

Obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci w praktyce lekarskiej

KAMIŁA CHMIELEWSKA

Biuro Rzecznika Praw Dziecka

Pracownicy ochrony zdrowia odgrywają niezwykle ważną rolę w wykrywaniu przemocy i zaniedbań wobec dzieci, a ich aktywna postawa może skutecznie przyczynić się do zapobiegania kolejnym przypadkom stosowania przemocy wobec małoletnich. Osoby doznające przemocy mają prawo oczekiwać, że lekarze prócz pomocy medycznej okażą im wsparcie i pomogą znaleźć wyjście z trudnej sytuacji. Lekarz ma codziennie bezpośredni kontakt z ludźmi. Jeśli cieszy się zaufaniem pacjentów, wykazuje motywację i ma odpowiednią wiedzę, może odegrać ogromną rolę w powstrzymaniu przemocy. Ustawiczne doszktałanie pracowników medycznych, organizowanie działań profilaktycznych i kampanii informacyjnych ma zasadnicze znaczenie we wzmocnieniu systemu ochrony dzieci.

Artykuł prezentuje najważniejsze zagadnienia z zakresu prawa oraz praktyczne aspekty działania lekarza w przypadku powzięcia wiadomości o podejrzeniu popełnienia przestępstwa ściganego z urzędu na szkodę pokrzywdzonego dziecka.

SŁOWA KLUCZOWE:

DZIECKO, KRZYWDZENIE DZIECKA, PRZEMOC, ZANIEDBYWANIE, LEKARZE, PRACOWNICY OCHRONY ZDROWIA

Wstęp

Przekonanie o tym, że dzieci ze swej natury są istotami mniej wartościowymi niż dorośli oraz cechują się naturalną skłonnością do czynienia złych rzeczy ma swoje źródła w epokach wcześniejszych i na wiele lat zdefiniowało

sposób wychowywania małych dzieci. Powszechnie przyjmowano, że jedynie przez utrzymywanie w życiu dziecka poczucia lęku i strachu można zapewnić mu prawidłowy rozwój i ostatecznie osiągnąć dobro dziecka (Jarosz, Nowak, 2012). Źródłem strachu i posłuszeństwa małych dzieci oraz „uprawnieniem” rodzica/opiekuna było powszechnie przyjęte stosowanie kar cielesnych, które w wielu wypadkach znacznie wykraczało poza ramy klapsa. Tysiące dzieci każdego dnia doświadczało przemocy ze strony swoich rodziców, opiekunów, nauczycieli, czyli osób, które powinny troszczyć się o swoich podopiecznych, a nie być dla nich źródłem lęku, bólu, obrażeń fizycznych, a nawet przyczyną śmierci (Goniewicz, Goniewicz, 2011; Kühn, 2010; Naumann, 2010).

Pierwsze naukowe analizy dotyczące maltretowania dzieci przez bezpośrednich opiekunów datowane są na drugą połowę XIX wieku. Wraz z rosnącym znaczeniem osoby i praw dziecka, na początku XX wieku, ochrona dzieci została ulokowana w obszarze odpowiedzialności państwa (Jarosz, 2007, 2009; Jarosz, Nowak, 2012). Jednak uniwersalny katalog praw dzieci, jako instrument wyznaczający współczesne standardy warunków, w jakich powinny żyć dzieci, został sformułowany dopiero w 1989 roku w przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ Konwencji o Prawach Dziecka (Jarosz, 2008). Do dzisiaj ten dokument najpełniej wyraża prawa dzieci i jest uważany za podstawowe źródło standardów dotyczących ochrony dzieci przed różnymi formami krzywdzenia.

Jednocześnie mimo kolejnych reform prawnych, w tym wprowadzania przez kolejne państwa¹ zakazu stosowania przemocy, a zwłaszcza kar fizycznych względem małych dzieci², problem przemocy wobec dzieci jest wciąż jednym z najdramatyczniejszych problemów społecznych naszych czasów (UNICEF 2006; Włodarczyk, Makaruk 2013). Poczucie zagrożenia, poniżenia, lęku i cierpienia to stany, które współcześnie nadal towarzyszą dzieciom (zob. Szymańczak, 2000). W tym względzie istotne znaczenie ma poziom społecznej świadomości i postaw społecznych dorosłych wobec problemu krzywdzenia i stosowania przemocy wobec dzieci (zob. ONZ, 2006; Gruszczyńska, 2007). Powszechnie wiadomo, że ochrona dzieci przed krzywdzeniem nie polega wyłącznie na wprowadzeniu do porządku prawnego zakazu stosowania kar fizycznych, lecz na podejmowaniu

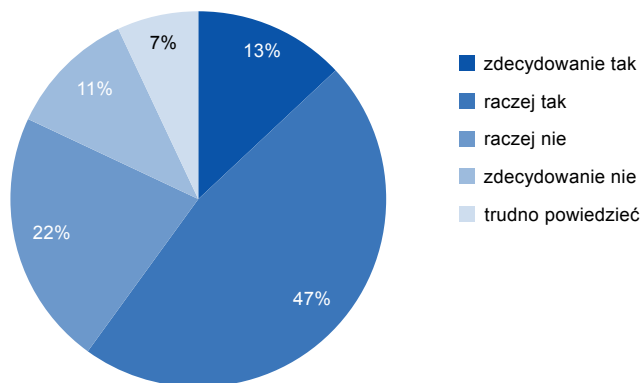
1 W 1979 roku Szwecja, jako pierwsze państwo, wprowadziła ustawowy całkowity zakaz stosowania kar cielesnych wobec dzieci (Jarosz, Nowak, 2012).

2 Zgodnie z art. 961 ustawy z dnia 25 lutego 1964 roku – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, osobom wykonującym władzę rodzicielską oraz sprawującym opiekę lub pieczę nad małym dzieckiem zakazuje się stosowania kar cielesnych. Zakaz stosowania kar cielesnych sformułowany jest również w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku (art. 40 zd. 2).

działań na rzecz edukacji i pedagogizacji rodziców oraz profesjonalistów pracujących z dziećmi, co w efekcie powinno przyczynić się do zwiększania świadomości społecznej na temat problemu stosowania przemocy wobec dziecka. Podstawowe znaczenie w tym aspekcie mają przekonania społeczne na temat dziecka oraz stopień uznania jego podmiotowości.

Z przeprowadzonych w 2013 roku na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka (2013b) badań w zakresie społecznej akceptacji bicia dzieci oraz społecznej aprobaty wykorzystywania kar cielesnych w wychowaniu, a także określenia postaw społecznych wobec ingerowania w rodzinę z problemem przemocy wobec dzieci i podejmowania w niej interwencji, wynika, że poziom społecznej akceptacji przemocy wobec dzieci należy ocenić jako wysoki. W Polsce społeczna akceptacja stosowania tzw. klapsów wobec dzieci wynosi 60%, mimo że od 2010 roku obowiązuje ustawowy zakaz fizycznego karcenia małoletnich (wykres 1).

