

Znaczenie mechanizmu *Serious Case Reviews* dla systemowej ochrony dzieci przed krzywdzeniem. Jak jego wprowadzenie może wspomóc budowanie w Polsce szerokiego systemu ochrony dzieci?

Joanna Gorczowska

Pracownia Psychoterapii Blżej

Analizy poważnych przypadków (Serious Case Reviews – SCR) lub praktyka ochrony dzieci – jak brzmi aktualna nazwa – jest dobrze ugruntowaną i integralną częścią systemu ochrony dzieci w Wielkiej Brytanii. Główną zasadą tego mechanizmu jest poprawa ochrony dzieci oraz ich dobra poprzez wspieranie kultury uczenia się wśród praktyków i instytucji o tym, co wymaga zmian i jak to osiągnąć. Mechanizm SCR rozwijał się przez lata, zmieniając swoją strukturę i charakter. Największym osiągnięciem SCR było rozpoczęcie debaty na temat dobra i bezpieczeństwa dzieci oraz próba określenia progu zagrożenia dla ich bezpieczeństwa, który wymaga ingerencji państwa. Rekomendacje z najważniejszych analiz zaowocowały poważnymi reformami systemu opieki nad dziećmi, które sprawiły, że system brytyjski stał się bardziej skoncentrowany na dzieciach. Polska rozpoczęła prace nad podobną koncepcją w związku z rosnącą liczbą dzieci, które zmarły lub doznały uszczerbku na zdrowiu w wyniku przemocy stosowanej przez rodziców lub opiekunów mimo wsparcia i nadzoru służb społecznych. Aby lepiej chronić dzieci, polski system wsparcia rodziny musi się zmienić i stać się systemem skupionym wokół potrzeb dziecka. Dostosowany do polskich realiów mechanizm SCR ma szansę rozpocząć spóźnioną debatę na temat dobra i ochrony dzieci, ich potrzeb i tego, co państwo musi zrobić, żeby zapewnić im bezpieczeństwo. Ma też potencjał do stworzenia modelu dobrze wykwalifikowanych i wspieranych praktyków, którzy zapewnią, że głos dzieci – zwłaszcza tych, które cierpią w milczeniu – będzie nie tylko słyszany, ale także włączony w proces podejmowania decyzji na poziomie systemowym.

SŁOWA KLUCZOWE:

ANALIZA POWAŻNYCH PRZYPADKÓW, SYSTEMOWA OCHRONA DZIECKA W POLSCE,
SYSTEM SKONCENTROWANY NA POTRZEBACH DZIECI

W artykule postaram się opisać, czym jest mechanizm *Serious Case Reviews* (SCR, analiza poważnego przypadku), jak funkcjonuje w systemie brytyjskim oraz jakie na przestrzeni lat miał znaczenie w budowaniu i rozwijaniu systemu ochrony dziecka w Wielkiej Brytanii. Model brytyjski jest jednym z systemów, którego struktura oraz założenia są skoncentrowane na szeroko pojętej ochronie dobra i bezpieczeństwa dziecka (*safeguarding*). Ponadto jest on stale weryfikowany i ulepszany właśnie dzięki wnioskom SCR, które są w niego integrowane. Warto wspomnieć, że to dzięki wynikom tych analiz przeprowadzono najważniejsze zmiany legislacyjne i reformy, takie jak ustawy *Children Act 1989* i *Children Act 2004* oraz reforma *Every Child Matter*. Te rozwiązania prawne wzmocniły współpracę między instytucjami i rozszerzyły zasięg systemu ochrony dziecka na wszystkie obszary życia publicznego, w których uczestniczą dzieci. Ponadto skupiono się na podnoszeniu poziomu kształcenia profesjonalistów, m.in. w praktyce systemowej w pracy z rodziną i rozumienia kompleksowości zjawiska, jakim jest praca z rodziną, w której dochodzi do przemocy. Siłą systemu brytyjskiego, mimo wielu niedoskonałości, jest stałe wspieranie samoregulacji i wzmacniania narzędzi samouczenia się systemu poprzez zarówno SCR, jak i wiele innych analiz, w tym raport Eileen Munro pt. *Review of Child Protection* i analiza postępowań opiekuńczych Isabelle Trawler pt. *Case for Clear Blue Water*. Polska pracuje obecnie nad rozwiązaniem podobnym do SCR, które umożliwi analizę stanu krajowego systemu wspierania rodziny. Na podstawie jej wyników będzie można budować strukturę prawną i model działania, które ochronę praw oraz dobra dzieci w Polsce będą realizować w praktyce, a nie deklaratorywnie. Dzieci w Polsce nie są skutecznie chronione przed przemocą, a kolejne makabryczne i nagłaśniane przypadki śmierci dzieci w wyniku długotrwałej przemocy stosowanej przez rodziców czy opiekunów są tragicznym obrazem systemu oraz wyrazem jego słabości. Stąd tak istotna jest praca nad budowaniem modelu analizy systemowej, która z metapoziomu spojrzy na to, co nie działa, oraz wskaże, jakie rozwiązania są konieczne, aby podnieść jakość wsparcia rodziny w kryzysie, gdy tylko pojawią się w niej trudności, oraz ochrony dziecka, które doświadczyło lub może doświadczyć krzywdzenia, a także jakie narzędzia należy wdrożyć do systemu.

