

Dochodzenie w przypadkach zabójstwa dziecka – procedura Serious Case Review w Wielkiej Brytanii

Artykuł przybliży brytyjską procedurę Serious Case Review, która obowiązuje od 1 kwietnia 2007 r. Na podstawie analizowanego przypadku odtworzono historię opieki i interwencji poszczególnych służb, mających kontakt z rodziną dziecka, a także dokonano próby zdiagnozowania przyczyn tragedii (śmierci dziecka) i — co jest głównym celem procedury Serious Case Review — sporządzono rekomendacje działań i ulepszenia procedur opieki nad rodziną.

W wyniku rozporządzenia brytyjskiego *Children's Act* z 2004 r., Lokalne Rady Ochrony Dzieci tzw. *Local Safeguarding Children Boards* (LSCB), od 1 kwietnia 2007 r. mają prawny obowiązek przeprowadzać dochodzenie w przypadkach śmierci dzieci tzw. *Serious Case Reviews*. Działania te są podejmowane zgodnie z wytycznymi wynikającymi z dokumentu *Working Together to Safeguard Children*, opublikowanego w 2006 r. i uaktualnionego w 2010 r. przez Brytyjski Departament ds. Edukacji, w celu:

- ustalenia, jakie wnioski można wyciągnąć z analizy przypadku. Wnioski te następnie posłużą lokalnym profesjonalistom i organizacjom we współpracy ukierunkowanej na ochronę i wspieranie dzieci;
- zdefiniowania tych wniosków, wraz ze sposobem ich wdrożenia i określeniem przewidywanych zmian, jakie przyniosą w przyszłości;
- usprawnienia współpracy interdyscyplinarnej i podniesienia standardów ochrony dzieci.

Dochodzenie jest przeprowadzane w każdym przypadku śmiertelnym, który budzi podejrzenie wystąpienia sytuacji krzywdzenia lub zaniedbania dziecka. Wyniki są następnie przedkładane lokalnym władzom. Co dwa lata, Departament ds. Edukacji bada wszystkie dochodzenia przeprowadzone na terenie całego kraju w celu określenia głównych trendów zjawiska i wyciągnięcia wniosków, z których korzystać będą zarówno teoretycy, jak i praktycy. Analiza dochodzeń w sprawie przypadków śmiertelnych pomaga zdiagnozować sytuację dzieci, ich rodzin, jak również działania profesjonalistów zajmujących się ochroną dzieci przed krzywdzeniem.

Dochodzenia nie mają na celu ustalenia, w jaki sposób zmarło dziecko lub kto jest winny jego śmierci, ponieważ kwestie te należą do zadań sędziów śledczych i sądów karnych. Raporty są opracowywane na podstawie wrażliwych i osobistych danych, przy założeniu całkowitej poufności, lecz tak, aby zawarte w nich informacje pozwoliły na

konstruktywną analizę przypadku. Poniżej przedstawiamy streszczenie jednego z ra-

portów *Serious Case Review*, udostępnionego przez *Birmingham Safeguarding Children Board*.

Opis przypadku

Dziecko, którego dotyczy ten raport, zmarło w marcu 2008 r. Wieczorem, ojciec położył je spać, po czym odnalazłszy nieprzytomne, zadzwonił po karetkę. Resuscytacja nie powiodła się, a mimo przeprowadzonego dochodzenia, badań i opinii ekspertów medycznych nie ustalono jednoznacznej przyczyny śmierci.

Następnie, w wyniku przeprowadzonego dochodzenia policji, rodzice zostali oskarżeni o krzywdzenie dziecka, skazani na karę więzienia i pozbawieni prawa wykonywania pracy wiążącej się z opieką nad dziećmi.

Jedno z dzieci mężczyzny, z poprzedniego związku, zmarło w podobnych okolicznościach w 2005 r. Wówczas przyczyna śmierci została określona jako naturalna. Z sytuacją tą wiązały się jednak kwestie zaniedbania, które nie zostały do końca zbadane, mimo że starsze z dzieci znajdowało się już w rejestrze opieki społecznej z zaznaczeniem problemu zaniedbania.

W związku z nadużywaniem alkoholu i odnotowanymi przypadkami przemocy domowej, relacje między rodzicami dziecka były niestabilne. Rodzice palili i zażywali narkotyki. W dniu śmierci dziecka, ojciec palił cracka (kokainę), a kiedy dziecko zaczęło kaszleć od dymu, zamknął je w zagraconym i brudnym pokoju.

Rodzina mieszkała w bloku, w zaniedbanym, brudnym i nie w pełni umeblowanym mieszkaniu. Dziecko sypiało w starym koszu-kołysce na poduszce dla dorosłych i bez odpowiedniego materaca. Sąsiedzi zgłaszali, że rodzina słucha głośnej muzyki i telewizji.

