

Zarządzenie Nr 108/2026
Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Radomsku
z dnia 21.10.2026 r.

w sprawie zmiany Polityki Ochrony Dzieci

Działając na podstawie § 16 ust. 4 Statutu Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Radomsku stanowiącego załącznik do Uchwały Nr XXIII/163/2025 Rady Powiatu Radomszczańskiego z dnia 27 sierpnia 2025 r. w sprawie zmiany nazwy Szpitala Powiatowego w Radomsku oraz nadania mu statutu i art. 46 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 156), zarządzam co następuje:

§ 1

Ogłaszam tekst jednolity Polityki Ochrony Dzieci w brzmieniu stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Tekst jednolity Polityki Ochrony Dzieci jest udostępniany na stronie wewnętrznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Radomsku, tzw. Intranecie.

§ 3

Wykonanie Zarządzenia powierzam Sekcji Informatyki.

Załączniki:

1. *Polityka Ochrony Dzieci – tekst jednolity na dzień 21.10.2026 r.*

Otrzymują:

1. *Sekcja Organizacji, Nadzoru, Statystyki i Dokumentacji Medycznej.*
2. *Kadry*
3. *Sekcja Informatyki.*
4. *Kierownicy wszystkich jednostek organizacyjnych*
5. *Pracownicy samodzielnych stanowisk*

DYREKTOR

Piotr Kagankiewicz



Polityka Ochrony Dzieci

1. Cel:

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Radomsku działa dla dobra dziecka i w jego najlepszym interesie poprzez zapewnienie bezpieczeństwa, szacunku i godności małoletnim Pacjentom i Podopiecznym. Jako podmiot medyczny zobowiązujemy się do stosowania standardów ochrony dzieci przed wszelkimi formami nadużyć: fizycznych, seksualnych, emocjonalnych i zaniedbania.

2. Skróty i definicje

Personel lub członek personelu - osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, wolontariusz, praktykant, stażysta

Dyrektor – reprezentant Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Radomsku, który jest uprawniony do podejmowania decyzji o działaniach Szpitala.

Dziecko - każda osoba do ukończenia 18. roku życia

Opiekun dziecka - osoba uprawniona do reprezentacji dziecka, w szczególności jego rodzic lub opiekun prawny.

Zgoda rodzica dziecka - zgoda co najmniej jednego z rodziców dziecka/opiekunów prawnych (w przypadku spraw istotnych dla dziecka oraz przy braku porozumienia między rodzicami dziecka należy poinformować rodziców o konieczności rozstrzygnięcia sprawy przez sąd rodzinny)

Ochrona dzieci - działania podjęte w odpowiedzi na konkretne sygnały dotyczące dziecka lub dzieci, które mogą doznawać krzywdy lub są wykorzystywane.

Krzywdzenie dziecka - każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej bądź społeczności, które ma szkodliwy wpływ na zdrowie, rozwój fizyczny lub psychospołeczny dziecka.

Przemoc fizyczna - celowe fizyczne krzywdzenie dziecka; obejmuje wszelkie zachowania, w których użyta jest siła fizyczna i które mają na celu spowodowanie pewnego stopnia bólu lub dyskomfortu, nawet niewielkiego. Obejmuje bicie ręką lub narzędziem, może też polegać na przykład na uderzaniu, kopaniu, potrząsaniu, rzucaniu, drapaniu, szczypaniu, gryzieniu, przypaleniu lub łamaniu kości. Skutkiem przemocy fizycznej mogą być złamania, siniaki, rany cięte, poparzenia, obrażenia wewnętrzne

Zaniedbanie - brak zapewnienia podstawowych potrzeb dziecka, gdy osoby odpowiedzialne mają środki, wiedzę i dostęp do usług, aby to zrobić. Dotyczy to m.in. jedzenia, ubrania, higieny, nadzoru lub schronienia, co może skutkować poważnym uszczerbkiem na zdrowiu lub rozwoju dziecka. Obejmuje ono również brak ochrony dziecka przed narażeniem na niebezpieczeństwo.

Przemoc seksualna lub wykorzystywanie seksualne - angażowanie dziecka w aktywność seksualną przez osobę dorosłą, np. trenera, opiekuna lub rodzica. Obejmuje zachowania fizyczne, np. dotykanie dziecka, jak i bez kontaktu fizycznego, np. podglądanie lub słowna agresja. Obejmuje także kontakty seksualne między znacznie starszym dzieckiem a młodszym dzieckiem lub jeśli jedna osoba obezwładnia inną niezależnie od wieku. Wykorzystywanie seksualne nie musi wiązać się z kontaktem; jest nim również np. angażowanie dzieci w tworzenie obrazów seksualnych, zmuszanie dzieci do oglądania obrazów o charakterze seksualnym lub oglądanie czynności seksualnych, zachęcanie dzieci do zachowania w sposób nieodpowiedni pod względem seksualnym lub



uwodzenie dziecka w celu przygotowania go do wykorzystania poprzez zdobycie jego zaufania (w tym za pośrednictwem mediów społecznościowych). W większości przypadków sprawcą jest osoba, którą dziecko zna i której ufa, a do wykorzystania seksualnego dochodzi często w odosobnionych, indywidualnych sytuacjach. Molestowanie seksualne obejmuje nieakceptowalne i niepożądane zachowania i praktyki o charakterze seksualnym, które mogą obejmować, ale nie stanowią katalogu zamkniętego, sugestie lub żądania o charakterze seksualnym, prośby o przysługi seksualne i seksualne, werbalne lub fizyczne zachowania lub gesty, które są lub mogą być racjonalnie postrzegane jako obraźliwe lub upokarzające;