ROZWÓJ MECHANIZMU *SERIOUS CASE REVIEWS* W SYSTEMIE BRYTYJSKIM W PERSPEKTYWIE HISTORYCZNEJ ORAZ JEGO WPŁYW NA KSZTAŁTOWANIE PRAWODAWSTWA I ZARYSU MODELU OCHRONY DZIECKA

Mechanizm SCR jest narzędziem weryfikacji oraz poprawy funkcjonowania brytyjskiego systemu i praktyki ochrony dziecka (*safeguarding practice*), który od 2004 r. jest usankcjonowany ustawą *Children Act 2004* i stanowi integralną częścią tamtejszego systemu. W wyniku publikacji wytycznych *Working Together to Safeguard Children 2018* mechanizm ten zmienił nazwę oraz strukturę na *Child Safeguarding Practice Review*, aby wzmocnić znaczenie poprawy praktyki ochrony dziecka, a nie skupiać się na wyjaśnianiu, kto zawinił. W tym artykule będę posługiwała się tłumaczeniem pojęcia *Serious Case Review* jako analiza poważnego przypadku, ponieważ takie funkcjonuje w obecnych pracach legislacyjnych w Polsce. Założeniem SCR jest weryfikacja i poprawianie funkcjonowania systemu ochrony dziecka oraz – co bardzo istotne – wyciągnięcie wniosków oraz sformułowanie wskazówek dla wszystkich instytucji i profesjonalistów pracujących z dziećmi dotyczących tego, co wymaga zmiany oraz poprawy w funkcjonowaniu systemu ochrony dziecka, szczególnie w aspekcie współpracy między instytucjami, aby zminimalizować ryzyko doświadczania krzywdy przez dzieci, ale także promować ich dobro. Aspekt uczenia się systemu oraz poprawy jego funkcjonowania i samoregulacji jest mocno podkreślany w prawodawstwie brytyjskim:

Uczenie się jest istotne lokalnie, ale ma szersze znaczenie dla wszystkich praktyków pracujących z dziećmi i rodzinami oraz dla rządu i decydentów. Zrozumienie, czy istnieją problemy systemowe oraz czy i w jaki sposób należy zmienić politykę i praktykę, ma kluczowe znaczenie dla dynamicznego i samodoskonalącego się systemu.

Kryteria do przeprowadzenia SCR były rozwijane i zmieniane w toku debaty na temat ochrony dziecka. Obecnie są one następujące:

- przemoc i zaniedbanie są znane lub podejrzewane,
- dziecko zmarło lub doznało poważnego uszczerbku na zdrowiu.

Poważna krzywda [*serious harm*] zawiera się (ale się do niego nie ogranicza) w poważnym lub długotrwałym uszkodzeniu stanu psychicznego lub rozwoju intelektualnego, emocjonalnego, społecznego czy behawioralnego dziecka. Ta kategoria powinna również obejmować uszkodzenie stanu fizycznego. Ta lista nie jest wyczerpująca. Przy podejmowaniu decyzji należy kierować się osądem w przypadkach, w których

uszkodzenie może być długoterminowe, nawet jeśli nie jest to od razu pewne. Nawet jeśli dziecko wyzdrowieje, po jednorazowym zdarzeniu, nadal może wystąpić poważna krzywda. (Working Together to Safeguard Children 2018)

Aby zrozumieć rozwój mechanizmu SCR, warto spojrzeć, jak w perspektywie historycznej w systemie angielskim ewoluowała refleksja systemowa oraz idące za nią reformy systemu wsparcia i ochrony najbardziej bezbronnych (chorych i dzieci). Pewne refleksje pojawiły się już w czasach wiktoriańskich, począwszy od skandalu Haydock Lodge (1846–1852) i przypadków śmierci chorych z powodu zaniedbań personelu w szpitalu św. Bartłomieja w 1864 r. Te przypadki doprowadziły do dochodzenia parlamentarnego i zmian w prawodawstwie dotyczącym opieki medycznej.

Czas po II wojnie światowej przyniósł w Wielkiej Brytanii ustawę *Children Act 1948*. Na jej uchwalenie wpłynęły śmierć Denisa O’Neilla, który przebywał w pieczy zastępczej i zmarł w wyniku przemocy stosowanej przez jego opiekunów, oraz późniejsze dochodzenie Moncktona (*Monckton Inquiry 1945*) i raport Komitetu Curtis i Clyde (*Curtis and Clyde Committee*). Zmieniły one także klimat polityczny wokół znaczenia modelu dochodzenia/dociekania (*inquiry*) dla poprawy funkcjonowania systemu oraz późniejszej struktury mechanizmu SCR.

Jones (2015) podaje, że dochodzenie Moncktona trwało około siedmiu tygodni, a raport został opublikowany sześć miesięcy od śmierci Denisa O’Neilla, co kontrastuje z tym, ile podobne procesy trwają obecnie. Jak czytamy w archiwach brytyjskiego rządu *The Cabinet Papers, Protection of Children*, wnioski z raportu były niezwykle krytyczne wobec sposobu działania ówczesnych władz publicznych w zakresie opieki nad dzieckiem, pokazując wiele słabości zarządzania, administracji i nadzoru. Ustawa *Children Act 1948* przekazała funkcje rządowe z różnych ministerstw pod auspicje *Home Office* oraz narzuciła stworzenie specjalnych departamentów w strukturach władz lokalnych do pracy z dziećmi w zagrożeniu. Dodatkowo powołała lokalne instytucje – Komitety Dzieci – z wykwalifikowanym urzędnikiem ds. dzieci, który był odpowiedzialny za ich sytuację na jego terenie. Nowością w tej ustawie było rozszerzenie obowiązku władz lokalnych o dbanie o rozwojowe – obok podstawowych – potrzeby dzieci.