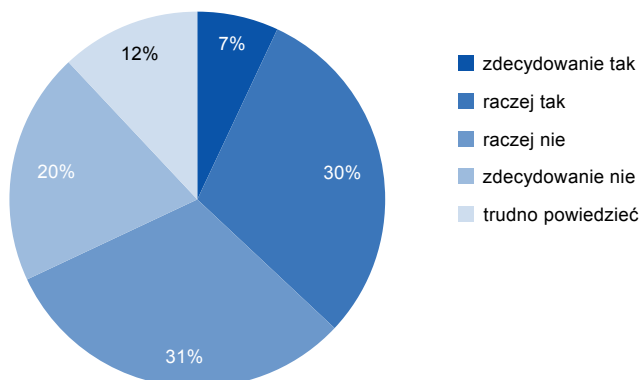
Wykres 1. Czy zgadza się Pan(i) z następującym stwierdzeniem: są takie sytuacje, kiedy trzeba dziecku dać klapsa?



Źródło: Rzecznik Praw Dziecka (2013b).

Z tych samych badań wynika, że z twierdzeniem „tzw. lanie jeszcze nikomu specjalnie nie zaszkodziło” zgadzało się 37% respondentów, a tylko co piąty badany (20%) udzielił zdecydowanie przeczącej odpowiedzi (wykres 2).

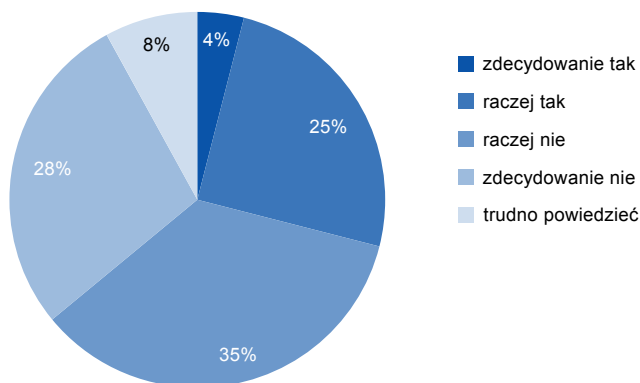
Wykres 2. Czy zgadza się Pan(i) z następującym stwierdzeniem: tzw. łanie jeszcze nikomu nie zaszkodziło?



Źródło: Rzecznik Praw Dziecka (2013b).

Jednocześnie 29% badanych uważało, że „bicie dziecka jest w niektórych sytuacjach najbardziej skuteczną metodą wychowawczą” (wykres 3).

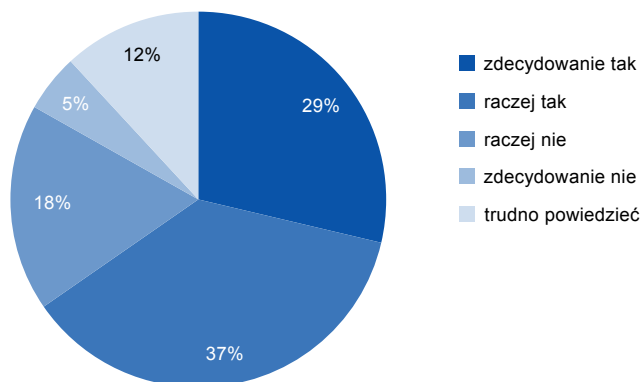
Wykres 3. Czy zgadza się Pan(i) z następującym stwierdzeniem: bicie dziecka jest w niektórych sytuacjach najbardziej skuteczną metodą wychowawczą?



Źródło: Rzecznik Praw Dziecka (2013b).

Niepokojąco niska pozostaje również społeczna świadomość w zakresie obowiązywania w Polsce zakazu stosowania kar cielesnych, która dodatkowo obniżyła się na przestrzeni ostatnich kilku lat (wykres 4).

Wykres 4. Czy zgadza się Pan(i) z następującym stwierdzeniem: bicie dziecka jest niezgodne z prawem?



Źródło: Rzecznik Praw Dziecka (2013b).

Badania te wskazują, że współcześnie nadal wielu Polaków może prezentować stereotypowe podejście do problemu krzywdzenia dzieci, jak również aprobować istnienie okoliczności usprawiedliwiających stosowanie przemocy wobec małoletnich. Stosowanie przemocy jako narzędzia wychowawczego może nasuwać wnioski o niskim poziomie kompetencji wychowawczych i niewielkiej wiedzy o alternatywnych sposobach radzenia sobie z problemami wychowawczymi. Uzasadnione pozostaje również twierdzenie, że w Polsce przemoc przenika mentalność wychowawczą i praktykę postępowania rodziców z dzieckiem (Jarosz, 2014).

Z tego względu nadal niezwykle istotne pozostają działania mające na celu: po pierwsze – zwrócenie uwagi na istotę problemu stosowania przemocy wobec dzieci i wynikające z tego faktu konsekwencje dla dziecka, rodziny i społeczeństwa, po drugie – uszczelnienie systemu ochrony małoletnich pokrzywdzonych, po trzecie – dalszą edukację praktyków z zaakcentowaniem ich ról i zadań w systemie ochrony małoletnich. W tym ostatnim aspekcie bardzo ważne pozostaje uwypuklenie roli i zwrócenie uwagi na konieczność aktywnego udziału lekarza, w tym także lekarza dentystry, w walce z przemocą wobec dzieci, w tym zwłaszcza z przemocą seksualną.

Szczególna rola lekarza

Każdemu lekarzowi w jego codziennej pracy zdarzają się przypadki, w których zachodzi uzasadnione podejrzenie, że pacjent może być ofiarą przemocy. Codziennie do szpitali, przychodni, gabinetów lekarskich i stomatologicznych trafiają pacjenci, wobec których może być stosowana przemoc. Niejednokrotnie zdarza się, że podejrzenie stosowania przemocy dotyczy osoby małoletniej. Mimo to, jak podkreśla się w piśmiennictwie, w Polsce przypadki stosowania przemocy wobec dzieci są rzadko rozpoznawane przez lekarzy, a w diagnozowaniu niektórych dolegliwości somatycznych dziecka lekarze bardzo często nie biorą pod uwagę, że wiele objawów może być następstwem stosowania wobec dziecka przemocy (Goniewicz, Goniewicz, 2011; Kluczyńska, Wrona, 2013). Analizy dowodzą także, że lekarze zbyt rzadko stosują procedurę „Niebieskie karty”, a wielu z nich wskazuje na trudności w połączeniu codziennej pracy zawodowej z nakładanymi na nich dodatkowymi obowiązkami. Trudności może sprawiać również samo rozpoznanie przemocy oraz brak znajomości procedur (zob. Skórzyńska, Pacian, 2005).

