

8 Ochronie praw pacjenta służą regulacje ustawy o prawach pacjenta oraz, w zależności od typu naruszenia, karnoprawne bądź cywilnoprawne środki ochrony i dochodzenia roszczeń.

9 Autorka szczegółowo przedstawia obszary krzywdy pacjenta wynikłej z nieprawidłowo wykonanego świadczenia zdrowotnego.

2008 r., o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – dalej p.p.U. (Sejm RP, 2008) zasady udzielania świadczeń zdrowotnych mają raczej charakter jakościowy, odnoszą się bowiem do wymogu należytej staranności oraz odpowiednich warunków ich realizacji<sup>10</sup>. Zadaniem dokumentu standardów jest doprecyzowanie bezpiecznych zasad ich udzielania, w których mieści się m.in. wymóg określenia zasad zapewniających bezpieczne relacje między małoletnim pacjentem a personelem placówki medycznej lub organizatorem działalności leczniczej (art. 22c ust 1 pkt 1 p.z.p.U.). Dlatego też w części dotyczącej kontaktu personelu z dzieckiem zwraca się szczególną uwagę na jasne dookreślenie zasad kontaktu, w tym kontaktu bezpośredniego, oraz wskazanie sytuacji, które nie są akceptowane. Postanowienia te powinny być zawarte w części dotyczącej zasad zapewnienia bezpiecznych relacji w placówce pomiędzy dzieckiem a personelem placówki, wraz z wykazem towarzyszących im zachowań niedozwolonych. Jako przykład można podać następujący sposób ich ujęcia:

- w kontaktach bezpośrednich z dzieckiem należy dostosować formę bezpośredniego kontaktu do rodzaju udzielanego świadczenia zdrowotnego,
- należy wyznaczyć granice osobistej strefy funkcjonowania własnej osoby i osoby dziecka, w tym zachować bezpieczny i akceptowalny dystans,
- należy ograniczyć kontakt bezpośredni niezwiązany z udzielanym świadczeniem zdrowotnym jedynie do sytuacji będących odpowiedzią na uzasadnione wiekiem i rozwojem dziecka potrzeby, w tym m.in. pocieszenie dziecka czy przytulenie po wcześniejszym zaakceptowaniu takiego zachowania przez dziecko,
- w kontaktach bezpośrednich z dzieckiem nie wolno stosować jakiegokolwiek formy przemocy psychicznej, fizycznej oraz w jakikolwiek inny sposób naruszać jego nietykalność osobistą bądź integralność.

Wśród przykładowych sposobów uwzględnienia w treści dokumentu standardów kluczowych praw małoletniego pacjenta na szczególną uwagę zasługują: prawo do informacji, prawo rodziców do uczestniczenia w badaniu dziecka vs. prawo dziecka do intymności, prawo dziecka do dodatkowej opieki ze strony innych rodziców vs. bezpieczeństwo innych dzieci oraz prawo do kontaktu telefonicznego lub korespondencyjnego vs. bezpieczeństwo korzystania z urządzeń elektronicznych

---

10 Szczegółową analizę orzecznictwa odnoszącą się do gradacji poziomu staranności przedstawiła D. Krakowska, referując zróżnicowane stanowiska orzecznicze oraz zwracając uwagę, że w kontekście jakościowej oceny udzielanych pacjentowi świadczeń zdrowotnych należy zauważyć, iż „zachowanie należytej staranności jest kluczowym elementem zasad ogólnej ostrożności, których zachowania wymaga się w trakcie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Zasady ostrożności mają na celu zapewnienie osiągnięcia pozytywnego skutku podjętych czynności medycznych i zminimalizowania ryzyka związanego z ich podjęciem. Przestrzeganie tych zasad ma stanowić dla pacjenta gwarancję, że podjęte czynności są dla niego bezpieczne” (Karkowska, 2021, 403–404).

z dostępem do sieci Internet. Dalsza część artykułu poświęcona jest badaniu każdego ze wskazanych problemów.