Przemoc emocjonalna - każdy akt powodujący naruszenie godności osobistej dziecka, ukierunkowany na wyrządzenie krzywdy, tj. poniżanie, krytykowanie, upokarzanie lub ośmieszanie dziecka, brak odpowiedniego wsparcia i uwagi, powodujące obniżenie jego poczucia wartości. Przemoc emocjonalna to uporczywe emocjonalne maltretowanie dziecka. Przemoc emocjonalna może polegać na celowym mówieniu dziecku, że jest bezwartościowe, niekochane i nieodpowiednie. Może obejmować nie dawanie dziecku możliwości wyrażania swoich poglądów, celowe uciszanie go lub "wyśmiewanie" tego, co mówi lub jak się komunikuje. Przemoc emocjonalna często występuje jako wzorzec celowego, długotrwałego, powtarzającego się nie fizycznego zachowania w ramach relacji zróżnicowanych pod względem władzy. Przemoc emocjonalna może obejmować zastraszanie - w tym zastraszanie w Internecie poprzez sieci społecznościowe, gry online lub telefony komórkowe - również przez rówieśników dziecka

Dane osobowe dziecka - wszelkie informacje umożliwiające identyfikację dziecka.

Dane szczególnej kategorii - m.in. dane dotyczące zdrowia, pochodzenia rasowego lub etnicznego, dane dotyczące wyznania, dane genetyczne, biometryczne, ujawniające poglądy polityczne, światopoglądowe, dane dotyczące seksualności lub orientacji seksualnej.

3. Zasady rekrutacji

3.1 Za proces rekrutacji odpowiada osoba właściwa merytorycznie oraz Sekcja Kadr.

3.2 Podczas rekrutacji personelu bierze się pod uwagę m.in. wykształcenie, uprawnienia, kwalifikacje zawodowe, przebieg dotychczasowego zatrudnienia kandydata/kandydatki oraz stosunek do wartości i misji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Radomsku oraz do ochrony praw dzieci, zapewnienia im szacunku i bezpieczeństwa.

3.3 Każdy kandydat/kandydatka do pracy lub współpracy z dziećmi w jakiegokolwiek innej formie (umowa cywilnoprawna, wolontariat, praktyka zawodowa, staż itp.) podlega weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

3.4 Kandydat/kandydatka mający bezpośredni kontakt z dzieckiem ma obowiązek dostarczyć informacje z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

4. Rozpoznawanie i reagowanie na czynniki ryzyka oraz symptomy krzywdzenia dzieci

4.1 Personel Szpitala posiada wiedzę i w ramach wykonywanych obowiązków zwraca uwagę na czynniki ryzyka i symptomy krzywdzenia dzieci.

4.2 Czynniki ryzyka związane z dzieckiem, jego rodziną i środowiskiem - np.:



- okoliczności narodzin – przedwczesne narodziny, niska masa urodzeniowa, urodzenie się mniej niż 18 miesięcy od poprzedniego porodu matki,
- wiek – młodsze dzieci są bardziej narażone na krzywdzenie ze strony opiekunów,
- płeć, w przypadku wykorzystywania seksualnego częściej dotyczy dziewczynek,
- niepełnosprawność, choroby przewlekłe, choroby psychiczne
- samotne rodzicielstwo, niespokrewnieni dorośli, rodziny zastępcze, inne dzieci w placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
- doświadczanie przemocy przez rodziców, przemoc wobec innych członków rodziny
- uzależnienie rodziców, nieodpowiednie metody wychowawcze
- izolacja społeczna, deprywacja, ubóstwo, przemoc, patologia w środowisku zamieszkania rodziny.

4.3 Czynniki ryzyka podczas udzielania świadczeń zdrowotnych należą m.in.:

- potencjalne sytuacje ryzyka: badanie dziecka, bez obecności innej osoby dorosłej – innego członka personelu lub rodzica/opiekuna, samodzielne wykonywanie czynności higienicznych przy dziecku w tym mycie przed zabiegiem operacyjnym
- niezgłaszanie zachowań, które mogą naruszać dobro dziecka i pozwalanie na niezgłaszanie niepokojących praktyk,
- niezwracanie uwagi na potrzeby dziecka np. wymuszanie ćwiczeń fizjoterapeutycznych, mimo wyraźnego sprzeciwu
- używanie agresywnego, wulgarnego języka, obrażanie innych członków personelu medycznego lub obrażanie rodzica/opiekuna
- nieodpowiednie relacje dziecko-dorośli – nadużywanie pozycji autorytetu
- dyskryminowanie i nierówne traktowanie
- dbanie o reputację i unikanie skandali prowadzące do przemilczenia incydentów,
- nieznajomość procedur i wytycznych