Tymczasem ze względu na bezpośrednią styczność z pacjentem, rola lekarzy i lekarzy dentyków w diagnozowaniu zjawiska oraz podejmowaniu interwencji jest nieoceniona i nie należy jej deprecjonować. Pierwszy kontakt z ofiarą przemocy ma zasadnicze znaczenie, bowiem najczęściej poszkodowani skupieni są głównie na przetrwaniu aktów przemocy, a nie na poszukiwaniu długofalowych rozwiązań. Dodatkowo, kiedy przemoc w rodzinie jest stosowana wobec dziecka, które z zasady wymaga szczególnej ochrony, uwikłanie małoletniego w konflikty lojalnościowe względem rodziców nie pozwala mu na ujawnienie nawet najskrajniejszych przypadków stosowania przemocy. W takiej sytuacji obowiązek pomocy dziecku dotyczy oczywiście każdego, jednak szczególnie osób wykonujących zawód zaufania publicznego. Wówczas, prócz niezwłocznej pomocy medycznej, pracownik ochrony zdrowia zobowiązany jest zgodnie z procedurami podjąć odpowiednie czynności oraz powiadomić organy ścigania. W takich sytuacjach do obowiązków lekarza należy nie tylko leczenie chorego, ale i zabezpieczenie sytuacji pacjenta, a stosowania przemocy nie można uznawać za „prywatną sprawę badanego i jego rodziny” (Kluczyńska, Wrona, 2013). Z tego też względu bierność w takich przypadkach nie można oceniać wyłącznie w kategoriach moralno-etycznych i społecznych.

Przepisy wynikające z kodeksu postępowania karnego

W każdej sytuacji, gdy do lekarza trafia pacjent z ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, nad którym się zęciano, u którego nastąpiło naruszenie czynności narządu ciała lub spowodowano rozstrój zdrowia (zob. Sulikowska, 2013) na pracowniku ochrony zdrowia ciąży obowiązek powiadomienia organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Zgodnie z art. 304 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks postępowania karnego (Boratyńska 2007; Hofmański, 2007), każdy (a więc także lekarz i lekarz dentyista) dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję. W dalszej kolejności instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.

W praktyce oznacza to, że obowiązek prawny zawiadomienia organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa ściganego z urzędu spoczywa na każdym funkcjonariuszu publicznym, który jest związany z instytucją państwową i samorządową. Za niepowiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa organów ścigania grozi odpowiedzialność karna, zgodnie z art. 231 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny³. Zasadniczo zatem samo zawiadomienie o przestępstwie, jak i wskazanie osoby podejrzanej mieszczą się w granicach prawa. Mogłyby one zostać przekroczone wyłącznie wówczas, gdyby takie zawiadomienie i wskazanie konkretnej osoby podejrzanej dokonywane było ze złym zamiarem i pełną świadomością nieprawdy takiego twierdzenia (zob. wyrok SA w Warszawie, sygn. I ACa 1004/98; Kardas, 2007). Jednocześnie jeżeli lekarz lub lekarz dentyista ma uzasadnioną obawę, że w związku ze składanym zawiadomieniem wobec niego lub jego najbliższych może zostać użyta przemoc lub groźba bezprawna, wówczas może zastrzec dane dotyczące

3 Zgodnie z art. 231 § 1 kk funkcjonariusz publiczny, który, przekraczając swoje uprawnienia lub nie dopełniając obowiązków, działa na szkodę interesu publicznego lub prywatnego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli sprawca dopuszcza się czynu określonego w § 1 w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10 (art. 231 § 2 kk).

swojego miejsca zamieszkania do wyłącznej wiadomości prokuratora lub sądu⁴ (Brzozowska, 2009).

Należy także przypomnieć, że zarówno obowiązek społeczny, jak i prawny o jakim mowa powyżej, dotyczy tylko przestępstw ściganych z urzędu, a więc takich, w odniesieniu do których policja lub prokuratura są uprawnione i zobowiązane do wszczęcia i prowadzenia postępowania karnego niezależnie od wniosku i woli osoby pokrzywdzonej. Nie obejmuje to sytuacji, kiedy przestępstwo jest ścigane z oskarżenia publicznego, lecz konieczny pozostaje wniosek pokrzywdzonego, jak i przestępstw prywatnoskargowych (Łupiński, 2009).

Do najczęstszych przypadków przemocy, z którymi może spotkać się lekarz należą m.in.: znęcanie się fizyczne lub psychiczne (art. 207 kk), uderzanie, naruszenie nietykalności cielesnej (art. 217 kk), naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia (art. 157 kk), spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 kk), groźba bezprawna (art. 190 kk), uporczywe nękanie, stalking (art. 190a kk), znieważanie (art. 216 kk), zgwałcenie, wykorzystanie bezradności albo nadużycie zależności lub wykorzystanie krytycznego położenia osoby w celu odbycia stosunku lub innej czynności seksualnej (art. 197–199 kk).

Warto podkreślić, że zgodnie z ustawą z dnia 13 czerwca 2013 roku o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz ustawy – Kodeks postępowania karnego, uchylony został art. 205 kk. Celem nowelizacji jest modyfikacja trybu ścigania przestępstw określonych w rozdziale XXV ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności), które były ścigane na wniosek pokrzywdzonego, a w myśl nowych regulacji ścigane są z urzędu. Dotyczy to przestępstw: zgwałcenia (art. 197 kk⁵), nadużycia stosunku zależności lub wykorzystania krytycznego położenia (art. 199 § 1 kk⁶) oraz wykorzystania bezradności innej osoby lub upośledzenia

4 Zgodnie z art. 191 § 3 kpk, jeżeli zachodzi uzasadniona obawa użycia przemocy lub groźby bezprawnej wobec świadka lub osoby najbliższej w związku z jego czynnościami, może on zastrzec dane dotyczące miejsca zamieszkania do wyłącznej wiadomości prokuratora lub sądu.

5 Art. 197 § 1 kk – kto przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

6 Art. 199 § 1 kk – kto, przez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie krytycznego położenia, doprowadza inną osobę do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

umyślowego lub choroby psychicznej (art. 198 kk⁷) w celu doprowadzenia do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności.

Z tego względu w obecnym stanie prawnym pracownik ochrony zdrowia ma obowiązek powiadomić organy ścigania o zaistniałym przestępstwie zgwałcenia (zob. Kubiak, 2014). Przepisy te weszły w życie z dniem 27 stycznia 2014 roku.

Przepisy wynikające z kodeksu postępowania cywilnego

W świetle procedury cywilnej obowiązek powiadomienia określonego organu o zdarzeniu, które uzasadnia wszczęcie postępowania przez sąd opiekuńczy określa art. 572 ustawy z dnia 17 listopada 1964 roku – Kodeks postępowania cywilnego (Pruś, 2011; Zieliński, 2010; Żyznowski, 2006). Zgodnie z tym przepisem każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, zobowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy. Do tych zdarzeń zalicza się m.in. zaniedbanie lub krzywdzenie dziecka. W przypadku zagrożenia dobra dziecka oraz nienależytego wykonywania władzy rodzicielskiej w rozumieniu art. 109 krio, sąd opiekuńczy może wydać odpowiednie zarządzenia i postanowienia, które mogą skutkować ograniczeniem lub pozbawieniem władzy rodzicielskiej, a także odebraniem dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską.