Lata 70. przynoszą mocno nagłaśniane przypadki śmierci dzieci w wyniku przemocy i wzmacniają rolę publicznych dochodzeń, katalizując tym samym rozwój zmian systemu w obszarze ochrony dziecka. Jedną z najgłośniejszych spraw, która przyciągnęła uwagę społeczeństwa i mediów, była śmierć ośmioletniej Marii Colwell, która w 1974 r. zmarła na skutek długotrwałej przemocy stosowanej przez jej ojczyca, mimo że rodzina była pod opieką służb społecznych. Analiza przypadku jej śmierci

wykazała poważny brak współpracy instytucji pracujących z rodziną dziewczynki, słabe przygotowanie pracowników pracujących z dziećmi, brak właściwej superwizji oraz poświęcanie większej uwagi potrzebom rodziców kosztem potrzeb dziecka. Zmiany systemowe po raporcie dotyczącym śmierci dziewczynki obejmowały opracowanie wytycznych *Working Together 1979* oraz powołanie Lokalnych Komitetów Ochrony Dziecka, których głównymi zadaniami były koordynacja działań instytucji odpowiedzialnych za ochronę dzieci na ich terenie oraz szkolenia praktyków z zakresu procedur i pracy w obszarze ochrony dziecka.

Następnym głośnym przypadkiem mającym duży wpływ na zmiany systemowe była sprawa Cleveland. W 1986 r. dwóch pediatrów w szpitalu w Cleveland w Wielkiej Brytanii tylko na podstawie badania medycznego zdiagnozowało u dzieci przypadki nadużyć seksualnych, czego rezultatem było ich zabezpieczenie poza rodziną. Część z tych dzieci została umieszczona w rodzinach zastępczych, a część – na oddziałach szpitalnych z powodu braku miejsc w pieczy zastępczej. W późniejszym raporcie sędzi Elizabeth Butler-Sloss dowiedziono, że sposób ustalenia, czy doszło do nadużycia seksualnego, był niewłaściwy. Dodatkowo zwrócono uwagę na niewystarczającą komunikację między instytucjami pracującymi z rodzinami oraz niezrozumienie ich roli i własnych kompetencji. W efekcie większość dzieci wróciła do swoich rodzin. Jones (2015) podkreśla, że do dzisiaj ten raport budzi wiele kontrowersji oraz pytań, jak chronić dzieci, których doświadczeniem jest nadużycie seksualne, a które nie wyjawiają tego, co je spotkało.

Bacon i Richardson (2018) twierdzą, że:

Po Cleveland to, co było proaktywnym podejściem do ochrony dzieci, które były wykorzystywane seksualnie, stało się reaktywne, skupiając się tylko na tych dzieciach, które mogą ujawnić wykorzystywanie, a nie na większości, która jest uwięziona w milczeniu, zwłaszcza na bardzo młodych, których wykorzystywanie może być ujawniane, ale tylko za pośrednictwem osoby dorosłej, która występuje w ich imieniu.

Ustawa *Children Act 1989* nie była bezpośrednim następstwem wydarzeń z Cleveland, choć ten skandal na pewno przyspieszył jej uchwalenie. Była ona efektem już toczących się dyskusji, dochodzeń, badań i rozmów dotyczących konieczności radykalnej zmiany systemowej w obszarze współpracy międzyinstytucjonalnej, praw dziecka, roli państwa w ochronie dziecka oraz pozycji rodziny. Ustawa faktycznie stała się pierwszym, skoncentrowanym na potrzebach dziecka pełnym aktem prawnym, regulującym główne aspekty ochrony dziecka i promowania jego dobra, współpracy międzyinstytucjonalnej oraz próby definicji momentu, po którym interwencja państwa w życie rodziny jest uzasadniona, tzn. progu znacznej

krzywdy (*threshold of significant harm*). Podkreślono w niej konieczność współpracy między władzami lokalnymi i rodzinami. Głównymi jej założeniami – jak czytamy w preambule – są: „dzieci są otoczone najlepszą opieką we własnych rodzinach i należy dążyć wszelkimi starań, aby to wspierać, o ile to możliwe; dobro dziecka jest najważniejsze; przy podejmowaniu decyzji o jego sytuacji należy brać jego życzenia i uczucia pod uwagę”. Dodatkowo zwrócono uwagę, że jakiegokolwiek opóźnienia w podejmowaniu decyzji o przyszłości dziecka mogą negatywnie wpływać na jego rozwój. Ustawa została określona przez Lorda Kanclerza jako: „najbardziej wszechstronna i dalekosiężna reformą praw dziecka, jaką dotychczas uchwalono w parlamencie”.

Jak czytamy w samej ustawie w rozdziale trzecim, definiuje ona po raz pierwszy odpowiedzialność rodzicielską, tym samym zastępując dotychczasowe prawa rodzicielskie, a dziecko jest traktowane jako osoba, a nie przedmiot zainteresowania. Po uchwaleniu ustawy opublikowano wytyczne *Working Together 1991*, gdzie w Części 8 (*Part 8*) w paragrafie 8.1 zapisano formalny obowiązek publicznych analiz (*Part 8 reviews*) w przypadku podejrzenia, że źródłem śmierci lub uszczerbku na zdrowiu mogła być przemoc:

Ilekcja dotyczy incydentu prowadzącego do śmierci dziecka, w przypadku którego potwierdzono lub podejrzewa się wykorzystywanie dziecka, lub gdy pojawia się kwestia ochrony dziecka, która może być przedmiotem poważnego zainteresowania publicznego, każda agencja powinna przeprowadzić indywidualną i zbiorczą kontrolę przez Lokalne Komitety Ochrony Dziecka.