#### 4.1. Prawo do informacji

Obok ogólnych wymogów wyznaczenia bezpiecznego kontaktu z małoletnim pacjentem uszczegółowienia wymagają kwestie innych, gwarantowanych małoletniemu pacjentowi praw. Jednym z szczególnie istotnych, zarówno w kontekście ustawy o prawach pacjenta, jak i dokumentu standardów, jest prawo małoletniego pacjenta do informacji. Regulacje art. 9 ust. 7 p.p.U. wskazują bowiem, że małoletni pacjent, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (Drozdowska, 2006, s. 141–142). Jej zakres wyznacza ust. 2 ww. przepisu – informacje te mają być przekazane w przystępny sposób i obejmować kwestie stanu zdrowia pacjenta, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania (Jabłońska & Kaczkowski, 2017, s. 16; Góralczyk, 2018, s. 335–339).

Przenosząc tak określone prawo małoletniego pacjenta na grunt rozważań odniesionych do wymogów treściowych dokumentu standardów, można dostrzec, że elementem koniecznym w części dotyczącej zasad kontaktu bezpośredniego z małoletnim pacjentem jest określenie zasad udzielania dziecku informacji w zakresie wyznaczonym treścią art. 9 ust. 7 p.p.U. Przyjęte w dokumencie standardów rozwiązanie musi uwzględniać zakres i formę informacji koniecznych do prawidłowego przebiegu procesu diagnostyki i terapii przy konieczności dostosowania ich zakresu do wieku i stanu dziecka (Andrzejewski, 2014, s. 386). W dokumencie standardów jest to najczęściej ujmowane w części odniesionej do współpracy z dzieckiem w następujący sposób:

- we współpracy z dzieckiem należy traktować je jako pełnoprawnego uczestnika udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, mając na względzie wiek, rozwój dziecka i stan emocjonalny, w którym się znajduje,
- w zrozumiały dla dziecka sposób trzeba wyjaśnić potrzebę i cel planowanych działań, a jeżeli pozwala na to procedura medyczna, konsultować z dzieckiem planowane działania i pozwolić mu na dokonanie wyboru w kwestiach, w których jest to możliwe i zasadne.

Jednocześnie jako zachowania niedozwolone należy wykazać potencjalne obszary, w których możliwe jest wykorzystanie dominującej względem dziecka pozycji, w tym:

- we współpracy z dzieckiem nie wolno wykorzystywać dominującej względem małoletniego pozycji oraz sygnalizować mu, że jest w pozycji podległości czy zależności,

- lekceważyć, marginalizować zdania i opinii dziecka oraz jego rodziców, odczuć dziecka, w tym w szczególności wyrażanego przez nie lęku, w tym lęku przed bólem, obaw, niepewności co do sytuacji, w jakiej się znalazło lub znajdzie w wyniku planowanych świadczeń zdrowotnych,
- stosować jakiegokolwiek formy przemocy w celu nakłonienia do współpracy, w tym w szczególności zastraszania czy szantażowania dziecka bądź jego rodziców.

#### **4.2. Prawo rodziców do uczestniczenia w badaniu dziecka a prawo dziecka do intymności**

Kolejnym istotnym wątkiem, który powinien znaleźć swoje odzwierciedlenie w dokumencie standardów, jest kwestia zderzenia prawa rodziców dziecka do uczestniczenia w badaniu i potrzeba uwzględnienia przy badaniu prawa małoletniego pacjenta do intymności. Podstawą udzielenia świadczenia zdrowotnego dziecku, które nie ukończyło 16 lat, zgodnie z art. 17 p.p.U. jest zgoda na badanie dziecka wyrażona przez rodzica lub opiekuna faktycznego. Pojawia się jednak pytanie, czy badanie ma być wykonywane w obecności uprawnionego do udzielenia zgody rodzica czy opiekuna faktycznego. Implikuje ono kolejny związany z nim wątek, wyrażony w postaci kolejnego pytania, czy zgoda na badanie jest równoznaczna z prawem do uczestniczenia w badaniu. W kontekście wymogu dokumentu standardów w części dotyczącej zasad bezpiecznych relacji między małoletnim a personelem jest pytaniem istotnym. O ile w sytuacji badania w podmiocie udzielającym świadczeń ambulatoryjnych czy przy wizycie domowej rodzic lub opiekun uczestniczy zazwyczaj w badaniu dziecka, o tyle w sytuacji świadczeń realizowanych w szpitalu nie zawsze będzie to możliwe. W związku z tym w dokumencie standardów w części dotyczącej zasad kontaktu bezpośredniego z małoletnim pacjentem problem ten powinien również wybrzmiewać i może zostać ujęty w następujący sposób:

- rodzic lub opiekun faktyczny dziecka może uczestniczyć w badaniu,
- w sytuacji braku możliwości uczestniczenia w badaniu dziecka rodzica czy opiekuna faktycznego dziecka badanie powinno być przeprowadzane w obecności innej osoby z personelu podmiotu.

W praktyce szpitalnej, z uwagi na częste niedobory kadrowe, realizacja tego ostatniego wymogu może jednak wiązać się z praktycznymi trudnościami, które nie zawsze będą możliwe do rozwiązania w zgodności z wymogami dokumentu standardów. Należy bowiem podkreślić, że słuszna i potrzebna idea wprowadzenia dokumentu chroniącego małoletnich pacjentów nie może utrudniać czy uniemożliwiać przeprowadzenia badania. Z tego względu, podobnie jak w innych sytuacjach, gdy pozostanie z dzieckiem sam na sam mogłoby budzić uzasadnione wątpliwości co do ryzyka skrzywdzenia dziecka, przy braku możliwości uczestnictwa w badaniu rodzica, opiekuna czy innej osoby z personelu podmiotu, badanie powinno być wy-

konane przy uchylonych drzwiach gabinetu, a fakt oraz w miarę możliwości powód braku uczestnictwa w badaniu uprawnionych osób powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.

Spoglądając na ten sam problem z perspektywy art. 20 p.p.U. – prawa pacjenta do poszanowania intymności w czasie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, to samo zagadnienie przedstawia się nieco inaczej. W kontekście zderzenia regulacji ustawy o prawach pacjenta i wymogów treści dokumentu standardów można mieć uzasadnione wątpliwości co do ingerencji we wskazane prawo małoletniego pacjenta. Należy zwrócić uwagę, że trudno przyjąć ten sam model zachowania w odniesieniu do małego i starszego dziecka. O ile nie jest to problematyczne w sytuacji małego dziecka, o tyle nastoletniemu pacjentowi należy zapewnić odpowiednią do jego potrzeb i oczekiwań sferę intymności, co również może nastręczać trudności w kontekście wątku ewentualnego wymogu bądź konieczności uczestniczenia w badaniu rodzica, opiekuna czy innej osoby z personelu podmiotu (Michałowska, 2022, s. 62). Można zasugerować, aby – o ile jest to możliwe – zminimalizować poczucie ingerencji w sferę intymności małoletniego pacjenta poprzez zapewnienie udziału w badaniu osoby z personelu tej samej płci co małoletni. Z perspektywy samej idei dokumentu standardów istotne jest, aby przykładowo wskazany, możliwy do wystąpienia konflikt racjonalnie rozwiązać, a przede wszystkim go dostrzegać. Należy również mieć na uwadze główny cel: udzielenie świadczenia zdrowotnego, które nie może nie być udzielone z uwagi na brak możliwości skorzystania z asysty innego członka personelu podmiotu, w tym osoby tej samej co małoletni pacjent płci.

