

STANDARDY OCHRONY MAŁOLETNICH

w Gabinecie Psychologicznym Energia Umysłu w Tarnowskich Górach

CEL PROCEDURY - przeciwdziałanie wszelkim aktom krzywdzenia pacjentów.

Standardy ochrony małoletnich to zbiór zasad, których przyjęcie sprawia, że placówka jest bezpieczna dla pacjentów – jego pracownicy potrafią zidentyfikować sytuacje stwarzające ryzyko krzywdzenia pacjenta oraz podjąć działania profilaktyczne oraz interwencyjne.

STANDARDY OCHRONY MAŁOLETNICH

Standard I. POLITYKA: Placówka ustanowiła i wprowadziła w życie Politykę ochrony pacjentów przed krzywdzeniem.

Dokument ten zawiera jasne wytyczne dotyczące tego, jak w placówce przeciwdziałać naruszaniu praw pacjentów, jak tworzyć środowisko przyjazne i bezpieczne pacjentów oraz jakie kroki podjąć w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów. Ustanowienie Polityki ochrony pacjentów przed krzywdzeniem jest komunikatem zarówno dla pracowników jak i dla przebywających w niej pacjentów oraz ich opiekunów, że w codziennej pracy placówki realizowane są takie wartości, jak dobro pacjenta oraz jego prawo do życia w bezpiecznym i zapewniającym rozwój otoczeniu.

- a. Polityka dotyczy wszystkich pracowników. Pod pojęciem pracownik należy rozumieć: każdy pracownik placówki bez względu na formę zatrudnienia, w tym współpracownik, stażysta, wolontariusz lub inna osoba, która z racji pełnionej funkcji lub zadań ma (nawet potencjalny) kontakt z pacjentami.
- b. Dyrektor zatwierdził politykę i odpowiada za jej monitorowanie i wdrażanie.
- c. Dyrektor wyznaczył osobę odpowiedzialną za monitoring realizacji Polityki. Rola oraz zadania tej osoby są jasno określone.
- d. Polityka ochrony pacjentów jasno i kompleksowo określa:
 - zasady bezpiecznej rekrutacji pracowników
 - sposób reagowania w placówce na przypadki podejrzenia, że pacjent doświadcza krzywdzenia
 - zasady bezpiecznych relacji pracownicy-pacjent
 - zasady bezpiecznego korzystania z Internetu i mediów elektronicznych

- zasady ochrony wizerunku i danych osobowych pacjenta
- e. Polityka jest opublikowana i promowana wśród całego personelu, rodziców i pacjentów, a poszczególne grupy są z nią aktywnie zapoznawane poprzez działania edukacyjne i informacyjne.

Standard II pracownicy: Placówka monitoruje, edukuje i angażuje swoich pracowników w celu zapobiegania krzywdzeniu pacjentów.

- a. W ramach rekrutacji pracowników prowadzona jest ocena przygotowania kandydatów do pracy z pacjentami oraz sprawdzane są ich referencje. W placówce przewidziany jest obowiązek składania przez pracownika **oświadczenia** o niekaralności za przestępstwa seksualne (rozdz. XXV k.k.) oraz przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego.
- b. Placówka przed nawiązaniem stosunku pracy z pracownikiem uzyskuje dane z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym o każdym pracowniku lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze, oraz, gdy jest to dozwolone przepisami obowiązującego prawa, informacje z Krajowego Rejestru Karnego, a kiedy prawo na to nie zezwala, uzyskuje oświadczenia pracownika dotyczące niekaralności lub braku toczących się wobec nich postępowań karnych lub dyscyplinarnych za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności oraz przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego.
- c. Określone są zasady bezpiecznych relacji wszystkich pracowników placówki z pacjentami, wskazujące, jakie zachowania w placówce są niedozwolone, a jakie pożądane w kontakcie z pacjentem.
- d. Placówka zapewnia swoim pracownikom podstawową edukację na temat ochrony pacjentów przed krzywdzeniem i pomocy uczniom w sytuacjach zagrożenia, w zakresie:
- rozpoznawania symptomów krzywdzenia pacjentów
 - procedur interwencji w przypadku podejrzeń krzywdzenia
 - odpowiedzialności prawnej pracowników placówki, zobowiązanych do podejmowania interwencji.
 - procedury „Niebieskiej Karty”
- e. Pracownicy pracujący z pacjentami są przygotowani, by edukować:
- pacjentów na temat ochrony przed przemocą i wykorzystywaniem
 - opiekunów pacjentów na temat wychowania pacjentów bez przemocy oraz chronienia ich przed przemocą i wykorzystywaniem.

f. pracownicy dysponują materiałami edukacyjnymi dla pacjentów i dla rodziców oraz je aktywnie wykorzystują.

g. W placówce organizowane są **spotkania edukacyjne dla rodziców** w zakresie: wychowania pacjentów bez przemocy oraz ochrony ich przed przemocą i wykorzystywaniem.

Standard III. PROCEDURE: W placówce funkcjonują procedury zgłaszania podejrzenia oraz podejmowania interwencji w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta.

a. Placówka wypracowało procedury, które określają jakie działanie należy podjąć w sytuacji krzywdzenia pacjenta lub zagrożenia jego bezpieczeństwa ze strony pracowników placówki, członków rodziny, rówieśników i osób obcych.

b. Placówka dysponuje danymi kontaktowymi lokalnych instytucji i organizacji, które zajmują się interwencją i pomocą w sytuacjach krzywdzenia pacjentów (policja, sąd rodzinny, centrum interwencji kryzysowej, ośrodek pomocy społecznej, placówki ochrony zdrowia) oraz zapewnia do nich dostęp wszystkim pracownikom.

Standard IV. MONITORING: Placówka monitoruje i okresowo weryfikuje zgodność prowadzonych działań z przyjętymi standardami ochrony pacjentów.