W tym samym dokumencie czytamy, że celem analiz przypadków jest:

- ustalenie, czy z analizy sprawy można wyciągnąć wnioski na temat sposobu współpracy lokalnych praktyków i instytucji w celu ochrony dzieci;
- jasne określenie, jakie są te wnioski, i co ma się w rezultacie zmienić, aby usprawnić pracę między instytucjami i lepiej chronić dzieci.

Sanders (1999) podkreśla, że prowadzenie wspomnianych analiz wymaga przyjęcia siedmiu założeń: pilności, bezstronności, dokładności, otwartości, poufności, współpracy i decyzyjności. W 1999 r. zaktualizowano rozporządzenie i wzmocniono rolę tych analiz:

Kiedy dziecko umiera, a nadużycia lub zaniedbania są znane lub podejrzewane o to, że są czynnikiem śmierci, lokalne agencje powinny rozważyć, czy z tragedii można wyciągnąć jakieś lekcje dotyczące sposobu, w jaki współpracują, aby chronić dzieci.

Lokalne Komitety Ochrony Dziecka powinny zawsze rozważyć, czy należy przeprowadzić kontrolę, gdy dziecko doznało szczególnie zagrażającego życiu urazu lub poważnego i trwałego upośledzenia zdrowia i rozwoju lub było ofiarą szczególnie poważnego wykorzystywania seksualnego; sprawa budzi obawy związane z współpracą między instytucjami na rzecz ochrony dzieci.

Ponadto w wytycznych jednoznacznie stwierdzono, że przeglądy przypadków nie są dochodzeniem prowadzącym do ustalenia, w jaki sposób dziecko zmarło lub kto jest winny, gdyż to należy do sądów karnych.

Śmierć dziewięcioletniej Victorii Climbie w 2000 r. w wyniku długotrwałej przemocy i zaniedbania ze strony ciotki dziewczynki oraz jej partnera wstrząsnęła opinią publiczną. Lord Lamming został wyznaczony do przeprowadzenia szczegółowego dochodzenia, aby ustalić, jakie elementy systemu nie zadziałały i co wymaga zmian. Na podstawie wniosków z jego raportu uchwalono nowelizację ustawy z 1989 r. (*Children Act 2004*), opublikowano rozszerzone wytyczne *Working Together 2006* oraz przeprowadzono główną reformę *Every Child Matters: Change for Children* (2004). Wraz z wprowadzeniem tych legislacji *Part 8 case reviews* stały się *Serious Case Reviews*:

Kiedy dziecko umiera, a nadużycie lub zaniedbanie jest znane lub podejrzewane jako czynnik powodujący śmierć, organizacje lokalne powinny zastanowić się, czy można wyciągnąć jakiegokolwiek wnioski na temat ich sposobu współpracy po to, aby lepiej chronić i promować dobro dzieci. W konsekwencji, gdy dziecko umiera w takich okolicznościach, Lokalne Rady Ochrony Dziecka powinny zawsze przeprowadzić poważną analizę sprawy. Ponadto powinny zawsze rozważyć, czy należy przeprowadzić poważną analizę przypadku, gdy:

- Dziecko doznaje urazu potencjalnie zagrażającego życiu lub poważnego i trwałego upośledzenia zdrowia i rozwoju poprzez maltretowanie lub zaniedbanie.
- Dziecko zostało poddane szczególnie poważnemu wykorzystywaniu seksualnemu.
- Zamordowano jednego z rodziców i wszczęto postępowanie w sprawie zabójstwa.
- Dziecko zostało zabite przez rodzica cierpiącego na zaburzenia psychiczne.
- Sprawa budzi obawy dotyczące jakości współpracy między instytucjami w celu lepszego ochrony dzieci przed krzywdzeniem. (*Working Together 2006*)

Jak widać, wytyczne *Working Together 2006* rozszerzają kryteria przeprowadzania SCR. Podobnie jak w przypadku wersji z 1999 r., w nowelizacji podkreślono, że mechanizm SCR nie służy ustalaniu, kto zawinił, bo od tego są sądy lub procesy dyscyplinarne, które powinny być prowadzone oddzielnie.

Rok 2000 przyniósł tragiczną śmierć 17-miesięcznego dziecka o imieniu Piotr, znanego jako *Baby P*, w wyniku przemocy ze strony matki i ojczyma. Dziecko było pod opieką matki, mimo poważnych dysfunkcji w tej rodzinie i objęcia jej nadzorem służb społecznych gminy Haringey. Dochodzenie i opublikowany w 2009 r. raport lorda Laminga na temat zaniedbań systemowych, podkreśliły m.in. to, że w pracy z rodziną Piotra praktycy przyznawali większą wagę w ocenie ryzyka i sytuacji dziecka przekazom matki i obrazowi, jaki wyłaniał się z jej narracji, zamiast skupić się na sytuacji, zachowaniach i potrzebach dziecka. Podkreślono brak współpracy między służbami medycznymi a pracownikami socjalnymi. Zwrócono uwagę na brak regularnego uczestnictwa praktyków pracujących z rodziną w spotkaniach profesjonalistów, tzw. konferencjach ochrony dziecka. Dodatkowo wskazano na brak transparentności i woli ze strony lekarzy w dzieleniu się informacjami o stanie zdrowia dziecka i sytuacji rodziny. Po raporcie lorda Laminga na temat śmierci Piotra rząd brytyjski zlecił dogłębną analizę całościowego systemu ochrony dziecka prof. Eillen Munro, z London School of Economics, która w latach 2010–2012 opublikowała trzy raporty: *The Munro Review of Child Protection. Part One, Part Two i Part Three*, przedstawiając swoje wnioski na temat stanu systemu ochrony dziecka w Wielkiej Brytanii.