Swoim sposobem zachowania ojciec powtarzał schemat z poprzedniego związku, podczas którego policja przyjęła 17 zgłoszeń o interwencję związaną z przemocą domową. Przypadki te wiązały się z nadużyciem alkoholu, narkotyków i sytuacjami zaniedbań dziecka, któremu nie zapewniono odpowiednich warunków bytowych. Ponadto rodzice nie stawiali się na umówionych wizytach u położnej czy pielęgniarek środowiskowych.

W opisywanym przypadku odnotowano 3 interwencje w sprawie przemocy domowej, pierwszą w obecności zaledwie trzytygodniowego dziecka. Ojciec został aresztowany, ale nie było wystarczających dowodów do oskarżenia. Matka zaprzeczyła sytuacji przemocy, twierdząc, że obrażenia widoczne na jej ciele były przypadkowe. Policja oceniła ryzyko przemocy wobec matki i dziecka jako wysokie, a sprawa powinna być zostać przekazana do stosownej instytucji, odpowiedzialnej za interdyscyplinarną współpracę, mającą na celu ocenę ryzyka i zapobieżenie sytuacjom przemocy domowej (*Multi Agency Risk Assessment Conference*).

Informacja o zdarzeniach została przekazana opiece społecznej i służbie zapewniającej opiekę pielęgniarek rejonowych, które odwiedzają rodziny w domach w celu przeprowadzenia wstępnej oceny sytuacji tzw. *Initial Assessment*. Przypadek nie został oceniony jako wymagający dalszego dochodzenia w sprawie ochrony dziecka, w związku z czym został skatalogowany jako: „dziecko w potrzebie”. Uwagi przekazano do centrum

* Birmingham Safeguarding Children Board, Birmingham Serious Case Review, przypadek nr 12 z 19 czerwca 2009 roku, www.lscbbirmingham.org.uk/training-and-development/serious-case-reviews.html.

dziecka jednej z organizacji charytatywnych w sprawie przekazania odpowiedniego łóżeczka i do organizacji, która miała zapewnić wsparcie finansowe, przy czym matka została poinformowana o możliwościach uzyskania pomocy w przypadku zaistnienia przemocy domowej. Po dwóch miesiącach sprawę zamknięto, a ryzyko skrzywdzenia dziecka zostało nieodpowiednio ocenione.

Do ukończenia trzech miesięcy dziecko było zdrowe i odpowiednio przybierało na wadze. Jednak rodzice wraz dzieckiem nie stawili się na następną kontrolę, a miesiąc później jego waga uległa pogorszeniu. Matka otrzymała właściwe porady dotyczące opieki nad dzieckiem, a stan zdrowia dziecka był monitorowany przez pielęgniarkę środowiskową, przy założeniu raportowania sytuacji u lekarza rodzinnego.

Dwa dni przed śmiercią dziecka jeden z sąsiadów zadzwonił do centrum dziecka, bowiem kiedy zostało mu ono powierzono

ne pod chwilową opiekę, zaobserwował, że było zaniedbane, a zachowanie ojca wzbudzało niepokój o bezpieczeństwo dziecka pozostawianego wyłącznie pod jego opieką. Przekazał tę informację pielęgniarce środowiskowej, lecz ta nie przekazała jej dalej, czyli opiece społecznej. Dodatkowo pielęgniarce nie udało się dodzwonić do matki, aby umówić się na wizytę dziecka w domu.

Wiadomo również, że rodzice zwykli „bawić się” w pewną grę, podczas której ojciec chował dziecko w szafie lub innych schowkach przed powrotem matki do domu, która następnie miała za zadanie je odnaleźć.

W dniu śmierci dziecka ojciec dwukrotnie zostawił je samo w mieszkaniu, na 30 i na 10 minut. Wbrew zaleceniom pielęgniarki środowiskowej, rodzice nadal kładli dziecko spać na brzuchu w koszu–kołysce. W ciągu dnia ojciec karmił je tylko raz, o godz. 9 rano, gdy matka była w pracy. W chwili śmierci dziecko ważyło 5,7 kg.

Wnioski

Wiele instytucji miało kontakt z dzieckiem przed jego śmiercią: pracownicy socjalni, policja, pielęgniarki środowiskowe, położne i pracownicy centrum dziecka, odwiedzali rodzinę dziecka w mieszkaniu. Również pracownicy medycyny rodzinnej mieli kontakt z rodziną.