### 4.3. Bezpieczny kontakt na terenie podmiotu z innymi osobami niż personel

Ponieważ obowiązkiem podmiotu jest zapewnienie bezpieczeństwa dziecka w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi, kolejnym problemem, a zarazem obszarem ryzyka, jest wymóg, aby w dokumencie standardów wskazać zasady zapewnienia bezpieczeństwa dziecka w relacji z innymi osobami, które przebywają w podmiocie. Główną osią problemu jest zderzenie tego wymogu ze wskazanym w art. 34 ust. 3 p.p.U. prawem małoletniego pacjenta do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego<sup>11</sup>. Prawo to jest bezdyskusyjne (Konieczniak & Boratyńska, 2019, s. 436–437), obecność i wsparcie otrzymywane od osób bliskich często przyspiesza proces leczenia, łagodzi stres i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa (Bosek, 2020), a jego znaczenie dla stanu emocjonalnego dziecka

11 Zgodnie z pkt. 2 Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu dzieci powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi w szpitalu rodzice lub opiekunowie. Nie powinno być żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających – bez względu na wiek dziecka. Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu została opracowana i przyjęta przez 12 organizacji pozarządowych podczas I Konferencji Europejskiego Stowarzyszenia na Rzecz Dzieci w Szpitalu (European Association for Children in Hospital – EACH) w 1988 r. w Leiden w Holandii.

jest niepodważalne (Małarewicz-Jakubów, 2015, s. 59–60)<sup>12</sup>. Tym niemniej, podobnie jak w odniesieniu do poruszanej w pkt 4.2 problematyki poszanowania prawa do intymności, tutaj również dostrzegalne są dwa zasadnicze problemy: pierwszy to kwestia uzasadnionej stanem małoletniego pacjenta potrzeby oddzielenia go od rodzica, drugi to sytuacje koniecznych z uwagi na realia szpitalne kontaktów małoletnich pacjentów z rodzicami innych dzieci. W odniesieniu do pierwszego z problemów w doktrynie zwraca się uwagę, że „analizując położenie, w jakim jest dziecko jako pacjent, należy dojść do wniosku, iż mowa jest o rzeczywistości niejednorodnej. Z jednej bowiem strony mamy do czynienia z dziećmi małymi, które z racji młodego wieku potrzebują stałej obecności osoby bliskiej, z drugiej zaś szeroko rozumiana pediatria zajmuje się wsparciem medycznym adolescentów, którzy funkcjonują bez konieczności stałego wsparcia ze strony rodziców, co więcej, ich obecność może być uznana przez młode osoby za niestosowną” (Krakowska, 2021, s. 782–784)<sup>13</sup>. W tym kontekście na szczególną uwagę zasługują podmioty udzielające świadczeń z zakresu psychiatrii, skierowanych do małoletnich pacjentów. W doktrynie słusznie zwrócono uwagę na specyfikę oddziałów psychiatrii młodzieżowej, w której niejednokrotnie przebywają młode osoby wręcz skonfliktowane ze swoimi bliskimi, często celowo od nich czasowo separowane, co stanowi element terapii (Maślankiewicz & Bojko, 2017). Wskazana specyfika, w kontekście wymogu indywidualizacji dokumentu standardów, powinna być każdorazowo dostrzeżona i uwzględniona. W świetle drugiego z badanych wątków – wymogu bezpieczeństwa – pobyt rodzica jednego dziecka sprawia, że mają z nim kontakt inne przebywające na oddziale dzieci. Z jednej strony rodzic nie jest członkiem personelu podmiotu, stąd nie ma podstaw do związania go oświadczeniem o przestrzeganiu dokumentu standardów, z drugiej, z uwagi na wymóg obligatoryjności tego dokumentu i nałożony na podmiot obowiązek udostępnienia rodzicom treści dokumentu standardów w celu zaznajomienia się z nim i ich stosowania (art. 22c ust. 2 pkt 6 p.p.U.), zasadne jest uznanie, że obowiązek przestrzegania standardów przez rodziców dzieci z oddziału sygnalizowany problem rozwiązuje. Podmiot nie może przejąć jednak na siebie odpowiedzialności za zachowanie rodziców pacjentów. Jego obowiązkiem jest natomiast powiadomienie odpowiednich organów o fakcie bądź podejrzeniu krzywdzenia dziecka. Nie ulega wątpliwości, że w każdej sytuacji, w której bezpieczeństwo dziecka przebywającego na oddziale szpitalnym jest zagrożone czy naruszone, obowiązkiem podmiotu jest wdrożenie adekwatnej do sytuacji procedury przeciwdziałania krzywdzeniu, zawiadomienie odpowiednich podmiotów oraz udzielenie dziecku adekwatnego wsparcia

12 Jak podkreśla A. Małarewicz-Jakubów, „(...) prawo to nie może zostać ograniczone w żaden sposób ze względów organizacyjnych”.