Realizacja tego standardu oznacza, że Polityka ochrony pacjentów jest w placówce żywym dokumentem podlegającym bieżącej weryfikacji i aktualizowanemu, jeśli wymaga tego dobro pacjentów. Takie podejście zwiększa zaangażowanie i poczucie odpowiedzialności pracowników i umożliwia pracownikom sprawdzanie stopnia znajomości zasad i procedur, a także pozwala rozstrzygnąć ewentualne niejasności czy niespójności w regulacjach wprowadzonych w placówce. Z kolei włączenie opiekunów pacjentów w proces analizy przyjętych standardów jest ważnym komunikatem mówiącym o tym, że są oni partnerem instytucji w tworzeniu bezpiecznego środowiska dla pacjentów.

a. Przyjęta polityka ochrony pacjentów jest weryfikowana i oceniana - przynajmniej raz w roku, ze szczególnym uwzględnieniem analizy sytuacji związanych z wystąpieniem zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów.

b. W ramach weryfikacji polityki placówka konsultuje się z rodzicami/opiekunami pacjentów.

c. Wnioski z przeprowadzonej weryfikacji i oceny należy pisemnie udokumentować.

POLITYKA OCHRONY PACJENTÓW PRZED KRZYWDZENIEM

PREAMBUŁA

Najważniejszym celem wszystkich działań podejmowanych przez pracowników placówki jest działanie w najlepszym interesie pacjenta oraz dla jego dobra. Pracownik placówki traktuje pacjenta z szacunkiem oraz uwzględnia jego potrzeby. Niedopuszczalne jest stosowanie przez pracownika wobec pacjenta przemocy w jakiegokolwiek formie. Pracownik, realizując te cele, działa w ramach obowiązującego prawa, przepisów wewnętrznych placówki oraz swoich kompetencji.

Standardy ochrony małoletnich zostały opracowane na podstawie Ustawy z 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 1606).

Rozdział I

Objaśnienie terminów

§ 1.

1. Pracownikiem placówki jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub innych umów, a także wolontariusz, stażysta, osoba z zewnątrz prowadząca zajęcia z pacjentami.
2. Małoletnim jest każdy pacjent uczęszczający do placówki.
3. Opiekunem pacjenta jest osoba uprawniona do reprezentacji pacjenta, w szczególności jego rodzic lub opiekun prawny. W myśl niniejszego dokumentu opiekunem jest również rodzic zastępczy.
4. Zgoda rodzica pacjenta oznacza zgodę co najmniej jednego z rodziców pacjenta. Jednak w przypadku braku porozumienia między rodzicami pacjenta należy poinformować rodziców o konieczności rozstrzygnięcia sprawy przez sąd rodzinny.
5. Krzywdzenie pacjenta to każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej, które ujemnie wpływa na rozwój fizyczny lub psychiczny pacjenta (definicja WHO).

Przez krzywdzenie pacjenta należy rozumieć popełnienie czynu zabronionego lub czynu karalnego na szkodę pacjenta przez jakąkolwiek osobę, w tym pracownika placówki, lub zagrożenie dobra pacjenta, w tym jego zaniedbywanie. Krzywdzenie przyjmuje różnorodne formy – od fizycznej poprzez emocjonalną, edukacyjną, materialną (ekonomiczną) czy – coraz powszechniejszą – cyberprzemoc. Nowelizacja ustawy z dnia 22 czerwca 2023 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie uznaje, że małoletniego należy traktować jako osobę doznającą przemocy domowej w sytuacji, gdy był on świadkiem takiej przemocy.

7. Osoba odpowiedzialna za Politykę ochrony pacjentów przed krzywdzeniem to wyznaczony przez dyrektora placówki pracownik sprawujący nadzór nad realizacją Polityki ochrony pacjentów przed krzywdzeniem w placówce.

8. Dane osobowe pacjenta to wszelkie informacje umożliwiające identyfikację pacjenta.

Rozdział II

Rozpoznawanie i reagowanie na czynniki ryzyka krzywdzenia pacjentów

§ 2.

1. Pracownicy placówki posiadają wiedzę i w ramach wykonywanych obowiązków zwracają uwagę na czynniki ryzyka i symptomy krzywdzenia pacjentów.

2. W przypadku zidentyfikowania czynników ryzyka nauczyciele placówki podejmują rozmowę z rodzicami, przekazując informacje na temat dostępnej oferty wsparcia i motywując ich do szukania dla siebie pomocy.

3. Pracownik monitoruje sytuację i dobrostan pacjenta.

4. Rekrutacja pracowników placówki odbywa się zgodnie z zasadami bezpiecznej rekrutacji pracowników. Zasady stanowią Załącznik nr 1 do niniejszej Polityki.

5. Pracownicy znają i stosują zasady bezpiecznych relacji pracownik–pacjent i pacjent–pacjent ustalone w placówce. Zasady stanowią Załącznik nr 2 do niniejszej Polityki.

Procedury i zasady interwencji w przypadku krzywdzenia pacjenta przez dorosłego

§ 3.

W przypadku podjęcia przez pracownika placówki podejrzenia, że pacjent jest krzywdzony, pracownik ma obowiązek sporządzenia notatki służbowej i przekazania uzyskanej informacji psychologowi, pedagogowi, dyrektorowi lub wicedyrektorowi placówki.

§ 4.

1. Psycholog/pedagog/dyrektor/zastępca dyrektora wzywa opiekunów pacjenta, którego krzywdzenie podejrzewa, oraz informuje ich o podejrzeniu.
2. Psycholog/pedagog powinien sporządzić opis sytuacji szkolnej i rodzinnej pacjenta na podstawie rozmów z pacjentem, nauczycielami, wychowawcą i rodzicami, plan pomocy dziecku.
3. Plan pomocy dziecku powinien zawierać wskazania dotyczące:
 - podjęcia przez placówkę działań w celu zapewnienia dziecku bezpieczeństwa, w tym zgłoszenie podejrzenia krzywdzenia do odpowiednich instytucji;
 - wsparcia, jakie placówka zaoferuje dziecku;
 - skierowania pacjenta do specjalistycznej poradni, jeżeli istnieje taka potrzeba.

§ 5.