Relacje rodziców były niestabilne, nacechowane przemocą domową, problemami z alkoholem i narkotykami. Ponadto matka nie stawiała się z dzieckiem na kontrolę, a rodzina mieszkała w prowizorycznych i niehigienicznych warunkach. Wszystkie powyższe czynniki były charakterystyczne już dla poprzedniego związku mężczyzny, lecz nie udało się ich odpowiednio rozpoznać, zinterpretować, zewaluować i w konsekwencji — podjąć odpowiednich kroków w zaobserwowanej sytuacji. Służby koncentrowały się głównie na wzmacnianiu umiejętności rodzicielskich matki.

Zabrakło holistycznego podejścia i analizy wydarzeń. Odpowiedź instytucji na zaistniałą przemoc domową była nieadekwatna i nie pociągnęła za sobą stosownych działań dotyczących ochrony dziecka, skutecznego przepływu informacji pomiędzy instytucjami i oceny rzeczywistego ryzyka. Nie podjęto odpowiednich kroków w związku z sytuacją nadużywania przez rodziców alkoholu i narkotyków, a interwencje były nieskuteczne, opóźnione lub niewystarczająco dokładne.

Po śmierci dziecka z poprzedniego małżeństwa wzięto pod uwagę możliwość wystąpienia ryzyka w stosunku do innych dzieci, jednak historia rodzicielstwa i związane z nią niebezpieczeństwo nie zostało rozważone w wystarczającym stopniu. Nie zidentyfikowano czynników ryzyka, a służby nie wykazały się zadowalającą docieklivością.

Dobra praktyka

Reakcja środowiskowej służby opieki pielęgniarstwiej na niestawienie się matki na umówione wizyty z dzieckiem była prawidłowa, służba zaniepokoiła się również historią z poprzedniego małżeństwa i kontaktowała się z innymi instytucjami, informując o odnotowanych przypadkach przemocy domowej. Należy podkreślić, że pielęgniarki starały się nawiązać współpracę z pracownikami opieki społecznej.

System współpracy, w ramach którego policja informuje opiekę społeczną i pielęgniarki środowiskowe o interwencjach w przypadkach przemocy domowej, w której uczestniczą dzieci, pozwala na dobrą wy-

mianę informacji. Policjanci przekazali opiece społecznej informacje o interwencjach przeprowadzonych podczas poprzedniego związku mężczyzny, co potwierdza próbę analizy jego zachowania w celu ułatwienia kolejnych interwencji.

W tym przypadku system interdyscyplinarnej współpracy nie oszacował odpowiednio ryzyka ani nie ukierunkował interwencji na odpowiednie osoby, choć *Multi Agency Risk Assessment Conference System* dostarcza modelowych przykładów dobrych praktyk, które wspomagają system skutecznej współpracy na rzecz ochrony dzieci.

Podsumowanie

Historia rodziny, powtarzające się schematy zachowania i stylu życia ojca, powinny być zaalarmować instytucje o istniejącym zagrożeniu dziecka. Nie wykorzystano możliwości wymiany, analizy i ewaluacji posiadanych informacji, co pozwoliłoby na stosowne oszacowanie wysokiego poziomu ryzyka. Podsumowując,

zabrakło odpowiedniego przepływu informacji pomiędzy instytucjami, które mogłyby zainterweniować w sprawie ochrony obydwojga dzieci. Przy czym, ponieważ przyczyna śmierci dziecka pozostaje niesprecyzowana, nie można jednoznacznie stwierdzić, że istniała realna możliwość jej zapobieżenia.

Rekomendacje

1. Instytucje muszą instruować swoich pracowników, aby w ocenie ryzyka wobec dzieci, brali pod uwagę wcześniejsze dane dotyczące danego przypadku.
2. Rada *Birmingham Safeguarding Children Board* powinna wydać wskazówki dotyczące rejestrowania chronologii wydarzeń, w celu lepszego zrozumienia i analizy przypadków, które wpływają na bezpieczeństwo dzieci.
3. Jeżeli dzieci przebywają pod opieką nietrzeźwych rodziców, policja z regionu West Midlands powinna zapewnić na-
4. Policja z regionu West Midlands powinna upewnić się, że w ramach szkoleń i wytycznych dla oficerów operacyjnych, jest mowa o możliwości wykorzystania sił policyjnych w sytuacjach wymagających ochrony dzieci.
5. W ramach szkoleń i wytycznych dla oficerów operacyjnych policja z regionu West Midlands powinna podkreślać możliwość stosowania oskarżenia o wykrocze-

- nie związane ze stanem nietrzeźwości osoby opiekującej się dzieckiem (w miejscu publicznym).
6. Rada *Birmingham Safeguarding Children Board* powinna przeprowadzić szkolenia, zwiększające świadomość pracowników chroniących dzieci przed krzywdzeniem, na temat skutecznego użycia ochrony policyjnej, w tym *Emergency Protection Orders* i upewnić się, że inne instytucje podejmują ten temat w swoich szkoleniach.
 7. Instytucje wchodzące w skład *Safer Birmingham Partnership* powinny przedstawić konkluzje z badań przeprowadzonych przez *Multi Agency Risk Assessment Conference*, które pozwoliłyby radzie *Birmingham Safeguarding Children Board* przeprowadzić ewaluację skuteczności nowych rozporządzeń dotyczących ochrony dzieci mieszkających w środowiskach zagrożonych ryzykiem występowania przemocy.
 8. W ramach planu ochrony dzieci przed krzywdzeniem pracownicy socjalni powinni zadbać o szybki przepływ informacji o przypadkach nadużycia alkoholu lub narkotyków przez osoby odpowiedzialne za opiekę nad dzieckiem.
 9. Dyrekcja funduszu *Primary Care Trust* w Birmingham (*Primary Care Trust* są częścią państwowej służby zdrowia, kontrolującą większość budżetu podstawowej opieki zdrowotnej) powinna przejrzeć umowy z wykonawcami, tak aby służby medyczne aktywizowały osoby niechętnie korzystające z opieki medycznej, w szczególności w przypadkach nadużycia alkoholu, w ramach realizowanego planu ochrony dzieci.
 10. Opieka społeczna poinstruuje wszystkich pracowników, że ocena ryzyka krzywdzenia lub zaniedbania dziecka nie wiąże się wyłącznie z jedną osobą formalnie określoną jako ta, która „stanowi ryzyko dla dziecka”.
 11. Przekazując informacje do opieki społecznej, współpracujące instytucje powinny stosować się do ustalonych zasad i procedur dotyczących sytuacji zaistnienia obaw o bezpieczeństwo dziecka.
 12. Fundusz *Primary Care Trust* powinien zapewnić, że szkolenia dla lekarzy medycyny rodzinnej uwzględniają naukę umiejętności rozpoznawania i przekazywania informacji w przypadkach zaobserwowanych u dziecka niewyjaśnionych obrażeń.
 13. Przed zamknięciem dochodzenia opieka społeczna musi stosować się do wytycznych, dotyczących konieczności wzięcia pod uwagę oceny i informacje z innych instytucji współpracujących z daną rodziną, tak aby pracownicy opieki społecznej nie podejmowali ostatecznych decyzji w odosobnieniu, na podstawie nieaktualnych i niepoprawnych danych.
 14. Wszystkie instytucje są zobowiązane wdrażać wewnętrzne rekomendacje wynikające z indywidualnej analizy działań przeprowadzonych w niniejszym przypadku.

Uczestnicy panelu

Niezależny przewodniczący panelu — Gill Baker

Członkowie panelu:

- Asystent Dyrektora *Safeguarding Children, Birmingham Children, Young People & Families*, opieka społeczna,
- Główny Inspektor West Midlands Police,
- *Specialist Named Nurse, Safeguarding Children Central Safeguarding C&YP Unit*,
- Asystent Dyrektora *Service & Specialist Named Nurse, Safeguarding Children, Central Safeguarding C&YP Unit*,
- Asystent Dyrektora *Services for Children & Young People, National Society for the Prevention of Cruelty to Children*.

Wdrażanie wniosków

Rekomendacje z raportu zostały zatwierdzone przez Przewodniczącą Rady *Birmingham Safeguarding Children Board*, Toniego Howella, dnia 19 czerwca 2009 r. Członkowie rady przyjęli wnioski i potwierdzili, że wszystkie rekomendacje zostaną wdrożone zgodnie z ustalonym harmonogramem. Rada *Birmingham Safeguarding Children Board* wraz z Biurem Rządowym właściwym dla regionu West Midlands, będą wspólnie mo-

nitorować działania współpracujących instytucji, tak aby zostały wyciągnięte konstruktywne wnioski z tego tragicznego przypadku.

Przedruk za zgodą Birmingham Safeguarding Children Board, z: <http://www.lscbbirmingham.org.uk/downloads/Case+12.pdf>

Tłumaczenie: Gabriela Kühn

The article describes the British procedure of Serious Case Review, introduced on 1st April 2007. Using an example of the analyzed case, the history of care is being recreated, along with an account of interventions undertaken by specific agencies coming in contact with the family of the child. It is also attempted to identify specific causes of tragedy (child death) and – as the main objective of SCR – to develop recommendations for improving existing procedures of providing care to the family.

O AUTORZE

GILL BAKER jest specjalistą ds. Rozwoju Zawodowego przy Radzie Hrabstwa Norfolk.