13 Autorzy zaznaczają: „(...) Szczególnie istotne są uwagi odniesione do oddziałów psychiatrycznych, na których przebywają dzieci, i które powinny w związku z prowadzoną terapią być czasowo od rodziców i innych osób bliskich odseparowane”.

(art. 22c ust. 2 pkt 7 p.p.U.). Od strony praktycznej jest to po pierwsze unikanie sytuacji, w której na jednej sali przebywają dzieci z rodzicami i bez rodziców, co oczywiście nie będzie możliwe w sytuacji np. specjalistycznych oddziałów ratunkowych. Po drugie, z uwagi na wskazany obowiązek informacyjny rodziców, rozważyć można, czy w ramach informacji nie odbierać od rodziców/opiekunów oświadczeń, że zostali poinformowani, iż w podmiocie obowiązuje dokument standardów i wszelkie zachowania wobec przebywających na oddziale dzieci muszą być zgodne z treścią tego dokumentu.

#### **4.4. Bezpieczeństwo małoletnich pacjentów w sieci Internet**

Trudno sobie wyobrazić, by na oddziale szpitalnym dzieci nie miały możliwości korzystania z urządzeń elektronicznych, w tym smartfonów, które nie tylko są wykorzystywane do kontaktu telefonicznego, ale również do korespondencji poprzez sms, e-maile i inne dostępne formy komunikacji na odległość. Tym niemniej, mimo wielu pozytywów, jakie niesie możliwość korzystania z tego rodzaju urządzeń, szczególnie w obszarze kontaktu z otoczeniem czy dostępu do wiedzy oraz potrzebnej hospitalizowanemu dziecku rozrywki, mogą pojawić się związane z takim korzystaniem ryzyka, których prawdopodobieństwo wystąpienia zwiększa się przez dostęp do sieci Internet. Dotyczą one w szczególności problemu możliwości dostępu dziecka do treści dla niego nieodpowiednich. Ustawodawca wymaga, aby w dokumencie standardów podmiot wskazał bezpieczne warunki dostępu do sieci Internet oraz procedury realizowane w sytuacji, gdy w związku z korzystaniem z Internetu dziecko doznało krzywdy. Zderzając ten wymóg z wskazanym w art. 33 p.p.U. prawem pacjenta podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w postaci stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, problem dostępu do sieci Internet stanowić może poważny problem (Bosek, 2020). O ile w odniesieniu do innych zobowiązanych do wprowadzenia dokumentu standardów podmiotów wymóg zapewnienia bezpiecznych warunków korzystania z urządzeń elektronicznych z dostępem do sieci Internet jest dość prosty do spełnienia, o tyle w przypadku podmiotów medycznych pojawia się pytanie, jak to zrobić. Rzadko jest tak, że sieć szpitalna jest odpowiednio zabezpieczona, szczególnie w podmiotach, w których przebywają nie tylko dzieci (gdzie znajdują się pojedyncze, najczęściej rozrzucone po terenie szpitala oddziały dziecięce). Co więcej, podmiot z reguły nie udostępnia dzieciom żadnych urządzeń, za pomocą których dostęp do sieci Internet jest możliwy, a dzieci korzystają z własnych urządzeń i z przypisanego do nich transferu danych. Trudno jednak zakazać dzieciom używania telefonów czy innych urządzeń, szczególnie w kontekście wskazanego w art. 33 p.p.U. prawa. Dlatego podmiot z jednej strony, realizując prawo małoletniego pacjenta do kontaktu, z drugiej, będąc zobligowanym wymogami zabezpieczenia go przed ewentualną krzywdą związaną z użytkowaniem urządzeń

z dostępem do sieci Internet, powinien w tym fragmencie standardów jednoznacznie zaznaczyć, że:

- dziecko ma prawo do kontaktu, w tym w formie telefonicznej czy korespondencyjnej, ale podmiot nie udostępnia żadnych urządzeń z dostępem do Internetu,
- korzystanie z własnych urządzeń elektronicznych z dostępem do sieci Internet odbywa się za zgodą rodziców i na ich odpowiedzialność.