1. W przypadkach bardziej skomplikowanych (dotyczących wykorzystywania seksualnego oraz znęcania się fizycznego i psychicznego o dużym nasileniu) dyrektor placówki powołuje zespół interwencyjny, w skład którego wchodzi: psycholog, dyrektor placówki i inni pracownicy mający wiedzę o krzywdzeniu pacjenta lub o dziecku (dalej określani jako: zespół interwencyjny). Ze spotkania sporządza się protokół.
2. Zespół interwencyjny sporządza plan pomocy dziecku, spełniający wymogi określone w § 4 pkt. 3 Polityki, na podstawie opisu sporządzonego przez psychologa oraz innych, uzyskanych przez członków zespołu, informacji.
3. W przypadku gdy podejrzenie krzywdzenia zgłosili opiekunowie pacjenta, powołanie zespołu jest obligatoryjne. Zespół interwencyjny wzywa opiekunów pacjenta na spotkanie wyjaśniające, podczas którego może proponować opiekunom zdiagnozowanie zgłaszanego podejrzenia w zewnętrznej, bezstronnej instytucji. Ze spotkania sporządza się protokół.

§ 6.

1. Plan pomocy pacjentowi jest przedstawiany przez psychologa/pedagoga rodzicom/opiekunom z zaleceniem współpracy przy jego realizacji.

2. Psycholog/pedagog informuje opiekunów o obowiązku zgłoszenia podejrzenia krzywdzenia pacjenta do odpowiedniej instytucji (prokuratura/policja lub sąd rodzinny wydział nieletnich, ośrodek pomocy społecznej bądź przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego – procedura „Niebieskiej Karty” – w zależności od zdiagnozowanego typu krzywdzenia i skorelowanej z nim interwencji).

Pracownicy placówki uczestniczą w realizacji procedury „Niebieskiej Karty”, w tym uprawnieni są do samodzielnego jej wszczynania.

1. Po poinformowaniu opiekunów przez psychologa/pedagoga – zgodnie z punktem poprzedzającym – dyrektor placówki składa zawiadomienie o podejrzeniu przestępstwa do prokuratury/policji (zał. nr 3) lub wniosek o wgląd w sytuację rodziny do sądu rejonowego, wydziału rodzinnego i nieletnich, ośrodka pomocy społecznej lub przesyła formularz „Niebieska Karta – A” do przewodniczącego grupy diagnostyczno-pomocowej.

2. Dalszy tok postępowania sprawy leży w kompetencjach instytucji wskazanych w Procedurze Niebieskiej Karty.

§ 7

1. Z przebiegu interwencji sporządza się kartę interwencji, której wzór stanowi załącznik nr 4 do niniejszej polityki. Kartę załącza się doteczki osobowej pacjenta, założonej przez specjalistów.

2. Wszyscy pracownicy placówki i inne osoby, które w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych podjęły informację o krzywdzeniu pacjenta lub informacje z tym związane, są zobowiązane do zachowania tych informacji w tajemnicy, wyłączając informacje przekazywane uprawnionym instytucjom w ramach działań interwencyjnych.

§ 8

1. W przypadku podejrzenia krzywdzenia pacjenta przez innego pacjenta przebywającego w placówce (np. na zajęciach grupowych) należy przeprowadzić rozmowę z pacjentem podejrzanym o krzywdzenie oraz jego opiekunami, a także oddzielnie z pacjentem poddawany krzywdzeniu i jego opiekunami. Ponadto należy porozmawiać z

innymi osobami mającymi wiedzę o zdarzeniu. W trakcie rozmów należy dążyć do ustalenia przebiegu zdarzenia, a także wpływu zdarzenia na zdrowie psychiczne i fizyczne pacjenta krzywdzonego.

2. Wspólnie z rodzicami/opiekunami pacjenta krzywdzącego należy opracować plan naprawczy, celem zmiany niepożądanych zachowań.

3. Z rodzicami/opiekunami pacjenta poddawanego krzywdzeniu należy opracować plan zapewnienia mu bezpieczeństwa, włączając w ten plan sposoby odizolowania go od źródeł zagrożenia.

4. W trakcie rozmów należy upewnić się, że pacjent podejrzewany o krzywdzenie innego pacjenta sam nie jest krzywdzony przez rodziców/opiekunów, innych dorosłych bądź innych pacjentów. W przypadku potwierdzenia takiej okoliczności należy przejść do procedury z § 4.

Rozdział III

Zasady ochrony wizerunku pacjenta

§ 9

1. Placówka zapewnia najwyższe standardy ochrony danych osobowych pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Placówka, uznając prawo pacjenta do prywatności i ochrony dóbr osobistych, zapewnia ochronę wizerunku pacjenta.

3. Wytyczne dotyczące zasad ochrony publikacji wizerunku i danych osobowych pacjenta stanowią Załącznik nr 5 do niniejszej Polityki.

§ 10

1. Pracownikowi placówki nie wolno umożliwiać przedstawicielom mediów utrwalania wizerunku pacjenta (filmowanie, fotografowanie, nagrywanie głosu pacjenta) na terenie placówki bez pisemnej zgody rodzica lub opiekuna prawnego pacjenta.

2. W celu uzyskania zgody, o której mowa powyżej, pracownik placówki może skontaktować się z opiekunem pacjenta i ustalić procedurę uzyskania zgody. Niedopuszczalne jest podanie przedstawicielowi mediów danych kontaktowych do opiekuna pacjenta – bez wiedzy i zgody tego opiekuna.

3. Jeżeli wizerunek pacjenta stanowi jedynie szczegół całości, takiej jak: zgromadzenie, krajobraz, publiczna impreza, zgoda rodzica lub opiekuna prawnego na utrwalanie wizerunku pacjenta nie jest wymagana.

§ 11

1. Upublicznienie przez pracownika placówki wizerunku pacjenta utrwalonego w jakiegokolwiek formie (fotografia, nagranie audio-wideo) wymaga pisemnej zgody rodzica lub opiekuna prawnego pacjenta.
2. Pisemna zgoda, o której mowa w ust. 1, powinna zawierać informację, gdzie będzie umieszczony zarejestrowany wizerunek i w jakim kontekście będzie wykorzystywany (np. że umieszczony zostanie na stronie youtube.com w celach promocyjnych).

Rozdział IV

Zasady dostępu pacjentów do internetu

§ 12.