4.4 Symptomy krzywdzenia dzieci:

NADUŻYCIA FIZYCZNE

Wskaźniki fizyczne

Zadrapania
Ślady ugryzień lub siniaki
Oparzenia, np. papierosowe
Nieleczone urazy
Złamane kości

Wskaźniki behawioralne

Tendencje do samookaleczania
Ciągłe próby ucieczki
Agresja lub wycofanie
Strach przed powrotem do domu
Nieuzasadniony strach przed dorosłymi

NADUŻYCIA EMOCJONALNE

Wskaźniki fizyczne

Nagłe zaburzenia mowy
Moczenie i brudzenie łóżka
Oznaki samookaleczenia
Kołysanie, ssanie kciuka

Wskaźniki behawioralne

Słabe relacje z rówieśnikami
Zachowanie wymagające uwagi
Strach przed zmianami
Chroniczna ucieczka



ZANIEDBYWANIE

Wskaźniki fizyczne

Ciągły głód
Narażenie na niebezpieczeństwo, brak nadzoru
Nieodpowiednie/niewłaściwe ubranie
Niedostateczna higiena
Nieleczone choroby

Wskaźniki behawioralne

Zmęczenie, bezradność
Słabe relacje z rówieśnikami
Niskie poczucie własnej wartości
Kompulsywne kradzieże, żebranie

NADUŻYCIA SEKSUALNE

Wskaźniki fizyczne

Dziecko może skarżyć się na bolesność, ból lub krwawienie w swoich "częściach intymnych"
Ból przy oddawaniu moczu
Trudności w chodzeniu lub siedzeniu
Anoreksja/bulimia
Nadużywanie substancji psychoaktywnych/narkotyków

Wskaźniki behawioralne

Depresja
Nieodpowiedni język i/lub wiedza seksualna nieadekwatna do wieku
Składanie propozycji seksualnych dorosłym lub innym dzieciom
Niska samoocena
Strach przed ciemnością
Niechęć do zbliżania się do kogokolwiek

4.5 Wobec zidentyfikowania czynników ryzyka personel medyczny podejmuje działania profilaktyczne

4.6 W przypadku identyfikacji symptomów krzywdzenia dziecka, personel podmiotu medycznego podejmuje działania interwencyjne opisane w punkcie 5.

4.7 Personel monitoruje sytuację i dobrostan dziecka.

4.8 Personel podmiotu medycznego jest szkolony z identyfikacji symptomów przemocy co najmniej raz na 2 lata.

4.9 Szkolenie prowadzi Koordynator ds. Przeciwdziałania przemocy lub inna osoba wyznaczona przez Dyrektora Szpitala.

5. Procedury interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka lub powzięcia informacji o krzywdzeniu dziecka.

5.1. W przypadku podejrzenia, że życie dziecka jest zagrożone lub grozi mu ciężki uszczerbek na zdrowiu należy:

5.1.1. niezwłocznie poinformować Policję, dzwoniąc pod numer 112. Poinformowania służb dokonuje członek personelu, który **pierwszy powziął** informację o zagrożeniu i następnie wypełnia kartę interwencji,

5.1.2. w przypadku podejrzenia, że opuszczenie przez dziecko budynku Szpitala w obecności rodzica lub opiekuna prawnego lub innej osoby bliskiej będzie mu zagrażało, należy uniemożliwić oddalenie się dziecka (zatrzymać w Oddziale, Izbie Przyjęć, Przychodni) i następnie postępować zgodnie z pkt 5.1.1.

5.2 Przemoc domowa:

5.2.1 W przypadku podejrzenia stosowania przemocy domowej lub zgłoszenia dokonanego przez świadka przemocy domowej, należy wsząć procedurę Niebieskiej Karty.



5.2.2 Osoba wszczynająca procedurę dokonuje wstępnej diagnozy sytuacji w związku z zaistnieniem uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy domowej i przeprowadza rozmowę z osobą doznającą przemocy domowej, a także, w miarę możliwości, z osobą stosującą przemoc. Następnie wypełnia formularz Niebieska Karta - A.

5.2.3 Podczas spisywania Niebieskiej Karty formularza A, powinien być przekazany formularz Niebieska Karta B. Druk zawiera pouczenie o tym, czym jest przemoc w rodzinie, kto może być osobą doświadczającą przemocy w rodzinie, jakie istnieją formy przemocy, obowiązkach Policjanta w sytuacji stania się świadkiem przemocy, obowiązkach prokuratora, wskazuje zachowania zakazane.

5.2.4 Szczegółowy sposób postępowania opisany jest w procedurze akredytacyjnej nr PP10 Porozumiewanie się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi, która stanowi Załącznik nr 1.

5.3 Inne formy krzywdzenia nie stanowiące przemocy domowej ani przestępstwa

5.3.1 W przypadku, gdy doszło do zaniedbania potrzeb życiowych dziecka lub doszło do innego zagrożenia dobra dziecka ze strony rodziców lub opiekunów prawnych należy wystąpić do sądu rodzinnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka o wgląd w sytuację dziecka.