W tym miejscu można ponadto zasugerować opracowanie dodatkowego dokumentu z oświadczeniem rodzica/opiekuna o takiej zgodzie.

### **Podsumowanie**

Idea wprowadzenia dokumentu Standardy ochrony małoletnich jest słuszna i, jak wskazują wyniki prowadzonych badań, niewątpliwie potrzebna. Z uwagi na szeroko postrzegany przez pryzmat dokumentu standardów zakres pojęciowy krzywdzenia dziecka i konieczność jednoznacznego wskazania sytuacji, które nie są akceptowalne, wzmożona czujność personelu oraz jasno wyrażony obowiązek informowania i zgłaszania sytuacji, które mogą wskazywać na stan krzywdzenia dziecka, mają szansę wpłynąć na minimalizację ryzyka krzywdzenia dziecka. Dostrzeżony w ramach prowadzonych badań praktyczny problem sprowadza się do trudności polegającej na potrzebie dostosowania uniwersalnych wymogów wskazanych w treści art. 22c p.z.p.U. do bardzo zróżnicowanych pod względem specyfiki działalności potrzeb danego podmiotu. Mimo słuszności idei potrzeby zwiększenia bezpieczeństwa dzieci poprzez wprowadzenie gwarantujących to bezpieczeństwo zasad, procedur i wymogów ich weryfikacji rozwiązań, przysłowiowe „wrzucenie do jednego worka” wszystkich podmiotów wskazanych w art. 22b p.p.s.U., które z uwagi na kontakt z dzieckiem są zobligowane do stosowania tego samego ustawowo wyznaczonego wzoru dokumentu, może spowodować, że dokument ten z uwagi na sztuczność i w wielu przypadkach niedostosowanie będzie marginalizowany. O ile wskazane, uniwersalne wymogi ustawy sprawdzą się w placówce oświatowej, o tyle z uwagi na specyfikę podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotne, z przykładowo jedynie wskazanymi w powyższym opracowaniu wątpliwościami, będą one trudne do praktycznego stosowania. Należy zatem postulować, aby osoby i instytucje opracowujące tekst dokumentu standardów miały na uwadze sugerowaną przez ustawodawcę indywidualizację i dostosowały dokument do potrzeb, specyfiki i realnych zagrożeń zidentyfikowanych w podmiocie.