W świetle art. 572 § 2 krio podmiotami, na których w pierwszej kolejności ciąży powyższy obowiązek są: urzędy stanu cywilnego, sądy, prokuratury, notariusze, komornicy, organy samorządu i administracji rządowej, organy policji, placówki oświatowe, opiekunowie społeczni oraz organizacje i zakłady zajmujące się opieką nad dziećmi lub osobami psychicznie chorymi. Wydaje się, że niewypełnienie opisanych obowiązków powinno wiązać się z poniesieniem określonych konsekwencji, choćby tylko dyscyplinarnych (Bieńkowska, Mazowiecka, 2009).

7 Zgodnie z art. 198 kk, kto, wykorzystując bezradność innej osoby lub wynikający z upośledzenia umyślowego lub choroby psychicznej brak zdolności tej osoby do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, doprowadza ją do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Pracownicy ochrony zdrowia są zobowiązani do podejmowania określonych działań również na gruncie znowelizowanej ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.). Do grona podmiotów zobowiązanych do realizacji procedury „Niebieskie Karty” lekarze zostali włączeni na podstawie Ustawy z dnia 10 czerwca 2010 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (zob. Odrowąż-Sypniewski, 2005; Zielińska, 2005a, 2005b) Nowelizacja ustawy z 2010 roku wprowadziła systemowe rozwiązania w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej, w tym m.in. interdyscyplinarne podejście do problemu, a więc angażowanie w ogół działań zapobiegawczych niepożądanym zjawiskom przemocy domowej podmiotów i specjalistów z różnych dziedzin. Aktywny udział lekarza oraz lekarza dentystry pozostaje niezastąpiony w identyfikacji zjawiska oraz w podejmowaniu działań interwencyjnych i profilaktycznych (Ministerstwo Sprawiedliwości, 2013; Spurek, 2009)

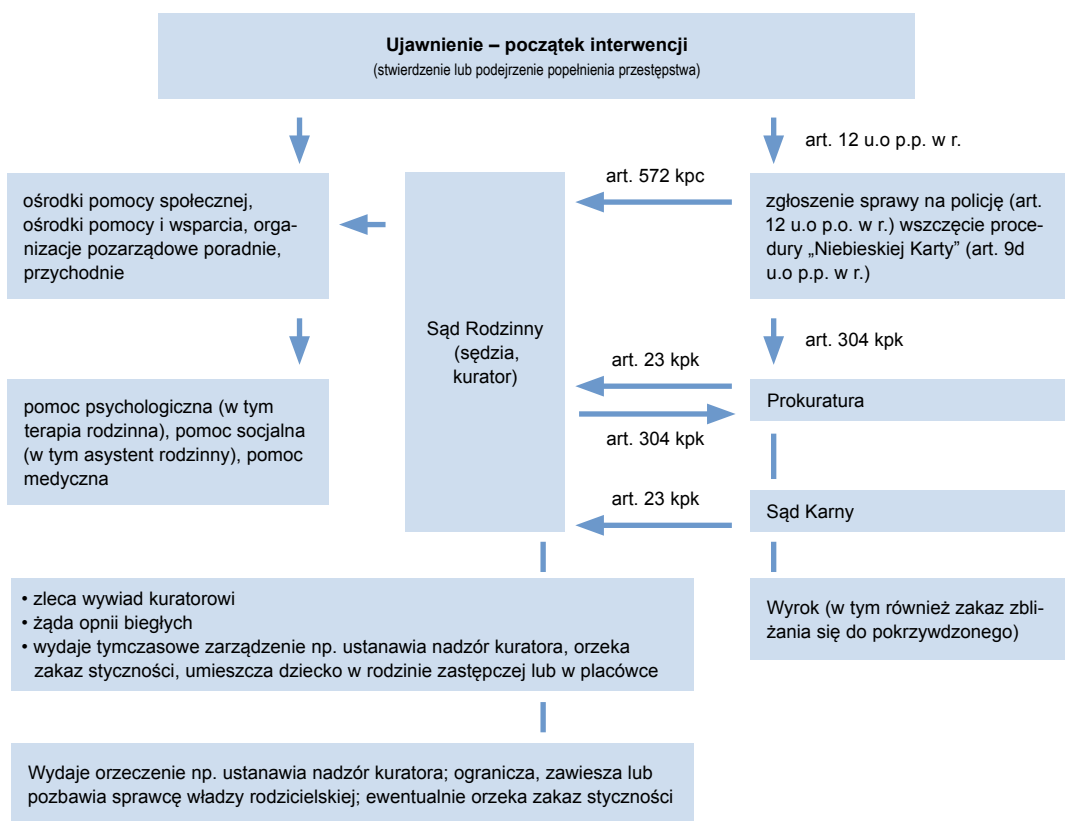
Ustawa definiuje przemoc w rodzinie jako jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, naruszające prawa lub dobra osobiste osób wskazanych w ustawie, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące u nich cierpienia i krzywdy. Wobec dziecka zazwyczaj mówi się o czterech rodzajach przemocy: fizycznej, psychicznej, seksualnej oraz zaniedbaniach, przy czym z perspektywy konkretnego dziecka krzywdzonego, przemoc ma zazwyczaj charakter mieszany, a rodzic może krzywdzić dziecko w więcej niż jeden sposób (Jarosz, Nowak, 2012).

Ustawa precyzuje również, że członkiem rodziny jest osoba najbliższa, o której mowa w art. 115 § 11 kk oraz inna osoba, o ile wspólnie zamieszkuje lub gospodaruje (art. 2 pkt 1 ustawy). Z kolei z art. 115 § 11 kk wynika, że osobą najbliższą jest małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Z powyższego wynika, że obowiązek zawiadomienia, o którym mowa w art. 12 omawianej ustawy dotyczy nie tylko przemocy stosowanej przez rodziców wobec dziecka, ale szeroko rozumianej rodziny (dziadkowie, rodzeństwo oraz inne osoby zamieszkujące z dzieckiem).

Osoby, które wykonując obowiązki zawodowe mogą zetknąć się z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie i z tego względu są zobowiązane do

niezwłocznego zgłoszenia tego faktu na policję lub do prokuratury (art. 12 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie). Z uwagi na charakter przemocy w rodzinie, która bardzo często określana jest mianem *przemocy czterech ścian*, zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa wobec dziecka, które zgłasza profesjonalista, jest bardzo często jedynym środkiem działania, również ze względu na przypadki przemocy ze strony samych rodziców (Jarosz, Nowak, 2012). W piśmiennictwie podkreśla się, że przy zgłaszaniu faktu maltretowania dziecka lekarz powinien odrzucić fałszywe poglądy, że żaden normalny rodzic nie chce skrzywdzić swojego dziecka, że dzieci najczęściej podczas zabawy łatwo nabawiają się siniaków lub upadają i łamią sobie kości oraz że dziecko skrzywdzone będzie wołało o pomoc (Goniewicz, Goniewicz, 2011; por. Karasowska, 2004; Tuskiewicz-Miształ, Czajka, 2003).