5.3.2 Gdy zachowanie nie stanowi przemocy domowej lub nie wiemy, jak je zakwalifikować – należy wystąpić do sądu rodzinnego właściwego dla miejsca zamieszkania dziecka o wgląd w sytuację rodziny.

5.3.3 W przypadkach opisanych w pkt 5.3.1 i 5.3.2 osoba stwierdzająca inną formę krzywdzenia, wypełnia kartę interwencji i przekazuje do Koordynatora ds. Przeciwdziałania Przemocy, który kieruje do sądu wnioski o wgląd w sytuację rodziny.

5.4. Krzywdzenie ze strony personelu podmiotu medycznego

5.4.1 W przypadku zauważenia krzywdzenia dziecka przez personel medyczny, należy podjąć kroki interwencyjne i zależnie od zaistniałej sytuacji, wykonać odpowiednio czynności wskazane w pkt 5.1 i 5.2, a gdy krzywdzenie nie nosi znamion przestępstwa należy powiadomić bezpośredniego przełożonego, w celu zastosowania względem niego postępowania dyscyplinującego.

5.4.2 W przypadku, gdy krzywdzenia dziecka dopuścił się kierownik jednostki/osoba odpowiedzialna za interwencje wówczas osoba, która dostrzegła krzywdzenie stosuje procedurę opisaną w pkt 5.4.1 powyżej, z tym zastrzeżeniem, że powiadamia organ prowadzący Szpital.

5.5 Sytuacje niejasne i wątpliwe:

5.5.1 W przypadkach niejasnych lub wątpliwych osoba odpowiedzialna za interwencję konsultuje sprawę z co najmniej dwiema osobami z Personelu, w tym, jeśli ma taką możliwość z psychologiem. Osoba odpowiedzialna za prowadzenie interwencji może rozmawiać z osobami zaangażowanymi, w tym dzieckiem, osobą podejrzaną o krzywdzenie i świadkami.

5.6 Każdy przypadek podjęcia interwencji podlega zgłoszeniu.

5.6.1. Osoba, która podejmuje interwencję jest zobowiązana do wypełnienia Karty Interwencji, która stanowi Załącznik nr 3, i przekazania jej do Koordynatora ds. Przeciwdziałania Przemocy.

5.6.2. Koordynator ds. Przeciwdziałania Przemocy odnotowuje interwencję w Rejestrze Interwencji.

5.6.3 Rejestr interwencji zawiera: datę interwencji, osobę interweniującą, dane małoletniego, u którego wystąpiły objawy krzywdzenia, rodzaj podjętej interwencji, objęcie małoletniego planem wsparcia, miejsce na uwagi.

5.6.4 Jeżeli po ujawnieniu krzywdzenia dziecko pozostaje na terenie Szpitala, Koordynator ds. Przeciwdziałania Przemocy opracowuje dla niego plan wsparcia. W tym celu Koordynator



współpracuje z odpowiednim personelem medycznym, zależnie od potrzeb, w tym w szczególności z psychologiem.

6. Zasady bezpiecznych relacji dzieci-pacjenci a personel medyczny zostały opisane w załączniku nr 2.

7. Zasady postępowania z pacjentami niepełnosprawnymi lub ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi zostały opisane w procedurze akredytacyjnej nr PP10 Porozumiewanie się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi.

8. Zasady bezpiecznego korzystania z Internetu i mediów elektronicznych

8.1 Dostęp do Internetu na terenie Szpitala

8.1.1 Infrastruktura sieciowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Radomsku umożliwia dostęp do Internetu, zarówno personelowi, jak i Pacjentom.

8.1.2 Rozwiązania organizacyjne przyjęte w Szpitalu bazują na aktualnych standardach bezpieczeństwa.

8.1.3. Sekcja Informatyczna odpowiada za monitorowanie ruchu sieciowego na terenie szpitala, zabezpieczenie sieci internetowej przed treściami niebezpiecznymi oraz zgłaszanie nieetycznych incydentów do CERT.

8.2 Zasady korzystania z telefonów komórkowych oraz innych urządzeń elektronicznych (typu tablet, odtwarzacz muzyki, laptop) na terenie podmiotu medycznego.

8.2.1 Pacjent ma prawo korzystać na terenie szpitala z telefonu komórkowego oraz innych urządzeń elektronicznych, o ile korzystanie z ww. urządzeń nie zakłóca spokoju innych Pacjentów oraz korzystanie z ww. urządzeń nie wpływa negatywnie na proces diagnostyczno-terapeutyczny.

8.2.2 Pacjenci małoletni posiadają telefony komórkowe oraz inny sprzęt elektroniczny na własną odpowiedzialność i za zgodą rodziców/opiekunów prawnych.

8.2.3 Szpital nie ponosi odpowiedzialności za zaginięcie lub zniszczenie, czy kradzież sprzętu, o ile nie jest on przekazany do depozytu szpitalnego.

8.3 Zakaz filmowania, fotografowania oraz nagrywania dźwięku na jakichkolwiek urządzeniach elektronicznych.

8.3.1 W uzasadnionym przypadku możliwe jest nagranie filmu lub wypowiedzi personelu medycznego, o ile nie utrwała ono wizerunku specjalisty i powstaje na własne potrzeby (nie jest w żaden sposób rozpowszechniane, upubliczniane itp.).