BIBLIOGRAFIA

- Andrzejewski, M. (2014). Relacja rodzice i inne osoby dorosłe a dzieci w świetle nowych przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego i niektórych innych ustaw (wybrane problemy). *Acta Iuris Stetinensis*, 6, 371–400.
- Baranowska, I. (2024, 15 lutego). *Nowe obowiązki pracodawców dotyczące weryfikacji niekaralności osób zatrudnianych do pracy z dziećmi*. <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/komentarze-praktyczne/obowiazki-pracodawcow-dotyczace-weryfikacji-470239021>.
- Bosek, L. (2020). Komentarz do art. 33, cz. II, pkt. 1. w: L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz* (ss. 550–560). Wydawnictwo CH BECK.
- Dajemy Dzieciom Siłę (2022), Raport „Dzieci się liczą 2022”. (2022, 15 grudnia). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, pod patronatem Ministerstwa Sprawiedliwości. <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2022/dzieci-sie-licza-2022.html>
- Drozdowska, U. (2006). Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta w ustawodawstwie polskim. w: A. Górski & P. Dzienis (red.), *Regulacje prawne ochrony zdrowia* (ss. 141–142). Wydawnictwo Temida 2.
- Graziano, A.M. (1994). Why we should study subabusive violence against children. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 412–419.
- Góralczyk, K. (2018). Stosowanie przepisów dotyczących wyrażenia zgody zastępczej na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi – wyniki badań. w: B. Kmiecik (red.), *Prawo i medycyna, t. 1, Między standardem a odpowiedzialnością* (ss. 317–341). Wydawnictwo Think & Make.
- Jabłońska, K. & Kaczkowski, J. (2017). *Żyć aż do końca. Instrukcja obsługi choroby*. Wydawnictwo Więź.
- Karkowska, D. (2021). Komentarz do artykułu 8. w: E. Bielak-Jomaa, G. Błażewicz, R. Bryzek, B. Chmielowiec, M. Ćwikiel, P. Grzesiewski, B. Kmiecik, A. Nowak & D. Karkowska, *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz* (ss. 401–444). Wolters Kluwer Polska.
- Katana, K., Krawczak, A., Kubicka-Kraszyńska, U. & Sotomska, A. (2023). *Standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych* (ss. 4–6). Wydawnictwo Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Konieczniak, P. & Boratyńska, M. (2019). Zasada wszechstronnego informowania pacjenta. w: M. Boratyńska, P. Konieczniak & E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych*. Tom II. Część 1. (ss. 25–209). Wolters Kluwer.
- Krawczak, A, Kubicka-Kraszyńska, U. & Katana K. (2023). *Ochrona zdrowia, ochrona dzieci. jak skutecznie i zgodnie z prawem reagować w sytuacji podejrzenia, że dziecko – pacjent jest krzywdzone?* (ss. 4–14). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Malarewicz-Jakubów, A. (2015). Dziecko jako pacjent, w: E.M. Guzik-Makaruk, V. Skrzypulec-Plinta & J. Szamatowicz (red.), *Wybrane prawne i medyczne problemy ginekologii dziecięcej* (ss. 51–62). Wydawnictwo Temida 2.
- Maślankiewicz, R. & Bójko, M. (2019, 15 maja). *Raport Watchdoga – Jak źle jest w polskiej psychiatrii dzieci i młodzieży*. <https://siecobywatelska.pl/raport-watchdoga-jak-zle-jest-w-polskiej-psychiatrii-dzieci-i-mlodziezy/>
- Michałowska, K. (2022). Granice rodzicielskich ingerencji w dobra osobiste dziecka – zagadnienia wybrane. *Białostockie Studia Prawnicze*, 27(3), 49–69.

- Ministerstwo Sprawiedliwości (2024). *Wyjaśnienia do ustawy o ochronie dzieci*. <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/pytania-do-ustawy-o-ochronie-dzieci2>
- NFZ (2024). *Krajowy punkt kontaktowy do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej*. <https://www.kpk.nfz.gov.pl/pl/>
- Perek, M. & Cepuch, G. (2008). Dziecko w szpitalu a ryzyko krzywdzenia instytucjonalnego. *Studia Medyczne*, 11, 23–27.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2023). Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r., o zmianie ustawy Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (2023, poz. 1606) – tzw. „ustawa Kamilka”.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2016). Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. z 2024, poz. 560).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2011). Ustawa z dnia 5 kwietnia 2011 r., o działalności leczniczej (t.j. 2024, poz. 799).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2008). Ustawa z dnia 6 listopada 2008r., o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. 2024, poz. 581).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1974). Ustawa z dnia 26 czerwca 1976 r., Kodeks pracy (t.j. 2023, poz., 1465. ze zm.).
- Sitarz, O. (2022). Znaczenie regulacji prawa rodzinnego dla karnoprawnej oceny zaniedbania. *Białostockie Studia Prawnicze*, 27(3), 71–89.
- Słownik języka polskiego PWN* (2024). Hasło: *standard*. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/standard.html>
- Wasilewska, E. (2017). Zobiektywizowany sposób oceny rozmiaru krzywdy przy ustalaniu zadośćuczynienia pieniężnego na rzecz poszkodowanego pacjenta. *Ius Novum*, 3, 101–121.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 2008 r., sygn. akt II PK 323/07, OSNP 2009, nr 21/22, poz. 276.