Rysunek 1. Schemat postępowania pracownika ochrony zdrowia w przypadku stwierdzenia przemocy wobec dziecka



Źródło: Rzecznik Praw Dziecka (2013a).

Procedura „Niebieskie Karty”

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie w art. 9d, zobowiązuje lekarza oraz lekarza dentyście do realizacji procedury „Niebieskie Karty”, a wzory formularzy „Niebieskie Karty”, którymi lekarze powinni się posłużyć określa Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”. Podmiotami zobowiązanymi do działania są przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty i ochrony zdrowia.

Procedura jest prowadzona zawsze wtedy, gdy osoba w toku prowadzonych czynności zawodowych lub służbowych powźmie uzasadnione podejrzenie stosowania przemocy wobec członków rodziny czy w związku ze zgłoszeniem dokonanym przez członka rodziny lub przez osobę będącą świadkiem przemocy w rodzinie. W praktyce podejmowanie takiej interwencji przez lekarza lub lekarza dentyście następuje na podstawie powzięcia przez tę osobę podejrzenia o popełnieniu przestępstwa. Przy czym musi to nastąpić w trakcie realizacji obowiązków służbowych lub przy okazji ich wykonywania. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy lekarz uzyska taką wiedzę w związku z prowadzonymi przez siebie czynnościami, wynikającymi ze specyfiki swoich obowiązków służbowych, podejmowanymi na rzecz pracodawcy w ramach realizacji obowiązków wynikających ze stosunku pracy (lub niepracowniczego stosunku służbowego). Przedstawicielem ochrony zdrowia uprawnionym do działań jest osoba wykonująca zawód medyczny: lekarza, pielęgniarki, położnej oraz ratownika medycznego.

Warto pamiętać, że samo wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” nie wymaga zgody osoby dotkniętej przemocą w rodzinie. Jest to jeden z nielicznych przypadków regulacji prawnych pozwalających podjąć działania zapobiegawcze i interwencyjne bez konieczności sądowego ustalenia, czy miało miejsce naruszenie prawa. Procedurę prowadzi się bez względu na to, czy stwierdzono popełnienie przestępstwa przez sprawcę przemocy, czy też nie (Kluczyńska, Wrona, 2013).

Rozpoczynając procedurę lekarz lub lekarz dentyśta w pierwszej kolejności musi wypełnić formularz „Niebieska Karta – A”. Wypełnienie formularza następuje w obecności osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie. Jeżeli nawiązanie bezpośredniego kontaktu z taką osobą nie jest możliwe, wypełnienie formularza następuje bez jej udziału. W przypadku podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie wobec dziecka, czynności przeprowadza się w obecności rodzica, opiekuna prawnego lub faktycznego. Gdy istnieje podejrzenie,

że to rodzice lub opiekunowie mogą być osobami, które stosują przemoc, działania powinny być podjęte w obecności pełnoletniej osoby najbliższej dziecku (w rozumieniu art. 115 kk).

Niezależnie od powyższego, zgodnie z § 14 ust. 1 ww. rozporządzenia, w ramach procedury przedstawiciel ochrony zdrowia każdorazowo udziela osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, informacji o możliwościach uzyskania pomocy i wsparcia oraz o uprawnieniu do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie. Warto udzielić osobie poszkodowanej informacji o różnorodnych formach pomocy, zwłaszcza o działalności powołanych do tego instytucji ze środowiska lokalnego. Każdy urząd gminy/miasta ma obowiązek publikowania listy placówek pomagających ofiarom przemocy domowej na terenie gminy/miasta. Pomocą ofiarom przemocy zajmuje się również coraz więcej organizacji pozarządowych.

Po wypełnieniu formularza „Niebieska Karta – A”, osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie wypełniający (pracownik ochrony zdrowia) przekazuje formularz „Niebieska Karta – B” (który powinien zawierać m. in. propozycje instytucji pomocowych). Jeżeli osobą tą jest dziecko, przekazanie formularza „Niebieska Karta – B” następuje do rąk rodzica, opiekuna prawnego lub faktycznego, albo osobie, która zgłosiła podejrzenie stosowania przemocy w rodzinie.

Przekazanie wypełnionego formularza „Niebieska Karta – A” następuje niezwłocznie, nie później niż w terminie siedmiu dni od dnia wszczęcia procedury do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego. Obsługę organizacyjno-techniczną zespołu interdyscyplinarnego zapewnia miejscowy ośrodek pomocy społecznej. Jeśli pojawia się problem tego rodzaju, który organ ma pierwszy wypełnić dany formularz, wówczas wypełnia go przedstawiciel podmiotu, który pierwszy powziął informacje, że osoba może doświadczać przemocy. Przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego nie później niż w ciągu trzech dni od dnia otrzymania formularza, przekazuje go członkom zespołu interdyscyplinarnego (Przyborowska, 2013).

Warto także pamiętać, że wypełnienie obowiązków przez osobę wskazaną w art. 9d ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie nie zastępuje nałożonego na pracownika ochrony zdrowia obowiązku powiadomienia właściwych organów ścigania zgodnie z art. 304 § 2 kpk. W takiej sytuacji niezwłocznego powiadomienia policji lub prokuratury dokonuje najczęściej dyrektor placówki, której pracownik wykonując czynności zawodowe powziął podejrzenie popełnienia przestępstwa przemocy w rodzinie.

Rysunek 2. Schemat wypełniania wzorów formularzy „Niebieska Karta”

Źródło: Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2012).

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz Kodeks Etyki Lekarskiej

Obowiązek zawiadomienia o zdarzeniu mającym znamiona przestępstwa w przypadku lekarzy i lekarzy dentyistów wynika nie tylko z wyżej wskazanych przepisów, ale także z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

W myśl art. 4 powołanej ustawy lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Kodeks Etyki Lekarskiej stanowi natomiast w art. 2 ust. 1, że najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*.

W kontekście przedstawianych powyżej uwag, w związku z realizacją przez lekarza lub lekarza dentyistę obowiązków nałożonych przez omawiane przepisy,

może pojawić się wątpliwość w zakresie kolizji z obowiązkiem zachowania tajemnicy zawodowej, który przewidują przepisy ww. ustawy. Definicja tajemnicy informacji zawarta jest w art. 40 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i zgodnie z tym przepisem lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Obowiązek zachowania tajemnicy dotyczy każdego lekarza, niezależnie od formy wykonywania zawodu, zajmowanego stanowiska lub pełnionej funkcji. Naruszenie tajemnicy zawodowej jest zagrożone odpowiedzialnością karną z art. 266 § 1 kk⁸ (zob. także: Karkowska, 2012; Kędziora, 2009; Pochopień, 2012; Rusinek, 2007; Zatyka, 2011).