8.3.2 Nagrywanie dźwięku i obrazu za pomocą telefonu lub innych urządzeń jest możliwe jedynie za wyraźną zgodą osoby nagrywanej lub fotografowanej. Niedopuszczalne jest nagrywanie lub fotografowanie czynności medycznych oraz innych pacjentów.

8.4 Szczegółowo sposób postępowania został opisany w Procedurze „Zasady bezpiecznego korzystania z Internetu i urządzeń elektronicznych w podmiocie medycznym”

9. Monitoring

9.1 Kierownik Jednostki jest odpowiedzialny za Politykę ochrony dzieci w Szpitalu.

9.2 Kierownik Jednostki jest odpowiedzialny za monitorowanie realizacji Polityki, za reagowanie na sygnały naruszenia Polityki oraz za proponowanie zmian w Polityce.

9.3 Kierownik Jednostki przeprowadza wśród personelu, co najmniej raz na 2 lata, ankietę monitorującą poziom realizacji Polityki.



9.4 W ankiecie personel może proponować zmiany Polityki oraz wskazywać naruszenia Polityki. Na tej podstawie sporządzany jest raz na 2 lata raport z monitoringu.

9.5 Kierownik Jednostki wprowadza do Polityki niezbędne zmiany i ogłasza personelowi nowe brzmienie Polityki.

10. Koordynator ds. Przeciwdziałania Przemocy jest odpowiedzialny za wykonywanie obowiązków wskazanych w poszczególnych częściach Polityki, a także za:

- dbałość o udostępnienie Polityki ochrony dzieci zgodnie z przepisami prawa,
- przygotowanie personelu placówki do stosowania Polityki ochrony dzieci w trakcie jej wdrażania, a także przy przyjmowaniu do pracy oraz w przypadku zmian w Polityce ochrony dzieci,
- przegląd Polityki w porozumieniu i współpracy z kierownictwem szpitala,
- monitorowanie znajomości i przestrzegania przez personel placówki zasad Polityki,
- zebranie i analizę ankiet monitorujących poziom realizacji Polityki,
- sprawdzanie i ocenę skuteczności obowiązujących procedur,
- prowadzenie dla pracowników cyklicznych szkoleń w zakresie procedur Polityki, nie rzadziej niż na 2 lata.

11. Wejście w życie polityki oraz informowanie

11.1 Polityka wchodzi w życie z dniem 18.09.2024r.

11.2 Ogłoszenie następuje w sposób dostępny dla personelu, w szczególności poprzez umieszczenie na stronie internetowej szpitala. Polityka Ochrony Dzieci jest dostępna w formie papierowej oraz w skróconej graficznej wersji dla małoletnich na tablicach ogłoszeń w jednostkach organizacyjnych, w których udzielane są świadczenia zdrowotne małoletnim pacjentom.

11.3 Rodzice/Opiekunowie prawni oraz małoletni są informowani przy przyjęciu o stosowaniu Polityki ochrony dzieci oraz o miejscach ich udostępnienia.

11.4 Za udostępnienie aktualnej wersji Polityki Ochrony Dzieci oraz Kodeksu Bezpiecznych Relacji odpowiada Koordynator ds. Przeciwdziałania Przemocy lub inna osoba wskazana przez Kierownika podmiotu.

11.5. Personel potwierdza zapoznanie się z treścią Polityki własnoręcznym podpisem.

Załączniki do Polityki Ochrony Dzieci:

1. Procedura akredytacyjna PP10 Porozumiewanie się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi
2. KODEKS BEZPIECZNYCH RELACJI PACJENT – PERSONEL MEDYCZNY
3. Karta interwencji



Załącznik nr 2 do Zarządzenia Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Radomsku nr 108/2026 z dnia 21.10.2026 r. w sprawie zmiany Polityki Ochrony Dzieci

KODEKS BEZPIECZNYCH RELACJI PERSONEL MEDYCZNY - PACJENT (DZIECKO)

Kodeks powstał celem poszanowania godności i wartości Dzieci-Pacjentów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Radomsku. Dobro i bezpieczeństwo dzieci jest dla nas najważniejsze. Jako Szpital zobowiązujemy się do wdrożenia i stosowania poniższych zasad, reagowania i zgłaszania odpowiednim podmiotom obraźliwych, niewłaściwych, dyskryminacyjnych zachowań oraz naruszeń.

W kontakcie z Pacjentami – Dziećmi każdy pracownik Szpitala kierować się będzie uniwersalnymi wartościami, jakimi są: szacunek, życzliwość oraz zrozumienie.