1. Na terenie placówki dostęp pacjenta do internetu możliwy jest pod nadzorem psychologa na zajęciach z wykorzystaniem zasobów multimedialnych (tablet, komputer, ekran multimedialny, tablica multimedialna);
2. W przypadku dostępu realizowanego pod nadzorem pracownika placówki, ma on obowiązek informowania pacjentów o zasadach bezpiecznego korzystania z internetu.
3. W miarę możliwości pracownicy biorą udział w projektach i kampaniach edukujących na temat bezpieczeństwa korzystania z internetu. Pracownik przeprowadza z pacjentami cykliczne pogadanki (przed zajęciami wykorzystującymi zasoby multimedialne) dotyczące bezpiecznego korzystania z internetu.
4. Placówka zapewnia dostęp do materiałów edukacyjnych, dotyczących bezpiecznego korzystania z internetu (uzyskanych w ramach uczestnictwa w kampaniach i projektach edukacyjnych)

§ 13.

1. Prócz wymienionych w § 11 p.2 sytuacji korzystania z urządzeń multimedialnych, pacjenci w placówce nie mają możliwości samodzielnego i swobodnego dostępu do treści znajdujących się w internecie.

Rozdział V

Monitoring stosowania Polityki

§ 14.

1. Dyrektor placówki wyznacza Kamilę Lichosik - psychologa, jako osobę odpowiedzialną za Politykę ochrony pacjentów w placówce.
2. Osoba, o której mowa w punkcie poprzedzającym, jest odpowiedzialna za monitorowanie realizacji Polityki, za reagowanie na sygnały naruszenia Polityki i prowadzenie rejestru zgłoszeń oraz za proponowanie zmian w Polityce.
3. Osoba, o której mowa w pkt. 1 niniejszego paragrafu, przeprowadza wśród pracowników placówki, raz na rok, ankietę monitorującą poziom realizacji Polityki. Wzór ankiety stanowi Załącznik nr 6 do niniejszej Polityki.
4. W ankiecie pracownicy placówki mogą proponować zmiany Polityki oraz wskazywać naruszenia Polityki w placówce.
5. W ramach monitoringu zasad i praktyk ochrony pacjentów organizacja konsultuje się z ich rodzicami/opiekunami pacjentów.
6. Osoba, o której mowa w pkt. 1 niniejszego paragrafu, dokonuje opracowania wypełnionych przez pracowników placówki ankiet. Sporządza na tej podstawie raport z monitoringu, który następnie przekazuje dyrektorowi placówki.
7. Dyrektor placówki wprowadza do Polityki niezbędne zmiany i ogłasza pracownikom placówki, pacjentom i ich opiekunom nowe brzmienie Polityki.

§ 15

Edukacja w zakresie praw pacjenta oraz ochrony przed zagrożeniami przemocą i wykorzystywaniem.

1. W placówce dostępne są dla pacjentów materiały edukacyjne w zakresie: praw pacjenta oraz ochrony przed zagrożeniami przemocą i wykorzystywaniem seksualnym oraz zasad bezpieczeństwa w internecie (broszury, ulotki, książki, inne).
2. W placówce wyeksponowane są informacje dla pacjentów nt. możliwości uzyskania pomocy w trudnej sytuacji, w tym numery bezpłatnych telefonów zaufania dla pacjentów.

Rozdział VI

Przepisy końcowe

§ 16.

1. Polityka wchodzi w życie z dniem jej ogłoszenia.
2. Ogłoszenie następuje w sposób dostępny dla pracowników placówki, pacjentów i ich opiekunów, w szczególności poprzez wywieszenie w miejscu ogłoszeń dla pracowników lub poprzez przesłanie jej tekstu drogą elektroniczną oraz poprzez zamieszczenie na stronie internetowej i wywieszenie w widocznym miejscu w siedzibie, również w wersji skróconej, przeznaczonej dla pacjentów.

Każdy pracownik zobowiązany jest do zapoznania się ze standardami ochrony małoletnich obowiązujących w gabinecie psychologiczny Energia Umysłu Kamila Lichosik w Tarnowskich Górach. Znajomość i zaakceptowanie są potwierdzone podpisaniem oświadczenia- Załącznik nr 7.

**Zasady bezpiecznej rekrutacji w Gabinetie Psychologicznym Energia Umysłu
w Tarnowskich Górach.**

1. Uzyskanie danych kandydata/kandydatki, które pozwolą na jak najlepsze poznanie jego/jej kwalifikacji, w tym stosunek do wartości podzielanych przez placówkę, takich jak ochrona praw pacjentów i szacunek do ich godności.
2. Dyrektor musi zadbać, aby osoby przez niego zatrudnione (w tym osoby pracujące na podstawie umowy zlecenie oraz wolontariusze/stażysty) posiadały odpowiednie kwalifikacje do pracy z pacjentami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym oraz nie zagrażały w jakikolwiek sposób bezpieczeństwu pacjentów. Aby sprawdzić powyższe, w tym stosunek osoby zatrudnianej do pacjentów i podzielenia wartości związanych z szacunkiem wobec nich oraz przestrzegania ich praw, placówka może żądać danych (w tym dokumentów) dotyczących:
 - wykształcenia,
 - kwalifikacji zawodowych,
 - przebiegu dotychczasowego zatrudnienia kandydata/kandydatki.
3. W każdym przypadku placówka musi posiadać dane pozwalające zidentyfikować osobę przez nią zatrudnioną, niezależnie od podstawy zatrudnienia. Placówka powinna zatem znać:
 - imię (imiona) i nazwisko,
 - datę urodzenia,
 - dane kontaktowe osoby zatrudnianej.
4. Przed dopuszczeniem osoby zatrudnianej do wykonywania obowiązków, placówka jest zobowiązana sprawdzić osobę zatrudnianą w Rejestrze Sprawców Przepaństw na Tle Seksualnym – Rejestr z dostępem ograniczonym oraz Rejestr osób w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze. Rejestr dostępny jest na stronie: <https://rps.ms.gov.pl>. Aby sprawdzić osobę w Rejestrze placówka potrzebuje następujących danych kandydata/kandydatki:

- imię i nazwisko,
- data urodzenia,
- pesel,
- nazwisko rodowe,
- imię ojca,
- imię matki.

Wydruk z Rejestru należy przechowywać w aktach osobowych pracownika lub analogicznej dokumentacji dotyczącej wolontariusza/praktykanta.