Munro zwróciła uwagę m.in. na to, że praktycy przytłoczeni liczbą procedur i pracą administracyjną nie mają czasu na budowanie relacji z rodziną, a co za tym idzie na profesjonalną kliniczną diagnozę jej funkcjonowania. Postulowała ona także rozwiązania oparte na wspieraniu kadry, aby miała przestrzeń do znalezienia czasu na pracę z rodziną, budowanie relacji z dziećmi oraz odejście od ocen rodziny i sytuacji dziecka ograniczonych przez sztywne ramy czasowe. Munro rekomendowała wprowadzanie szerokiego sposobu patrzenia na system ochrony dziecka oraz pracy z rodziną, po to, aby efekt uczenia się, wyciągania wniosków był przekazywany do całości systemu, a nie pozostawał w izolacji.

Jednym z efektów raportów lorda Laminga i prof. Munro było stworzenie w *Social Work Task Force* oraz *College of Social Work*, których zadaniem było rozwijanie kształcenia praktyków, prowadzenia badań nad kompetencjami potrzebnymi w pracy socjalnej, szczególnie w obszarze wsparcia rodziny i ochrony dziecka. Munro podkreślała, aby w rozwoju i poprawie mechanizmu SCR zawrzeć założenie „uczenia się systemowego”, jakie przyjmuje się w dochodzeniach dotyczących tragicznych wypadków w lotnictwie czy ochronie zdrowia. Zalecała ona, aby w SCR nie opierać się na uproszczonym zapisie faktów, ale na zrozumieniu podstawowych powodów, dla których profesjonaliści zachowywali się tak, a nie inaczej, jak postępowali i co uniemożliwiało im właściwą pomoc i ochronę dzieci. Krytykowała ówczesny system, mówiąc, że jest zbyt skupiony na tym, co się stało, a nie dlaczego do tego doszło.

Nowelizacja wytycznych *Working Together 2013* była pierwszą znaczącą zmianą w ewolucji poradnictwa na temat SCR, radykalnie skracającą czas trwania procesu analizy. W wytycznych *Working Together 2015* rozszerzono natomiast konieczność analizy śmierci małych dzieci, którzy przebywali w zakładach poprawczych lub nadzorowanych instytucjach dla nieletnich, w których zostali umieszczeni na mocy ustawy o zdrowiu psychicznym. Zalecono również przeprowadzenie analizy w przypadku śmierci małego dziecka w wyniku samobójstwa.

STRUKTURA MECHANIZMU *SERIOUS CASE REVIEWS*

Mechanizm SCR jest podzielony na dwa poziomy:

- Centralny – Niezależna Komisja Praktyki Ochrony Dziecka (*Independent Serious Safeguarding Practice Panel*) jest niezależna od jakichkolwiek agend rządowych i innych instytucji oraz dotowana z budżetu departamentu edukacji;
- Lokalny – komisje do analiz przypadków powoływane przez *Multi-Agency Safeguarding Arrangements* (MASA) funkcjonujące na poziomie gmin.

Komisja na poziomie centralnym musi być zawsze powiadamiana, kiedy poważny incydent i SCR mają miejsce na poziomie lokalnym. Dodatkowo pełni ona funkcję doradczą dla partnerstw lokalnych, po to, aby ustalić, czy kryteria do przeprowadzenia SCR są spełnione i zgodne z wytycznymi *Working Together*. Pomaga także ustalić, czy SCR powinna być przeprowadzona na poziomie centralnym, oraz pilnuje, aby analizy zostały przeprowadzone w wyznaczonym czasie. Ponadto zajmuje się tymi SCR, których charakter i późniejsze rekomendacje mogą mieć znaczenie dla zmiany prawa i kreowania polityki społecznej, by poprawić system ochrony dziecka. Analizy poważnego przypadku powinny być przeprowadzone zawsze, kiedy są spełnione ich kryteria. Jeśli jednak te kryteria nie są spełnione, to doradza się, aby w sprawach, które budzą niepokój, przeprowadzić wewnętrzny audyt dla potrzeb poprawy praktyki danej instytucji.