KOMUNIKACJA Z PACJENTAMI

1. Zaczynij od przedstawienia się i swojej funkcji. Jeśli wiesz, że Pacjent może nie zrozumieć Twojego stanowiska, krótko wytłumacz mu czym się zajmujesz.
2. Pozwól Pacjentowi-Dziecku na wypowiedzianie się w każdej kwestii, także w zakresie ochrony zdrowia. Pamiętaj, że Pacjent powyżej 16 r.ż ma prawo do pełnej informacji medycznej i decydowania o procesie diagnostyczno-terapeutycznym.
3. Każdą wypowiedź Pacjenta traktuj z należytą uwagą. Odpowiadaj na pytania Dziecka-Pacjenta zgodnie z prawdą, dostosowując komunikat do jego możliwości (wieku, stanu emocjonalnego, poziomu rozwoju i sytuacji, w której się znajduje). Wyrażaj się prosto i zrozumiale. Jeśli masz wątpliwości, czy Pacjent Cię zrozumiał, zapytaj. Upewnij się także, że Pacjent wie, że może zadawać Tobie lub innym członkom personelu pytania.
4. Staraj się informować na bieżąco o przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Jeśli coś jest dla Dziecka-Pacjenta niezrozumiałe, staraj się to wytłumaczyć prostym językiem.
5. Nie zawstydzaj Dziecka-Pacjenta używając skomplikowanego języka i terminów medycznych, których może nie zrozumieć.
6. Zapewnij komunikację Pacjentom ze szczególnymi potrzebami np. niesłyszącymi, poprzez dostęp do tłumacza języka migowego, staraj się zapewnić tłumacza dla Pacjenta obcojęzycznego, w przypadku dzieci komunikujących się niewerbalnie możesz skorzystać z form komunikacji alternatywnej.

POTRZEBY DZIECKA-PACJENTA

1. Każdy Pacjent może reagować inaczej nawet w tej samej sytuacji. Składa się na to wiele czynników, takich jak poziom rozwoju, wiek, stan emocjonalny, dotychczasowe doświadczenia. Staraj się poznać potrzeby Pacjentów i próbuj na nie odpowiadać, o ile to możliwe.



2. Zapewnij Dziecku-Pacjentowi sprawczość. Zapytaj jak możesz się do niego zwracać. Traktuj Pacjentów podmiotowo. Staraj się prowadzić rozmowę bezpośrednio z Pacjentem, nie omawiaj jego sytuacji ponad jego głową z pominięciem jego osoby.

RELACJE Z RODZICAMI/OPIEKUNAMI PACJENTÓW

1. Informuj rodziców/opiekunów na bieżąco o przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Zachowaj prostotę językową, nie zawstydzaj specjalistycznymi terminami medycznymi, których wiesz, że rodzic/opiekun może nie zrozumieć. Odpowiadaj na pytania i upewnij się, że rodzic ma poczucie otwartości na możliwość zadawania pytań.
2. Doceniaj chęć pomocy rodziców/opiekunów podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, poinstruuj co rodzic/opiekun może wykonać przy dziecku samodzielnie.
3. Zaufaj rodzicielskiej/opiekunczej znajomości potrzeb i zachowań dziecka. Zapytaj, co dziecko lubi czego nie lubi. Zapytaj, czy dziecko ma jakieś szczególne potrzeby, staraj się brać je pod uwagę.
4. Zachowaj wyrozumiałość dla rodziców/opiekunów, pamiętaj, że często znajdują się oni w obcym otoczeniu i dużym stresie.

OCHRONA PRZED KRZYWDZENIEM

1. Reaguj za każdym razem, kiedy jesteś świadkiem krzywdzenia lub podejrzewasz krzywdzenie dziecka.
2. Jeśli jesteś świadkiem nieszanowania granic dziecka, mówienia nieprawdy, straszenia, umniejszania znaczenia potrzeb i problemów dziecka oraz łamania niniejszego kodeksu ze strony personelu podmiotu, zwróć uwagę na niestosowane zachowanie i przypomnij o obowiązujących zasadach.
3. Staraj się o zachowanie bezpieczeństwa podczas pobytu w szpitalu Dziecka-Pacjenta, reaguj, gdy widzisz, że obecność danej osoby może źle wpływać na dziecko. Weryfikuj odwiedzających i nie dopuszczaj do sytuacji by w oddziale znajdowały się osoby nieupoważnione.

NIGDY TEGO NIE RÓB

1. Nie oceniaj pochopnie Dziecka-Pacjenta i jego rodziny/opiekunów m.in. przez pryzmat statutu społecznego, materialnego lub pochodzenia. Niedozwolone są przejawy jakiejkolwiek formy dyskryminacji i nierównego traktowania.
2. Nigdy nie mów Dziecku-Pacjentowi nieprawdy, bądź szczery, gdy dziecko pyta, czy taka procedura będzie bolała. Jeśli tak, odpowiedz, że może boleć, nie mów, że nie będzie bolało, jeśli wiesz, że boli.
3. Nie zaprzeczaj odczuciom Dziecka-Pacjenta. Jeśli dziecko mówi, że czuje się w taki sposób, to tak właśnie jest. Nie mów, że nie może się tak czuć.
4. Nie upokarzaj dziecka np. poprzez niestosowne komentarze, powierzchowną ocenę czy porównanie z innymi Pacjentami.
5. Nie szantażuj i nie zastraszaj Dziecka-Pacjenta celem nakłonienia do poddania się wykonaniu danej czynności.