5. Dyrektor może prosić kandydata/kandydatkę o przedstawienie referencji od poprzedniego pracodawcy lub o podanie kontaktu do osoby, która takie referencje może wystawić. Podstawą dostarczenia referencji lub kontaktu do byłych pracodawców jest zgoda kandydata/kandydatki.

6. Dyrektor pobiera od kandydata/kandydatki na nauczyciela informację 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 narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600).

7. Jeżeli kandydat posiada obywatelstwo inne niż polskie wówczas powinna przedłożyć również informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa, uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z pacjentami, bądź informację z rejestru karnego, jeżeli prawo tego państwa nie przewiduje wydawania informacji dla w/w celów

8. Dyrektor pobiera od kandydata/kandydatki oświadczenie o państwie/ach zamieszkiwania w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczypospolita Polska i państwo obywatelstwa, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej.

9. Jeżeli prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja o niekaralności nie przewiduje wydawania takiej informacji lub nie prowadzi rejestru karnego, wówczas kandydat/kandydatka składa pod rygorem odpowiedzialności karnej oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem, że nie była prawomocnie skazana w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, iż dopuściła się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy, stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania

wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

10. Pod oświadczeniami składanymi pod rygorem odpowiedzialności karnej składa się oświadczenie o następującej treści: Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczenie to zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

11. Gdy pozwalają na to przepisy prawa, placówka jest zobowiązana do domagania się od osoby zatrudnianej zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego. Zaświadczenia z KRK można domagać się wyłącznie w przypadkach, gdy przepisy prawa wprost wskazują, że pracowników w zawodach lub na danych stanowiskach obowiązuje wymóg niekaralności. Wymóg niekaralności obowiązuje m.in. pracowników samorządowych oraz nauczycieli, w tym nauczycieli zatrudnionych w placówkach publicznych oraz niepublicznych.

12. W przypadku niemożliwości przedstawienia dyrektor prosi kandydata/kandydatkę o złożenie oświadczenia o niekaralności oraz o toczących się postępowaniach przygotowawczych, sądowych i dyscyplinarnych.

Przykładowy formularz oświadczenia:

.....,

(miasto)

(data)

Oświadczenie o niekaralności i zobowiązaniu do przestrzegania podstawowych zasad ochrony pacjentów

Ja, nr PESEL

oświadczam, że nie byłam/em skazana/y za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, i przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie.

Ponadto oświadczam, że zapoznałam/-em się z zasadami ochrony pacjentów obowiązującymi zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....

Podpis

Zasady bezpiecznych relacji pracownik–pacjent oraz zachowania niepożądane

Zasady zapewniające bezpieczne relacje między małoletnim a pracownikiem placówki, a w szczególności zachowania niedozwolone wobec małoletnich.

Naczelną zasadą wszystkich czynności podejmowanych przez pracowników jest działanie dla dobra pacjenta i w jego najlepszym interesie. Pracownik traktuje pacjenta z szacunkiem oraz uwzględnia jego godność i potrzeby. Niedopuszczalne jest stosowanie przemocy wobec pacjenta w jakiegokolwiek formie. Pracownik realizując te cele działa w ramach obowiązującego prawa, przepisów wewnętrznych placówki oraz swoich kompetencji. Zasady bezpiecznych relacji pracowników z pacjentami obowiązują wszystkich pracowników, stażystów i wolontariuszy, organizatorów działalności związanej z edukacją i wychowaniem. Pracownik jest zobowiązany do utrzymywania profesjonalnej relacji z pacjentami i każdorazowego rozważenia, czy reakcja, komunikat bądź działanie wobec pacjenta są adekwatne do sytuacji, bezpieczne, uzasadnione i sprawiedliwe wobec innych pacjentów. Pracownik działa w sposób otwarty i przejrzysty dla innych, aby zminimalizować ryzyko błędnej interpretacji jego zachowania. Profesjonalna relacja z pacjentami z niepełnosprawnością intelektualną polega na:

1. Dbaniu o bezpieczeństwo pacjentów podczas pobytu w placówce, monitorowanie sytuacji i dobrostanu pacjenta.
2. Pomocy uczniom, która uwzględnia umiejętności rozwojowe pacjentów, możliwości wynikające z niepełnosprawności.
3. Organizowaniu zajęć zapewniających pacjentów wszechstronny rozwój.
4. Dostosowywaniu zadań do potrzeb i możliwości pacjentów.
5. Wspieraniu pacjentów w pokonywaniu trudności.
6. Podejmowaniu działań wychowawczych mających na celu kształtowanie prawidłowych postaw – wyrażania emocji w sposób nie krzywdzący innych, niwelowanie zachowań agresywnych, promowanie zasad dobrego wychowania.

Komunikacja z pacjentami

1. W komunikacji z pacjentami pracownik zachowuje cierpliwość i szacunek.
2. Pracownik słucha uważnie pacjentów i udziela uczniom odpowiedzi adekwatnych do ich wieku i danej sytuacji.
3. Nie wolno pracownikowi zawstydząć, upokarzać, lekceważyć i obrażać pacjenta. Nie wolno krzyczeć na pacjenta w sytuacji innej niż wynikająca z bezpieczeństwa pacjenta lub innych pacjentów.
4. Nie wolno ujawniać informacji wrażliwych dotyczących pacjenta wobec osób nieuprawnionych, w tym wobec innych pacjentów. Obejmuje to kwestie wizerunku pacjenta, informacje o jego/jej sytuacji rodzinnej, ekonomicznej, medycznej, opiekuńczej i prawnej.
5. Pracownik podejmuje decyzje dotyczące pacjenta, informując je o tym i stara się brać pod uwagę jego oczekiwania.
6. Pracownik szanuje prawo pacjenta do prywatności. Jeśli konieczne jest odstępnie od zasady poufności, aby chronić pacjenta, pracownik wyjaśnia to pacjentowi najszybciej jak to możliwe.
7. Jeśli pojawi się konieczność porozmawiania z pacjentem na osobności, pracownik zostawia uchylone drzwi do pomieszczenia i dba, aby być w zasięgu wzroku innych. Może też poprosić drugiego pracownika o obecność podczas takiej rozmowy.
8. Nie wolno zachowywać się w obecności pacjentów w sposób niestosowny. Obejmuje to używanie wulgarnych słów, gestów i żartów, czynienie obraźliwych uwag, nawiązywanie w wypowiedziach do aktywności bądź atrakcyjności seksualnej oraz wykorzystywanie wobec pacjenta relacji władzy lub przewagi fizycznej (zastraszanie, przymuszanie, groźby).
9. Pracownik zapewnia pacjentów, że jeśli czują się niekomfortowo w jakiejś sytuacji, wobec konkretnego zachowania czy słów, mogą o tym powiedzieć wskazanej osobie i mogą oczekiwać odpowiedniej reakcji i/lub pomocy.