Dodatkowo co dwa lata jest przeprowadzana szczegółowa analiza wszystkich zakończonych SCR, aby ustalić tematy i trendy powtarzające się we wnioskach z raportów, tak aby mogły one wpływać zarówno na politykę społeczną jak i praktykę pracy z rodziną i promowania dobra dzieci. W wytycznych *Working Together 2018* czytamy, że władze lokalne, na terenie których dziecko zmarło lub doświadczyło poważnego uszczerbku na zdrowiu, nawet jeśli przebywa poza granicami kraju, mają pięć dni na powiadomienie instytucji nadzorującej ich działanie (OFSTED) oraz instytucji lokalnych partnerstw. Ta ostatnia ma obowiązek przeprowadzić szybką

analizę (*rapid review*) każdego przypadku, który spełnia kryteria poważnego incydentu ochrony dziecka, w ciągu 15 dni od uzyskania wiedzy o takim wydarzeniu. Celem takiej szybkiej analizy ma być zebranie dostępnych faktów na temat wydarzenia poprzez kontakt z adekwatnymi instytucjami, podjęcie decyzji, czy wymagane jest pilne działanie zabezpieczające dziecko/dzieci oraz podzielenie się z właściwymi instytucjami informacjami dotyczącymi tego, jakie aspekty systemu wymagają poprawy, aby chronić dzieci. Szybka analiza ma pomóc zdecydować o następnych krokach, włączając decyzję, czy należy przeprowadzić SCR. Jeśli decyzja o przeprowadzeniu SCR zostanie podjęta, to instytucja partnerstw lokalnych ma obowiązek powołać Komisję Analizy Poważnego Przypadku (*Serious Case Reviews Panel / Safeguarding Children Practice Panel*) skupiającą osoby z długoletnim doświadczeniem praktycznym z departamentów dzieci, edukacji, policji oraz zdrowia. Oczekuje się, że analiza SCR wraz z publikacją raportu zostanie przeprowadzona w ciągu sześciu miesięcy.

Jeśli chodzi o metodologię przeprowadzania takich analiz, to nie ma szczegółowych wytycznych. Warto jednak zwrócić uwagę, że model brytyjski, szczególnie po raporcie Munro (2010), odchodzi od analizy, która opiera się tylko na identyfikacji suchych faktów oraz wyciąganiu uproszczonych wniosków i szukaniu winnych. Obecny trend to tworzenie analiz według metodologii systemowej, która oprócz innych założeń kładzie nacisk na uczenie się systemu poprzez przekazywanie rekomendacji i koniecznych zmian do wszystkich jego części: od poziomu organizacyjnego do poziomu praktyki profesjonalistów w kontakcie z rodziną i dzieckiem. To wszystko po to, aby nastąpiła jego samoregulacja poprzez płynne przekazywanie informacji zwrotnej w całości systemu. Korzyścią metodologii systemowej jest to, że uznaje ona kompleksowość okoliczności, w jakich praktycy pracują, aby chronić dzieci, podejmuje próbę zrozumienia, kto jak zadziałał i dlaczego, jakie były motywacje tych działań, oraz korzysta z aktualnej wiedzy i badań w celu formułowania wniosków.

Patrząc na rozwój mechanizmu SCR, ważne jest, aby podkreślić jego znaczenie dla rozwoju brytyjskiego systemu ochrony dziecka na przestrzeni lat. Wystarczy wspomnieć mocno nagłaśniane przypadki Marii Colwell, Cleveland, Victorii Climbie czy Baby P, po analizach których zmieniono prawodawstwo brytyjskie, wprowadzając wiele rozwiązań, które wzmocniły współpracę międzyinstytucjonalną, poprawiły strukturę instytucji oraz podniosły jakość kształcenia i wspierania profesjonalistów, co zaowocowało poprawą działań wokół ochrony dzieci i promowania ich dobra. Jest jeszcze wiele do zrobienia, ponieważ tragiczne przypadki śmierci lub uszczerbku na zdrowiu wciąż mają miejsce. Warto podkreślić, że aspekt dociekania (*inquiry*), który jest częścią brytyjskiej kultury tworzenia polityki społecznej, pozwala na ustawiczną

weryfikację i poprawę praktyki osób oraz instytucji pracujących w tak złożonych okolicznościach jak obszar ochrony dziecka.

Dlatego wracając do polskich realiów i sytuacji dzieci doświadczających krzywdzenia, a pozbawionych systemowego wsparcia, niezależne spojrzenie z metapozio-
mu jest absolutnie niezbędne, by móc zacząć tworzyć mądre, spójne prawodawstwo, oparte na rzetelnych i aktualnych badaniach z obszaru ochrony dziecka. System polski w obecnej formie jest niespójny, przez co nie chroni dzieci. Chaos wynika z braku podziału na wsparcie rodziny, gdy nie mówimy o zagrożeniu bezpieczeństwa dziecka oraz procedurach ochrony dziecka, i pracę z rodziną w przypadku, kiedy bezpieczeństwo dziecka jest zagrożone i wymaga ono zabezpieczenia poprzez umieszczenie w pieczy zastępczej. Brak jasnej struktury podziału na wsparcie rodziny i interwencję kreuje niepewność w praktyce profesjonalistów pracujących bezpośrednio z rodzinami w zagrożeniu, a to z kolei sprawia, że ich działanie nie jest planową odpowiedzią na problemy w rodzinie, ale staje się w dużej mierze reaktywne i chaotyczne. Ten brak proceduralnego oddzielenia modelu wspierania rodziny od ochrony dziecka / interwencji jest jednym z głównych bolączek polskiego systemu. Ponadto poprzez brak próby określenia progu doświadczania krzywdy przez dziecko, który narzucałby obowiązek rozpoczęcia procedur jego ochrony, np. natychmiastowego zabezpieczenia poza rodziną, działania instytucji odpowiedzialnych za wspieranie rodziny i dziecka są bardzo często spóźnione, co skutkuje przedłużaniem traumatyzacji dzieci i poważnymi zaburzeniami ich rozwoju. Te dzieci trafiają do rodzin zastępczych, które nie zawsze mają szerokie wsparcie oraz wewnętrzne zasoby i umiejętności, aby udźwignąć wspieranie dzieci o tak kompleksowych potrzebach, co prowadzi do osłabiania rodzin zastępczych oraz wypalenia zawodowego u opiekunów.