6. Nie prowokuj nieodpowiednich kontaktów z dziećmi, utrzymuj odpowiednie granice w kontaktach z dziećmi.
7. Nie krzycz, nie obrażaj, nie wyzywaj, nie popychaj i nie stosuj jakichkolwiek zachowań naruszających godność Dzieci-Pacjentów.



Załącznik nr 3 do Zarządzenia Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Radomsku nr 108/2026 z dnia 21.10.2026 r. w sprawie zmiany Polityki Ochrony Dzieci

KARTA INTERWENCJI

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Osoba której zachowanie jest przedmiotem zgłoszenia (o ile jest znana)

3. Osoba zawiadamiająca

4. Przesłanki do podjęcia interwencji:

- ☐ Podejrzenie popełnienia przestępstwa
- ☐ Przemoc domowa
- ☐ Zaniedbanie
- ☐ Inne formy krzywdzenia – jakie?

5. Działania podjęte wobec dziecka (np. skierowanie na badania dodatkowe, obserwacja, pozostawienie w Szpitalu)

6. Zakres interwencji:

- ☐ zawiadomienie o podejrzeniu przestępstwa
- ☐ wszczęcie procedury „Niebieskie Karty”
- ☐ wniosek o wgląd w sytuację dziecka/rodziny
- ☐ inny rodzaj interwencji, jaki?

Data sporządzenia:

Osoba podejmująca Interwencję:

Imię i nazwisko

Stanowisko

Podpis

 Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Radomsku	Strona: 1 z 4	
	PROCEDURA AKREDYTACYJNA PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA	
	Porozumiewanie się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi PP10	Wydanie 1 Standardy2024 Data obowiązywania: 01.02.2026 r.

Zadna część niniejszej procedury nie może być zmieniana ani kopiowana bez zgody Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania

	STANOWISKO	DATA	IMIĘ I NAZWISKO	PODPIS
OPRACOWAŁ	Radca Prawny	26.01.2026 r.	Agnieszka Szczerbak	<i>Agnieszka Szczerbak</i> 01/128
OPRACOWAŁ	Kierownik Kancelarii Szpitala	26.01.2026 r.	Przemysław Drozdek	Kierownik Kancelarii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Radomsku mgr Przemysław Drozdek
SPRAWDZIŁ	Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych, Jakości i Kontrolingu	27.01.2026 r.	Paweł Paczkowski	Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych, Jakości i Kontrolingu <i>Paweł Paczkowski</i>
SPRAWDZIŁ	Z-ca Dyrektora ds. Medycznych	28.01.2026 r.	Andrzej Kałmuk	Z-ca Dyrektora ds. łącznictwa dr n. med. Andrzej Kałmuk
ZATWIERDZIŁ	Dyrektor	30.01.2026 r.	Piotr Kagankiewicz	DYREKTOR <i>Piotr Kagankiewicz</i>

1. Cel procedury:

Celem procedury jest zapewnienie pacjentom możliwości skutecznego porozumiewania się z personelem Szpitala, uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i planowanym leczeniu w formie dostosowanej do ich potrzeb oraz realizacja prawa pacjenta do świadomego udziału w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

2. Przedmiot procedury:

Przedmiotem procedury jest wprowadzenie i przestrzeganie w szpitalu form i rozwiązań dotyczących możliwości komunikacji z otoczeniem zewnętrznym dla pacjentów z trudnościami komunikacyjnymi.

3. Zakres stosowania:

Postanowienia zawarte w niniejszej procedurze obowiązują w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Radomsku i dotyczą następujących grup pacjentów:

- pacjentów obcojęzycznych,
- osób głuchych lub niedosłyszących,
- osób z zaburzeniami mowy, w tym afazją,
- osób z niepełnosprawnością intelektualną lub zaburzeniami poznawczymi,
- osób z zaburzeniami psychicznymi utrudniającymi komunikację,
- osób niewidomych lub słabowidzących,
- innych pacjentów wymagających indywidualnego dostosowania sposobu komunikacji.



4. Sposób postępowania:

4.1. Identyfikacja potrzeb komunikacyjnych

- a. Personel mający kontakt z pacjentem identyfikuje ewentualne trudności komunikacyjne mogące utrudniać przekazywanie informacji lub uzyskanie świadomej zgody.
- b. W przypadku stwierdzenia trudności komunikacyjnych personel dostosowuje sposób komunikacji do możliwości i potrzeb pacjenta.
- c. W razie potrzeby do komunikacji angażowane są osoby lub środki wspomagające komunikację dostępne w Szpitalu.

4.2. Komunikacja z pacjentem obcojęzycznym

- a. Szpital zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi przez całą dobę.
- b. W celu zapewnienia skutecznej komunikacji wykorzystywane mogą być w szczególności:
 - pracownicy Szpitala posługujący się językami obcymi, w tym językiem angielskim w każdym czasie,
 - elektroniczne narzędzia wspomagające tłumaczenie, w tym tablet lub inne urządzenie umożliwiające tłumaczenie tekstu i mowy w czasie rzeczywistym,
 - w razie konieczności, gdy inne formy nie są wystarczające – tłumacz, za którego organizację jest odpowiedzialny Koordynator ds. Dostępności lub osoba wyznaczona przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa
- c. Szpital prowadzi wykaz pracowników posługujących się językami obcymi wraz z numerami telefonów. Wykaz jest aktualizowany nie rzadziej niż raz w roku i dostępny w każdym czasie na stronie wewnętrznej Szpitala – Intranecie na stronie głównej.
- d. Informacje dotyczące stanu zdrowia, planowanego leczenia, badań diagnostycznych, ryzyka oraz rokowania przekazywane są w formie zrozumiałej dla pacjenta.