Działania z pacjentami

1. Pracownik docenia i szanuje wkład pacjentów w podejmowane działania, aktywnie ich angażuje i traktuje równo bez względu na ich płeć, orientację seksualną, sprawność/niepełnosprawność, status społeczny, etniczny, kulturowy, religijny i światopogląd.
2. Pracownik unika faworyzowania pacjentów.

3. Nie wolno nawiązywać z pacjentem jakichkolwiek relacji romantycznych lub seksualnych ani składać mu propozycji o nieodpowiednim charakterze. Obejmuje to także seksualne komentarze, żarty, gesty oraz udostępnianie uczniom treści erotycznych i pornograficznych bez względu na ich formę.
4. Nie wolno utrzymywać wizerunku pacjenta (filmowanie, nagrywanie głosu, fotografowanie) dla potrzeb prywatnych. Dotyczy to także umożliwienia osobom trzecim utrwalenia wizerunków pacjentów, jeśli dyrekcja nie została o tym poinformowana, nie wyraziła na to zgody i nie uzyskała zgód rodziców/opiekunów prawnych oraz samych pacjentów.
5. Nie wolno proponować pacjentom alkoholu, wyrobów tytoniowych ani nielegalnych substancji, jak również używać ich w obecności pacjentów.
6. Nie wolno przyjmować pieniędzy ani prezentów od pacjenta, ani rodziców/opiekunów pacjenta. Nie wolno wchodzić w relacje jakiegokolwiek zależności wobec pacjenta lub rodziców/opiekunów pacjenta. Nie wolno zachowywać się w sposób mogący sugerować innym istnienie takiej zależności i prowadzących do oskarżeń o nierówne traktowanie bądź czerpanie korzyści majątkowych i innych. Nie dotyczy to okazjonalnych podarków związanych ze świętami w roku szkolnym, np. kwiatów, prezentów składkowych czy drobnych upominków.
7. Wszystkie ryzykowne sytuacje, obejmujące powyższe zachowania, muszą być raportowane dyrekcji. Jeśli pracownik jest ich świadkiem reaguje stanowczo, ale z wyczuciem, aby zachować godność osób zainteresowanych.

Kontakt fizyczny z pacjentami

Każde przemocowe działanie wobec pacjenta jest niedopuszczalne. Istnieją jednak sytuacje, w których fizyczny kontakt z pacjentem może być stosowny i spełnia zasady bezpiecznego kontaktu: jest odpowiedzią na potrzeby pacjenta w danym momencie, uwzględnia wiek pacjenta, etap rozwojowy, płeć, kontekst kulturowy i sytuacyjny. Nie można jednak wyznaczyć uniwersalnej stosowności każdego takiego kontaktu fizycznego, ponieważ zachowanie odpowiednie wobec jednego pacjenta może być nieodpowiednie wobec innego. Zawsze należy się kierować swoim profesjonalnym osądem, słuchając, obserwując i odnotowując reakcję pacjenta, pytając go o zgodę na kontakt fizyczny (np. przytulenie) i zachowując świadomość, że nawet przy dobrych intencjach taki kontakt może być błędnie zinterpretowany przez pacjenta lub osoby trzecie.

1. Nie wolno bić, szturchać, popychać ani w jakikolwiek sposób naruszać integralności fizycznej pacjenta.
2. Pracownik nigdy nie dotyka pacjenta w sposób, który może być uznany za nieprzystojny lub niestosowny.
3. Pracownik zawsze jest przygotowany na wyjaśnienie swoich działań.
4. Pracownik nie angażuje się w takie aktywności jak łaskotanie, udawane walki z pacjentami czy brutalne zabawy fizyczne.
5. Pracownik zachowuje szczególną ostrożność wobec pacjentów, które doświadczyły nadużycia i krzywdzenia, w tym seksualnego, fizycznego bądź zaniedbania. Takie doświadczenia mogą czasem sprawić, że pacjent będzie dążył do nawiązania niestosownych bądź nieadekwatnych fizycznych kontaktów z dorosłymi. W takich sytuacjach pracownik powinien reagować z wyczuciem, jednak stanowczo i pomóc dziecku zrozumieć znaczenie osobistych granic.
6. Kontakt fizyczny z pacjentem nigdy nie może być niejawny, bądź ukrywany, wiązać się z jakąkolwiek gratyfikacją ani wynikać z relacji władzy. Jeśli pracownik będzie świadkiem jakiegokolwiek z wyżej opisanych zachowań i/lub sytuacji ze strony innych dorosłych lub pacjentów, zawsze informuje o tym osobę odpowiedzialną i/lub postępuje zgodnie z obowiązującą procedurą interwencji.
7. W sytuacjach wymagających czynności pielęgnacyjnych i higienicznych wobec pacjenta, pracownik unika, innego niż niezbędny, kontaktu fizycznego z pacjentem. Dotyczy to zwłaszcza pomagania uczniowi w ubieraniu i rozbieraniu, jedzeniu, myciu, przewijaniu i w korzystaniu z toalety. Pracownik dba o to, aby przy każdej z czynności pielęgnacyjnych i higienicznych był obecny inny pracownik placówki, jeśli jest to w danej chwili możliwe.

Kontakty poza godzinami pracy

Co do zasady kontakt z pacjentami powinien odbywać się wyłącznie w godzinach pracy i dotyczyć celów edukacyjnych lub wychowawczych.