Obowiązek zachowania tajemnicy informacji nie ma jednak charakteru bezwzględny. Podstawą zwolnienia lekarza z obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu (por. Huk, 2001; Ładoś, 2012). W sytuacji gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób stanowi art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W praktyce najczęściej dotyczy to przypadków kontaktu z organami ścigania w celu zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa, jak również w przypadkach podejmowania interwencji w zakresie przeciwdziałania przemocy (Kluczyńska, Wrona, 2013; zob.: Dukiet-Nagórska, 2008; Karkowska, 2009; Kulesza, Niziołek, 2010).

Nadto, lekarz jest zwolniony z zachowania tajemnicy lekarskiej także wtedy, gdy:

1. tak stanowią ustawy;
2. badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji – wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;
3. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;

8 Zgodnie z art. 266 § 1 kk, kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Nadto, zgodnie z § 2 funkcjonariusz publiczny, który ujawnia osobie nieuprawnionej informację niejawną o klauzuli *zastrzeżone* lub *poufne* lub informację, którą uzyskał w związku z wykonywaniem czynności służbowych, a której ujawnienie może narazić na szkodę prawnie chroniony interes, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 następuje na wniosek pokrzywdzonego.

4. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
5. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (por. Filar, 2000; Filar, Krześ, Marszałkowska-Krześ, Zaborowski, 2004).

Uregulowania w tym zakresie zawiera również Kodeks Etyki Lekarskiej, w szczególności art. 25, który stanowi, że „zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić: gdy pacjent wyrazi na to zgodę, jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa”, a także art. 27, w myśl którego „lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka”.

Przepisy dotyczące zachowania tajemnicy zawodowej nie zwalniają lekarzy z podejmowania interwencji w sytuacji krzywdzenia dziecka, gdyż pracownicy ochrony zdrowia, podobnie jak inni profesjonalści, są do tego zobowiązani prawnie (zob. Zielińska, 2008). Warto jednak pamiętać, że ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie⁹ (por. Rejman, 1991).

Kampania społeczna „Lekarzu, reaguj na przemoc!”

Jak wspomniano wcześniej, od 2010 roku do systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie zostali włączeni m.in. przedstawiciele ochrony zdrowia. Każdy lekarz i lekarz dentyista w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie ma obowiązek wszcząć procedurę „Niebieskie Karty”. Ponadto może on wchodzić w skład grup roboczych i zespołów interdyscyplinarnych działających w każdej gminie w Polsce.

Jednocześnie z badań przeprowadzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że sposób wypełniania zobowiązań wynikających z Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie przez przedstawicieli ochrony zdrowia należy zdecydowanie poprawić. Analizy ujawniły, że lekarze niechętnie wchodzi w skład grup roboczych, rzadko uruchamiają procedurę „Niebieskie Karty”, a także potrzebują lepszego przygotowania

9 Zgodnie z art. 180 § 2 kodeksu postępowania karnego, lekarz może być przesłuchiwany co do faktów objętych tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. O przesłuchaniu lekarza decyduje sąd.

do kontaktu z osobami doznającymi przemocy. Wielu lekarzy wskazuje na trudność pogodzenia codziennej pracy zawodowej z ustawowymi obowiązkami (zob. Kluczyńska, Wrona, 2013; Wrona, 2014; por. także: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2012; Najwyższa Izba Kontroli, 2013; Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2005).

Z tego względu Instytut Łukasiewicza na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia realizuje kampanię społeczną „Lekarzu, reaguj na przemoc!”. Kampania uzyskała wsparcie Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Jej podstawowym zadaniem jest poprawa poziomu zaangażowania ochrony zdrowia w przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, a głównym celem jest zapoznanie przedstawicieli ochrony zdrowia z procedurą „Niebieskie Karty”, psychologicznymi aspektami przeciwdziałania przemocy oraz lepsze przygotowanie lekarzy do kontaktu z pacjentem doznającym przemocy.

Zasadniczym elementem kampanii jest przewodnik i strona internetowa, które zawierają m.in. praktyczne wskazówki i podpowiedzi dla lekarzy, jak rozmawiać z pacjentem doznającym przemocy i jak udzielić mu wsparcia. Materiały opracowane przez ekspertów, w tym m.in. przewodnik dla lekarzy oraz film instruktażowy, znajdują się na portalu kampanii: <http://www.lekarzureagujnaprzemoc.pl/>.

Podsumowanie

Obowiązek zgłaszania przez lekarzy i lekarzy dentyistów zdarzeń mających znamiona przestępstwa wynika nie tylko z przepisów kodeksu postępowania karnego, kodeksu postępowania cywilnego, ale również z ustaw szczególnych: o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

Na podstawie powyższych przepisów lekarz ma społeczny i prawny obowiązek zawiadomienia o przemocy wobec dziecka, stwierdzonej przy wykonywaniu czynności zawodowych, a przed podjęciem decyzji w tej sprawie powinien przeanalizować, czy jego działanie mieści się w granicach wyjątków dopuszczających możliwość odstąpienia od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

Nieodzowne pozostaje zaangażowanie lekarzy nie tylko w udzielenie niezbędnej pomocy medycznej, ale również w kierunku podjęcia działań interwencyjnych. Lekarze są bardzo ważnym ogniwem w całym systemie pomocy dzieciom krzywdzonym, a ich aktywna postawa może skutecznie przyczynić się do zapobiegania kolejnym przypadkom stosowania przemocy wobec małoletnich. Z perspektywy

pacjenta ogromne znaczenie będzie miało zainteresowanie problemem i sytuacją oraz okazana troska, a także zapewnienie potrzebnej pomocy i wspólne poszukiwanie najlepszego rozwiązania. Osoby doznające przemocy mają prawo oczekiwać, że lekarze prócz pomocy medycznej okażą im wsparcie i pomogą znaleźć wyjście z trudnej sytuacji. Lekarz ma codziennie bezpośredni kontakt z ludźmi. Jeśli cieszy się zaufaniem pacjentów, wykazuje motywację i ma odpowiednią wiedzę, może odegrać ogromną rolę w powstrzymaniu przemocy.

Pracownicy ochrony zdrowia mogą odegrać niezwykle ważną rolę w wykrywaniu przemocy i zaniedbań wobec dzieci, jednak konieczne pozostaje wdrożenie procedur postępowania w przypadku ich podejrzenia. Ustawiczne doszktałanie pracowników medycznych, organizowanie działań profilaktycznych i kampanii informacyjnych pozostaje kluczowe dla wzmocnienia systemu ochrony dzieci.