4.3. Komunikacja z pacjentami głuchymi, niedosłyszającymi i niemówiącymi

- a. Szpital zapewnia możliwość skutecznej komunikacji z pacjentami głuchymi, niedosłyszającymi oraz niemówiącymi.
- b. W komunikacji są wykorzystywane:
 - System Migam.org - usługa natychmiastowego połączenia wideo z tłumaczem języka migowego z poziomu przeglądarki internetowej, aplikacji mobilnej oraz dowolnego urządzenia wyposażonego w kamerę i z podłączeniem do Internetu – dostępny na SOR oraz w Sekcji Gospodarczej.

 Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Radomsku	PROCEDURA AKREDYTACYJNA PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA	Strona: 3 z 4
		Wydanie 1 Standardy 2024
	Porozumiewanie się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi PP10	Data obowiązywania: 01.02.2026 r.

- pęta indukcyjna do obsługi osób słabosłyszących, których celem jest wspomaganie słyszenia. Pętle indukcyjne zainstalowane zostały w: Punkcie Informacyjnym, Rejestracji, Poradni Specjalistycznych oraz SOR.
- wybrani pracownicy Szpitala posiadający przeszkolenie w zakresie polskiego języka migowego lub podstaw komunikacji migowej.
- komunikacja pisemna,
- plansze komunikacyjne, piktogramy oraz inne narzędzia komunikacji alternatywnej i wspomagającej,
- wsparcie osoby bliskiej wskazanej przez pacjenta.

c. Personel dostosowuje formę komunikacji do zapewnienia pacjentowi możliwości zadawania pytań oraz zrozumienia przekazywanych informacji.

4.4. Komunikacja z pacjentami z innymi trudnościami komunikacyjnymi

a. W przypadku pacjentów z zaburzeniami mowy, afazją, niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami poznawczymi lub innymi ograniczeniami komunikacyjnymi personel:

- stosuje prosty i zrozumiały język,
- przekazuje informacje w sposób dostosowany do możliwości pacjenta,
- zapewnia odpowiedni czas na zadawanie pytań i udzielanie odpowiedzi,
- weryfikuje zrozumienie przekazanych informacji.

b. W przypadku pacjentów niewidomych lub słabowidzących informacje przekazywane są przede wszystkim w formie ustnej, a na prośbę pacjenta personel odczytuje treść dokumentów związanych z hospitalizacją i leczeniem.

5. Odpowiedzialność i kompetencje.

5.1. Personel medyczny odpowiada za:

- identyfikację potrzeb komunikacyjnych pacjenta,
- dostosowanie sposobu komunikacji do możliwości pacjenta,
- zgłoszenia potrzeby tłumacza lub innych form komunikacji wspomagającej, jeżeli jest to konieczne.
- przekazywanie informacji w sposób zrozumiały,
- weryfikację zrozumienia przekazywanych informacji.

5.2. Lekarz prowadzący / lekarz dyżurny odpowiada za:

- zapewnienie skutecznej komunikacji w procesie diagnostyczno-terapeutycznym,
- przekazanie informacji niezbędnych do wyrażenia świadomej zgody.

 Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Radomsku	PROCEDURA AKREDYTACYJNA		Strona:4 z 4
	PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA		Wydanie 1 Standardy2024
	Porozumiewanie się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi PP10		Data obowiązywania: 01.02.2026 r.

5.3. Koordynator ds. dostępności odpowiada za:

- Aktualizację listy osób posługujących się językami obcymi, na podstawie informacji przekazywanych przez Kierowników/Koordynatorów komórek organizacyjnych, nie rzadziej niż 1 raz do roku.
- Zapewnienie dostępności i sprawności urządzeń i systemów wspomagających komunikację z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi.
- Zapewnienie dostępności tłumacza

5.4. Sekcja Informatyki odpowiada za publikację aktualnej bazy osób do komunikacji w języku obcym wraz z numerami telefonów na Intranecie.

5. Dokumenty związane z procedurą

- Wykaz osób posługujących się językami obcymi wraz z numerami telefonów.
- Wykaz osób posiadających przeszkolenie w zakresie języka migowego.
- Instrukcja korzystania z urządzeń wspomagających komunikację dostępnych w Szpitalu.
- PP 2 Pacjenci wyrażają świadomą zgodę na wykonywane procedury.
- PP 3 Pacjenci wyrażają zgodę na przeprowadzenie znieczulenia.
- PP 5 Pacjenci otrzymują przystępne informacje o stanie zdrowia.

6. Kontrola przebiegu procedury

Nadzór nad prawidłowością i skutecznością funkcjonowania procedury pełni Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub upoważniona przez niego osoba, a także Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.