1. Nie wolno zapraszać pacjentów do swojego miejsca zamieszkania ani spotykać się z nimi poza godzinami pracy. Obejmuje to także kontakty z pacjentami poprzez prywatne kanały komunikacji (prywatny telefon, e-mail, komunikatory, profile w mediach społecznościowych).
2. Jeśli zachodzi taka konieczność, właściwą formą komunikacji z pacjentami i ich rodzicami lub opiekunami poza godzinami pracy są kanały służbowe (e-mail, telefon służbowy).

3. Jeśli zachodzi konieczność spotkania z pacjentami poza godzinami pracy, należy poinformować o tym dyрекcję, a rodzice/opiekunowie prawni pacjentów muszą wyrazić zgodę na taki kontakt.

4. Utrzymywanie relacji towarzyskich lub rodzinnych (jeśli pacjenci i rodzice/opiekunowie są osobami bliskimi wobec pracownika) wymaga zachowania poufności wszystkich informacji dotyczących innych pacjentów, ich rodziców oraz opiekunów.

Bezpieczeństwo online

Pracownik jest świadomy z cyfrowych zagrożeń i ryzyka wynikającego z rejestrowania swojej prywatnej aktywności w sieci przez aplikacje i algorytmy, ale także swoich własnych działań w internecie. Dotyczy to „lajkowania” określonych stron, korzystania z aplikacji, obserwowania określonych osób/stron w mediach społecznościowych i ustawień prywatności kont, z których pracownik korzysta. Jeśli profil pracownika jest publicznie dostępny, pacjentów i ich rodzice/opiekunowie będą mieć wgląd w cyfrową aktywność pracownika.

1. Nie wolno nawiązywać kontaktów z pacjentami poprzez przyjmowanie bądź wysyłanie zaproszeń w mediach społecznościowych.
2. W trakcie pobytu w pracy osobiste urządzenia elektroniczne powinny być wyłączone lub wyciszone (nie używane), a funkcjonalność bluetooth wyłączona na terenie placówki.

Zasady bezpiecznych relacji pacjent–pacjent oraz zachowania niepożądane

W dziecku od najmłodszych lat powinno się nieustannie wyrabiać przeświadczenie, że własne bezpieczeństwo jest rzeczą bardzo ważną. Uczniowie powinny znać zasady postępowania w różnych sytuacjach życiowych, tak, aby uniknąć zagrożeń. Pracownicy kształtują w nich umiejętność rozpoznawania niebezpieczeństw, unikania niepotrzebnego ryzyka oraz umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Należy pamiętać, aby zapewnić pacjentom maksimum uwagi i zainteresowania.

Pracownicy w toku różnych zajęć oraz zabaw z pacjentami, zwracają szczególną uwagę na bezpieczeństwo oraz zachowanie pacjentów względem siebie. Pracownicy uczą pacjentów zachowań pożądanых - życzliwości, uprzejmości, sprawiedliwości, właściwego stawiania granic. Za prawidłowe postawy pacjenci są nagradzani.

Zachowania niepożądane w relacji pacjent-pacjent:

Pacjenci zostają zapoznani z zasadami regulującymi funkcjonowanie grupy uwzględniającymi prawa pacjenta.

Pozytywne zachowania pacjentów wzmacniane są poprzez nagradzanie: słowne (pochwała indywidualna, pochwała w obecności pacjentów), pochwała przekazana rodzicowi. W każdej sytuacji pacjent jest informowany o konsekwencji swojego zachowania. Po zauważeniu zachowań niepożądanych, z każdym pacjentem jest przeprowadzana rozmowa.

Zachowania niepożądane:

- - obrażanie kolegi/koleżanki
- - wszelka przemoc fizyczna: bicie/popychanie/szturchanie/gryzienie/plucie/kopanie
- - wyzwiska kierowane w stronę kolegi/koleżanki
- - używanie niecenzuralnych słów
- - dotykanie miejsc intymnych/podglądanie kolegi/koleżanki w ubikacji/ pokazywanie miejsc intymnych
- – autoagresja
- – używanie środków psychoaktywnych na terenie placówki

Wzór - zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa

.....
(miejscowość, data)

.....
Imię i nazwisko osoby
lub nazwa instytucji zgłaszającej
Adres, pieczęć instytucji

Do:
(dane jednostki Policji lub prokuratury)

**ZAWIADOMIENIE
o popełnieniu przestępstwa wobec dziecka**

Zawiadamiam o możliwości popełnienia przestępstwa przez

.....
(dane sprawcy, adres) wobec dziecka

.....
(dane dziecka, adres, dane opiekuna, inne dane np. telefon do opiekunów).

Uzasadnienie

(należy tu zwięźle opisać stan faktyczny, źródło informacji o przestępstwie oraz zachowanie sprawcy, które zdaniem zawiadamiającego nosi cechy przestępstwa i ewentualnie podać dowody na poparcie swoich twierdzeń)

.....
(podpis osoby zgłaszającej/osoby
reprezentującej instytucję)

Załącznik nr 4 do Polityki Ochrony
pacjentów przed krzywdzeniem

w Gabinetie Psychologicznym Energia Umysłu w Tarnowskich Górach

Karta interwencji

1. Imię i nazwisko pacjenta:.....

2. Przyczyna interwencji (forma krzywdzenia):

.....
.....

3. Osoba zawiadamiająca o podejrzeniu krzywdzenia:.....

Opis działań podjętych przez pedagoga/psychologa:

Data:	Opis działania

Spotkania z opiekunami pacjenta

Data:	Notatka służbowa ze spotkania wraz z podpisem rodzica/opiekuna

4. Forma podjętej interwencji (podkreślić właściwe):

- zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa,
- wniosek o wgląd w sytuację pacjenta/rodziny,
- inny rodzaj interwencji.

Jaki?.....

5. Dane dotyczące interwencji (nazwa organu, do którego zgłoszono interwencję) i data interwencji

.....
.....
.....