Bibliografia

- Bazyłuk E., Kulka M. *Rozporządzenie w sprawie procedury „Niebieskie Karty” – komentarz*. Pobrane z: <http://www.niebieska.info/index.php/zadania-sluzb/59-rozporzadzenie-w-sprawie-procedury-niebieskie-karty-komentarz>.
- Bieńkowska, E., Mazowiecka, L. (2009). Obowiązek powiadamiania o przestępstwach przeciwko rodzinie. W: E. Bieńkowska, L. Mazowiecka, *Prawa ofiar przestępstw*. Warszawa; Kraków: Wydawnictwo Oficyna.
- Bodio, J. (2003). Komentarz aktualizowany do art. 572 Kodeksu postępowania cywilnego. W: A. Jakubecki (red.), *Komentarz aktualizowany do ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego*. Warszawa: LexOmega.
- Boratyńska, K. T. (2007). Komentarz do art. 304 k.p.k. W: K. T. Boratyńska, A. Górski, A. Sakowicz, A. Ważny, *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck.
- Brzozowska, M. (2009). Obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci. *Gazeta Lekarska*, 4(220), 29–31.
- Dukiet-Nagórska, T. (2008). *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*. Warszawa; Kraków: Oficyna.
- Filar, M., Krześ, S., Marszałkowska-Krześ, E., Zaborowski, P. (2004). *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*. Warszawa: LexisNexis.
- Filar, M. (2000). *Lekarskie prawo karne*. Kraków: Kantor Wydawniczy „Zakamycze”. Fundacja Dzieci Niczyje. *Interwencja dla pracowników ochrony zdrowia*. Pobrane z: <http://fdn.pl/interwencja-dla-pracownikow-ochrony-zdrowia>.

- Goniewicz, M., Goniewicz, K. (2011). Przemoc wobec dzieci – aspekty etyczno-prawne. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2011, tom 5, nr 5.
- Góra-Błaszczkowska, A. (2011). Komentarz do art. 572 Kodeksu postępowania cywilnego. W: H. Dolecki, T. Wiśniewski (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom III. Artykuły 506–729*. Warszawa: Lex.
- Grajewski, J., Steinborn, S. (2013). Komentarz do art. 304 Kodeksu postępowania karnego. W: L. K. Paprzycki (red.), *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1–424*. Warszawa: Lex.
- Gruszczyńska, B. (2007). *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawnokryminologiczne*. Kraków: Oficyna.
- Hofmański, P. (red.). (2007). *Kodeks postępowania karnego. Komentarz do artykułów 297–467. Tom II*. Warszawa: C.H. Beck.
- Huk, A. (2001). Tajemnica zawodowa lekarza. *Prokuratura i Prawo*, 2001, nr 6.
- Jaros, P. (2013). *Rzecznik Praw Dziecka w Polsce*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Jaros, E. (2007). Globalne standardy ochrony dzieci przed krzywdzeniem. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 6(2), 6–27.
- Jaros, E. (2008). *Międzynarodowe standardy przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Jaros, E. (2009). *Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Jaros, E. (2012). Jak rozwijała się idea ochrony dzieci przed przemocą? W: E. Jaros, A. Nowak, *Dzieci ofiary przemocy w rodzinie. Raport Rzecznika Praw Dziecka. Funkcjonowanie znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Jaros, E. (2014). Jakość dzieciństwa w Polsce – diagnoza krytyczna i rekomendacje. *Prawa Dziecka*, 2014, nr 2, s. 2–10.
- Jaros, E., Nowak, A. (2012). *Dzieci ofiary przemocy w rodzinie. Raport Rzecznika Praw Dziecka. Funkcjonowanie znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Kapko, M. *Komentarz do art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Syst. Inf. elektr. LexOmega.
- Karasowska, A. (2004). Krzywdzenie dzieci w rodzinie alkoholowej. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 3(3), 6–17.
- Kardas, P. (2007). Odpowiedzialność za nadużycie władzy publicznej w przypadku niezawiadomienia o popełnieniu przestępstwa. *Prokuratura i Prawo*, 2007, nr 7–8.

- Karkowska, D. (2009). *Prawa pacjenta*. Warszawa: Oficyna.
- Karkowska, D. (2012). *Zawody medyczne*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kędziora, R. (2009). *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*. Warszawa: Oficyna.
- Kluczyńska, S., Wrona, G. (2013). *Lekarzu, reaguj na przemoc! Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia*. Warszawa; Kraków: Instytut Łukasiewicza.
- Komenda Główna Policji. *Wybrane statystyki – Przemoc w rodzinie*. Pobrane z: http://www.statystyka.policja.pl/portal/st/944/50863/Przemoc_w_rodzinie.html.
- Kubiak, R. (2014). Zmiana trybu ścigania przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności a obowiązek denuncjacyjny ciążyący na osobach wykonujących zawód medyczny. W: T. Grzegoryczyk (red.), *Polski proces karny i materialne prawo karne w świetle nowelizacji z 2013 r. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Januszowi Tylmanowi z okazji Jego 90. urodzin*. Warszawa: LexisNexis.
- Kühn, G. (2010). Przypadki krzywdzenia dzieci ze skutkiem śmiertelnym. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 9(3), 7–23.
- Kulesza, M., Niziołek, M. (2010). *Etyka służby publicznej*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Ładoś, S. (2012). Tajemnica psychiatryczna jako kwalifikowana tajemnica lekarska. W: S. Ładoś, *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Łupiński, J. (2009). Społeczny obowiązek zawiadomienia o przestępstwie. *Prokuratura i Prawo*, 2009, nr 1.
- Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2012). *Diagnoza dotycząca realizacji zadań wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie wykonywanych przez zespoły interdyscyplinarne/grupy robocze, a także realizacji procedury „Niebieskie Karty” w oparciu o rozporządzenie w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”*. Pobrane z: http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Przemoc%20w%20rodzinie/2013/RAPORT_Z_BADAN_FUNKCJONOWANIE_ZI_GR_I_REALIZACJA_NK.pdf.
- Ministerstwo Sprawiedliwości (2013). *Informator dla sędziów, prokuratorów i kuratorów sądowych dotyczący przeciwdziałania przemocy w rodzinie*. Stargard Gdański: EKB.
- Najwyższa Izba Kontroli (2013). *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie przez administrację publiczną*. Pobrane z: <https://www.nik.gov.pl/kontrolne/wyniki-kontroli-nik/pobierz,nik-p-12-107-przemoc-w-rodzinie-1,typ,kk.pdf>.
- Naumann, E. (2010). Dziecko jako śmiertelna ofiara przestępstw. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 9(3), 24–30.

- Nikodemka, S. (2000). Przemoc wobec dzieci – przegląd badań. *Niebieska Linia*, nr 4/2000.
- Odrowąż-Sypniewski, W. (2005). *Opinia prawna na temat zgodności z Konstytucją RP przepisów zawartych w sprawozdaniu podkomisji o rządowym projekcie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*. Pobrane z: <http://orka.sejm.gov.pl/IEKSBAS.nsf/0/C12570A00047DA1EC12570DE00481F8A?OpenDocument>.
- ONZ (2006). Ogólny Komentarz nr 8 Komitetu Praw Dziecka ONZ z 2006 roku (General Comment No 8). Pobrane z: <http://www.refworld.org/docid/460bc7772.html>
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2005). *Badanie wśród pracowników ośrodków pomocy społecznej na temat procedury „Niebieskie Karty”*. Pobrane z: http://www.parpa.pl/download/pracownicy_socjalni.pdf.
- Pinheiro, S. (2006). *World Report on Violence against Children*. Pobrane z: <http://www.unicef.org/violencestudy/reports.html>.
- Pochopień, P. (red.). (2012). *Dokumentacja medyczna*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Pruś, P. (2011). Komentarz do art. 572 k.p.c. W: M. Manowska (red.), *Kodeks postępowania cywilnego*. Komentarz. Warszawa: LexisNexis.
- Przyborowska, K. (2013). *Co z tą procedurą? Informator dla przedstawicieli pomocy społecznej, oświaty i ochrony zdrowia, dotyczący realizacji procedury Niebieskie karty*. Warszawa: Stowarzyszenie OPTA.
- Rejman, G. (1991). *Odpowiedzialność karna lekarza*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 lutego 2011 roku w sprawie standardu podstawowych usług świadczonych przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, kwalifikacji osób zatrudnionych w tych ośrodkach, szczegółowych kierunków prowadzenia oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie oraz kwalifikacji osób prowadzących oddziaływanie korekcyjno-edukacyjne (Dz. U. 2011.50.259).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz. U. Nr 209, poz. 1245).
- Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 roku w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 201, poz. 1334).

- Rynek zdrowia (2013). *RPD: stomatolodzy mogą rozpoznać dzieci molestowane seksualnie*. Pobrane z: <http://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/RPD-stomatolodzy-moga-rozpoznać-dzieci-molestowane-seksualnie,129169,9.html>.
- Rusinek, M. (2007). *Tajemnica zawodowa i jej ochrona w polskim procesie karnym*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Rzecznik Praw Dziecka (2012). *Informacja o działalności Rzecznika Praw Dziecka za rok 2012 oraz uwagi o stanie przestrzegania praw dziecka*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Rzecznik Praw Dziecka (2013a). *Rola lekarza dentystry w rozpoznawaniu objawów przemocy wobec dzieci*. Pobrane z: http://brpd.gov.pl/sites/default/files/rpd_stare/uploadfiles/publikacje/rola_lekarza_dentysty.pdf.
- Rzecznik Praw Dziecka (2013b). *Polacy wobec bicia dzieci. Raport z badań 2013*. Pobrane z: <http://brpd.gov.pl/aktualnosc-ksiadzki-informatory-poradniki/polacy-wobec-bicia-dzieci-raport-z-badan-2013>.
- Skórzyńska, H., Pacian, A. (2005). Zjawisko przemocy wobec dzieci w ocenie lekarzy pierwszego kontaktu. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 4(2), 123–133.
- Spurek, S. (2009). *Komentarz do art. 9(a), art. 9(b), art. 9(c) ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*. Syst. inf. pr. LexOmega.
- Spurek, S. (2000). *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Sulikowska, L. (2013). Kiedy zadzwonić na Policję?. *Gazeta Lekarska*, 2013-03, 34–35.
- Syroka-Marczewska, K. (2012). Odpowiedzialność karna lekarza – wybrane aspekty. W: *Wina i kara. Księga pamięci Profesor Genowefy Rejman. Studia Iuridica tom 55*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Szymańczak, J. (2000). *Przemoc w rodzinie. Zarys problematyki*. Warszawa: Kancelaria Sejmu, Biuro studiów i ekspertyz. Pobrane z: http://biurosejm.gov.pl/teksty_pdf_00/r-181.pdf.
- Tuszkiewicz-Misztal, E., Czajka, K. (2003). Lekarz – dziecko krzywdzone. Aspekty etyczno-prawne. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2(4), 50–52.
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 roku – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210, poz. 2135).

- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 997 Nr 28, poz. 152, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (Dz. U. Nr 209, poz. 1245, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 roku o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. 2000 Nr 6, poz. 69, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011, Nr 174, poz. 1039).
- Włodarczyk, J., Makaruk, K. (2013). *Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci. Wyniki badania*. Fundacja Dzieci Niczyje. Pobrane z: <http://fdn.pl/ile-dzieci-w-polsce-jest-krzywdzonych>.
- Wrona, G. (2013). *Lekarz w grupie roboczej i zespole interdyscyplinarnym*. Pobrane z: <http://www.lekarzureaujnaprzemoc.pl/index.php/prawo/komentarz-prawnika/11-lekarz-w-grupie-roboczej-i-zespole-interdyscyplinarnym>.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 grudnia 1998 roku, sygn. I ACa 1004/98.
- Wystąpienie generalne Rzecznika Praw Dziecka do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2013 roku. Pobrane z: http://brpd.gov.pl/sites/default/files/rpd_stare/wystapienia/wyst_2013_04_06_mnisw_mz.pdf.
- Wystąpienie generalne Rzecznika Praw Dziecka do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 lipca 2012 roku. Pobrane z: http://brpd.gov.pl/sites/default/files/rpd_stare/wystapienia/wyst_2012_07_27_nrl.pdf.
- Wytyczne Prokuratora generalnego z dnia 1 kwietnia 2014 roku dotyczące zasad postępowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Pobrane z: <http://www.pg.gov.pl/wytyczne-prokuratora-generalnego-1449/wytyczne-i-zarzadzenia-2.html>.
- Zatyka, E. (2011). *Lekarski obowiązek udzielania pomocy w świetle prawa karnego*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Zielińska, E. (2005a). *Opinia na temat projektu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*. Pobrane z: <http://orka.sejm.gov.pl/IEKSBAS.nsf/0/C12570A00047DA1EC12570DE00480C33?OpenDocument>.

- Zielińska, E. (2005b). *Opinia prawna do propozycji zmian do rządowego projektu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (dr 3639) zaproponowanych na posiedzeniu podkomisji nadzwyczajnej*. Pobrane z: <http://orka.sejm.gov.pl/IEKSBAS.nsf/0/C12570A00047DA1EC12570DE00481597?OpenDocument>.
- Zielińska, E. (red.). (2008). *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Zieliński, A. (2010). Komentarz do art. 572 k.p.c. W: A. Zieliński (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck.
- Żyznowski, T. (2006). Komentarz do art. 572 k.p.c. W: K. Piasecki (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck.

Child abuse reporting obligations for medical practitioners

Health care professionals play an extremely important role in detecting child abuse and neglect, and their proactive attitude may contribute to preventing further incidents of violence against children. Victims of violence have the right to expect that doctors will not only provide them with medical care, but also support them and help them find a way out of a difficult situation. Doctors have direct contact with people in their daily work. If they are trusted by their patients and have adequate motivation and knowledge, they may play a key role in stopping violence. Constant training for health care professionals, as well as organizing prevention activities and awareness raising campaigns are essential for strengthening the child protection system.

KEYWORDS:

CHILD, CHILD ABUSE, VIOLENCE, NEGLECT, DOCTORS, HEALTH CARE PROFESSIONALS

Cytowanie:

Chmielewska, K. (2015). Obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci w praktyce lekarskiej. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 13(4).



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.