Kwestia współpracy międzyinstytucjonalnej wymaga radykalnej zmiany na wielu poziomach – od budowania kultury komunikacji i odpowiedzialności zarówno indywidualnej, jak i instytucjonalnej za bezpieczeństwo dzieci do niezakłóconego i szybkiego przepływu informacji między instytucjami i praktykami. Centralizowanie usług wspierania rodziny i dzieci na jednym poziomie samorządowym, może wesprzeć obszar zacieśniania współpracy między instytucjami, ponieważ obecne rozczłonowanie odpowiedzialności na poziomach powiatu i gminy tworzy dodatkową barierę w płynnym przepływie informacji między instytucjami. Wprowadzenie regularnych możliwości przepływu informacji między praktykami, np. interdyscyplinarnych konsultacji czy spotkań przeglądowych, w czasie przebywania dziecka i rodziny pod opieką służb społecznych może posłużyć jako dodatkowy spinacz siatki systemu.

OD SYSTEMU DAJĄCEMU GŁOS DOROSŁYM (ADULT-CENTERED) DO SYSTEMU OPARTEGO NA POTRZEBACH DZIECKA (CHILD-CENTERED)

Polski system nie jest zaprojektowany, aby chronić dzieci, ale w założeniu jest mocno rodzino- lub dorostocentryczny, kładący raczej nacisk na spójność rodziny jako dobro nadrzędne w stosunku do zapewnienia dobra i bezpieczeństwa dzieci. W polskim Kodeksie opiekuńczym nadal mówimy o władzy rodzicielskiej, a nie o obowiązkach rodzicielskich czy odpowiedzialności rodzicielskiej. Nie ma jasnego podziału między modelem prewencji/wsparcia a interwencją. Interwencje, kiedy już następują, bywają spóźnione, a dzieci często przebywają w rodzinach, gdzie nadal doświadczają zaniedbania i przemocy. Model prewencyjny (wsparcia rodzin w potrzebie) nie ma natomiast jasnego zarysu, a często kończy się na wyznaczeniu asystenta rodziny – bez określenia progu, kiedy to jest potrzebne, a kiedy nie – którego zadaniem jest „praca z rodziną”. Nie definiuje się jednak tego, co taka praca i w jakim przypadku miałaby zawierać oraz jakie są jej oczekiwane efekty, a także co robić, jeśli nie uda się ich osiągnąć. Opiekunowie zastępczy nie mają w zapisach ustawowych obowiązku wspierania rozwoju, promowanie dobra oraz bezpieczeństwa dziecka, ale obowiązek współpracy z rodziną biologiczną w celu wspierania wysiłków reintegracyjnych. Taki zapis jest mylący dla samych opiekunów, którzy są zobowiązani do realizowania dwóch, często sprzecznych funkcji (ochrony dziecka, które doświadczyło krzywdzenia, oraz wspierania rodziców biologicznych, którzy dopuścili się krzywdzenia). Głos dziecka jest pomijany systemowo. Nie ma ono swojego przedstawiciela w systemie, począwszy od przedstawiciela w strukturze instytucji (np. pracownika socjalnego dziecka), którym w modelu brytyjskim jest *child social worker*, a kończąc na przedstawicielu prawnym w sądzie, którym w systemie brytyjskim jest *children's guardian*.

Tym, co nasila chaos, jest to, że praktycy w ocenie sytuacji rodziny i dziecka nie posługują się narzędziem diagnostycznym, ponieważ go nie mają. W ocenie sytuacji rodziny posługują się szablonami zakreślania odpowiedzi w ocenie sytuacji rodziny lub opierają się na badaniach psychologicznych dziecka i rodziny, które często są przeprowadzane w poradniach psychologicznych, częściowo w oparciu na testach, a bywa, że bez obecności obydwu rodziców i dziecka. Tak przeprowadzane oceny nie są w stanie dogłębnie zbadać dynamiki funkcjonowania rodziców, ich zdolności do zmiany (*capacity to change*) w świetle doświadczeń dziecka w tej rodzinie. Ponadto praktykom brakuje systemowego i klinicznego spojrzenia na funkcjonowanie rodziny, pomijają także istotny aspekt połączenia pogłębionej analizy sytuacji rodziny/rodziców i ich doświadczeń, ich poziomu wglądu w zjawisko przemocy wobec ich

dzieci z oceną ryzyka i analizą potrzeb dziecka. W ocenie sytuacji rodziny dzieci są w większości praktyki pomijane, a w opisywaniu doświadczenia dziecka w tej rodzinie, o ile to ma miejsce, polega się na tym, co mówi rodzic. Jeśli nawet pozwala się dzieciom na wyrażanie zdania i potrzeb, to nie jest to oparte na długoterminowej relacji pracownika z dzieckiem, ale rozmowie w celu diagnostycznym. Wyniki wszystkich dotychczasowych raportów z SCR mówią jasno, że aby skutecznie chronić dzieci przed krzywdzeniem, ich głos musi wybrzmiewać bardzo głośno.