1. Wyniki interwencji: działania organów wymiaru sprawiedliwości, jeśli placówka uzyskała informacje o wynikach/ działania placówki/działania rodziców

Data	Działanie

Zasady ochrony i publikacji wizerunku i danych osobowych pacjentów

1. Placówka w działaniach kieruje się odpowiedzialnością i rozważą wobec utrwalania, przetwarzania, używania i publikowania wizerunków pacjentów.
2. Dzielenie się zdjęciami i filmami z aktywności służy celebrowaniu sukcesów pacjentów, dokumentowaniu działań i zawsze ma na uwadze bezpieczeństwo pacjentów. Placówka wykorzystuje zdjęcia/nagrania pokazujące szeroki przekrój pacjentów – chłopców i dziewcząt, pacjentów w różnym wieku, o różnych uzdolnieniach, stopniu sprawności i reprezentujące różne grupy.
3. Zgoda rodziców/opiekunów prawnych na wykorzystanie wizerunku pacjenta jest tylko wtedy wiążąca, jeśli pacjenci i rodzice/opiekunowie prawni zostali poinformowani o sposobie wykorzystania zdjęć/nagrań i ryzyku wiążącym się z publikacją wizerunku.

Placówka dba o bezpieczeństwo wizerunków pacjentów poprzez:

1. Pytanie o pisemną zgodę rodziców/opiekunów prawnych oraz o zgodę pacjentów przed zrobieniem i publikacją zdjęcia/nagrania.
2. Udzielenie wyjaśnień, do czego wykorzystamy zdjęcia/nagrania i w jakim kontekście, jak będziemy przechowywać te dane i jakie potencjalne ryzyko wiąże się z publikacją zdjęć/nagrań online.
3. Unikanie podpisywania zdjęć/nagrań informacjami identyfikującymi pacjent z imienia i nazwiska. Jeśli konieczne jest podpisanie pacjenta, używamy tylko imienia.
4. Rezygnację z ujawniania jakichkolwiek informacji wrażliwych o dziecku dotyczących m.in. stanu zdrowia, sytuacji materialnej, sytuacji prawnej i powiązanych z wizerunkiem pacjenta (np. w przypadku zbiórek indywidualnych organizowanych przez placówkę).
5. Zmniejszenie ryzyka kopiowania i nieestosownego wykorzystania zdjęć/nagrań pacjentów poprzez przyjęcie zasad:
 - wszyscy pacjenci znajdujący się na zdjęciu/naganiu muszą być ubrani, a sytuacja zdjęcia/nagrania nie jest dla pacjenta poniżająca, ośmieszająca ani nie ukazuje go w negatywnym kontekście,

- zdjęcia/nagrania pacjentów powinny się koncentrować na czynnościach wykonywanych przez pacjentów i w miarę możliwości przedstawiać pacjentów w grupie, a nie pojedyncze osoby.
6. Rezygnację z publikacji zdjęć pacjentów, nad którymi nie sprawujemy już opieki, jeśli one lub ich rodzice/opiekunowie prawni nie wyrazili zgody na wykorzystanie zdjęć po odejściu z placówki.
7. Przyjęcie zasady, że wszystkie podejrzenia i problemy dotyczące niewłaściwego rozpowszechniania wizerunków pacjentów należy rejestrować i zgłaszać dyrekcji, podobnie jak inne niepokojące sygnały dotyczące zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów.

Rejestrowanie wizerunków pacjentów do użytku w Gabinetach Psychologicznych Energia Umysłu w Tarnowskich Górach

W sytuacjach, w których nasza placówka rejestruje wizerunki pacjentów do własnego użytku, deklarujemy:

1. Pacjenci i rodzice/opiekunowie prawni zawsze będą poinformowani o tym, że wydarzenia na terenie placówki będą rejestrowane.
2. Zgoda rodziców/opiekunów prawnych na rejestrację wydarzeń zostanie przyjęta przez nas na piśmie.

Jeśli wizerunek pacjenta stanowi jedynie szczegół całości takiej jak zgromadzenie, krajobraz, zgoda rodziców/opiekunów prawnych pacjenta nie jest wymagana.

Zasady w przypadku niewyrażenia zgody na rejestrowanie wizerunku pacjenta

Jeśli pacjenci, rodzice lub opiekunowie prawni nie wyrazili zgody na utrwalenie wizerunku pacjenta, placówka respektuje ich decyzję. Z wyprzedzeniem ustala się z rodzicami/opiekunami prawnymi i pacjentami, w jaki sposób osoba rejestrująca wydarzenie będzie mogła zidentyfikować pacjenta, aby nie utrzymywać jego wizerunku na zdjęciach indywidualnych i grupowych. Rozwiązanie, jakie przyjmujemy, nie będzie wykluczające dla pacjenta, którego wizerunek nie powinien być rejestrowany.

Monitoring standardów – ankieta

Zakreśl odpowiednią odpowiedź.

1. Czy zapoznałeś/łaś się/zostałeś/łaś zapoznany/a ze standardami ochrony pacjentów przed krzywdzeniem obowiązującymi w placówce, w której pracujesz?

TAK NIE

2. Czy zapoznałeś/łaś się/zostałeś/łaś zapoznany/a z treścią dokumentu Polityka ochrony pacjentów przed krzywdzeniem?

TAK NIE

3. Czy potrafisz rozpoznawać symptomy krzywdzenia pacjentów?

TAK NIE

4. Czy wiesz, jak reagować na symptomy krzywdzenia pacjentów?

TAK NIE

5. Czy zdarzyło Ci się zaobserwować naruszenie zasad zawartych w Polityce ochrony pacjentów przed krzywdzeniem przez innego pracownika? TAK NIE

5a. Jeśli tak – jakie zasady zostały naruszone? (odpowieź opisowa)

.....
.....
.....
.....

5b. Czy podjąłeś/aś jakieś działania: jeśli tak – jakie, jeśli nie – dlaczego? (odpowieź opisowa)

.....
.....
.....
.....

6. Czy masz jakieś uwagi/poprawki/sugestie dotyczące Polityki ochrony pacjentów przed krzywdzeniem? (odpowieź opisowa)

.....
.....
.....

Załącznik Nr 7 do Polityki Ochrony
pacjentów przed krzywdzeniem
w Gabinetach Psychologicznych Energia Umysłu w Tarnowskich Górach

OŚWIADCZENIE

Dnia.....zostałem zapoznany/-na ze Standardami Ochrony
Małoletnich w Gabinetach Psychologicznych Energia Umysłu w Tarnowskich Górach
zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....

(Data i podpis)