Jakiegokolwiek zmiany czy poprawki regulacyjne wdrażane na przestrzeni lat w Polsce nie były następstwem pogłębionej analizy systemowej, ale działaniem *ad hoc*, na potrzeby małego obszaru, a nie całości systemu. Najważniejsze aspekty efektywnej ochrony dziecka, które wynikają z większości SCR w Wielkiej Brytanii – takie jak konieczność tworzenia skoncentrowanego na dzieciach systemu ochrony dziecka, słuchania głosu dziecka i brania go pod uwagę przy podejmowaniu decyzji, poprawa współpracy międzyinstytucjonalnej, zacieśnienie współpracy między profesjonalistami oraz ich kształcenie i wsparcie, a także jasne i przejrzyste procedury ochrony dziecka – w polskim systemie wymagają bardzo głębokiej zmiany, aby mogły odpowiedzieć na potrzeby rodzin wymagających wsparcia oraz chronić dzieci, których doświadczeniem jest przemoc. Ważne, aby te zmiany były oparte na badaniach z zakresu teorii więzi, neurologii oraz wpływu wczesnodziecięcych negatywnych doświadczeń na rozwój dzieci oraz trudności i wyzwań wynikających z pracy z rodziną, w której występuje przemoc.

Spojrzenie z metaperspektywy, jaką ma szansę stworzyć mechanizm SCR w Polsce, jest absolutnie konieczne, dlatego że zaniedbań jest wiele, a te z kolei blokują samoregulację i samo-naprawę systemu. Model brytyjski obejmuje wiele ciekawych rozwiązań, takich jak systemowa metodologia prowadzenia analiz, modelowanie uczenia się systemu oraz perspektywa skoncentrowana na potrzebach dziecka (*child centered approach / child focused approach*), i warto aby korzystać z już istniejących i przebadanych dobrych rozwiązań, szczególnie w początkowych fazach wdrażania tego zupełnie nowego sposobu weryfikacji systemowej w polskich realiach.

E-mail autorki: joanna.gorcowska@space2grow.pl.

BIBLIOGRAFIA

A guide to safeguarding children practice reviews. 2019. Virtual college. Blog article. Pobrane z: <https://www.virtual-college.co.uk/resources/a-guide-to-child-safeguarding-practice-reviews>.

- Bacon, H., Richardson, S. (2018). *Child sexual abuse: Whose problem?: Reflections from Cleveland: Revised edition.*
- Devon Children and Families Partnership. *Training and Resource for Professionals. Safeguarding Practice Reviews.* Pobrane z: <https://www.dcfp.org.uk/training-and-resources/child-safeguarding-practice-reviews/>.
- Jones, D. (2015). *Serious Case Reviews in Child Protection. Historical Reflections.* ADCS and Virtual College. Pobrane z: <https://www.kcl.ac.uk/scwru/swhn/2015/jones-2015-scr-historical-reflections.pdf>.
- London Child Protection Procedures. *Serious Case Reviews. 2.3 Methodology for learning and improvement.* Pobrane z: <https://www.londoncp.co.uk/scr.html>.
- Munro, E. (2010). *The Munro Review of Child Protection. A System Analysis. Part one.* Pobrane z: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/624949/TheMunroReview-Part_one.pdf.
- Sanders, R. (1999). *The Management of Child Protection. Context and Change* Abingdon-on-Thames: Routledge.
- The Cabinet Papers. *Protection of Children. Adoption and Fostering.* Pobrane z: <https://www.nationalarchives.gov.uk/cabinetpapers/themes/protection-children.htm>
- Working Together to Safeguard Children 2006. A guide to interagency working to safeguard and promote the welfare of children.* Londyn: HM Government.
- Working Together to Safeguard Children 2018. A guide to interagency working to safeguard and promote the welfare of children.* Londyn: HM Government.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. 2011 Nr 149 poz. 887).

THE IMPORTANCE OF SERIOUS CASE REVIEWS FOR THE SYSTEMIC PROTECTION OF CHILDREN AGAINST HARM. HOW AND IF THE INTRODUCTION OF SERIOUS CASE REVIEWS COULD ASSIST IN CREATING WIDE-SPREAD CHILD PROTECTION SYSTEM IN POLAND?

Serious case reviews or children safeguarding practice as it's been named recently is well established and integral part of child protection system in the United Kingdom. The main principle of this reviewing mechanism is to improve the protection of children and their welfare through fostering the culture of learning amongst practitioners and institutions on what requires change and how to achieve it. Serious case review has been developed over the years with many changes to its structure and nature. Its greatest achievement has been the start of the debate about children' welfare and attempt to define the threshold of intervention by the if their safety at risk. The

recommendations of the most prominent Serious Case Reviews resulted in major child welfare system reforms which made the British system to be more child centered. Poland has begun to work on the similar concept, in light of growing numbers of children looked after or in care of their parents, who either lost their life or were severely injured as a result of ongoing abuse despite being in care of social services. In order to protect children better, the Polish family support system must change to become more child focused. The mechanism of Serious Case Reviews, adapted to Polish reality has a chance to start a long overdue debate about children welfare and its protection, the needs of children and what state must do to ensure the needs and safety of most vulnerable children is assured. It has a potential to create a multi-agency model of well qualified and supported practitioners who would ensure that the voice of children, especially these who suffer in silence, will not only be heard but will also be included in the decision making process at the systemic level.

KEYWORDS

SERIOUS CASE REVIEWS, SYSTEMIC PROTECTION OF CHILDREN IN POLAND, CHILDREN CENTERED SYSTEM

Cytowanie:

Gorczowska, J. (2021). Znaczenie mechanizmu *Serious Case Reviews* dla systemowej ochrony dzieci przed krzywdzeniem. Jak jego wprowadzenie może wspomóc budowanie w Polsce szerokiego systemu ochrony dzieci? *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(3), 145–159.



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

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości