



Informacja o przeprowadzonej

ANALIZIE ZDARZENIA

Przedmiot analizy:

Zdarzenie, na skutek którego małoletni poniósł śmierć

Autorzy raportu:

Grupa ekspertów powołana przez Zespół do spraw analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu

Data publikacji:

18 lipca 2025 rok

Podstawa prawna udostępnienia

art. 22m ust. 6 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r., poz. 1802)



Spis treści

I. Podstawa prawna i zakres udostępnianej informacji	3
II. Zwięzły opis stanu faktycznego	3
III. Wnioski końcowe i zalecenia dla właściwych organów lub instytucji	3
IV. Rekomendacje, które dotyczą funkcjonowania systemu ochrony małoletnich	8
Rekomendacje systemowe	8
Rekomendacje sektorowe	8
A. Pomoc społeczna	8
B. Ochrona zdrowia	10
C. Sprawiedliwość, sprawy wewnętrzne, pomoc społeczna, równe traktowanie, ochrona zdrowia, oświata	11
V. Propozycje wydania lub zmiany aktów normatywnych	12
A. Ochrona zdrowia	12
B. Równe Traktowanie	16
C. Pomoc Społeczna	16
D. Sprawiedliwość	16

I. Podstawa prawna i zakres udostępnianej informacji

Zgodnie z art. 22m ust. 6 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1802):

„Na stronie internetowej urzędu obsługującego Ministra Sprawiedliwości umieszcza się informację o przeprowadzonej analizie określonego zdarzenia, która zawiera zwięzły opis stanu faktycznego analizowanego zdarzenia oraz wnioski końcowe i zalecenia dla właściwych organów lub instytucji, z wyłączeniem danych osobowych małoletniego lub innych osób mających związek ze zdarzeniem, o którym mowa w art. 22d ust. 1, umożliwiającą identyfikację tych osób, miejsce zdarzenia lub siedzibę właściwych organów lub instytucji”.

II. Zwięzły opis stanu faktycznego

Kobieta z diagnozą psychiatryczną, nieprzyjmująca leków, zarówno w czasie ciąży jak i po porodzie, w krótkim odstępie czasu po opuszczeniu szpitala z noworodkiem podjęła czynności w wyniku których dziecko zmarło.

III. Wnioski końcowe i zalecenia dla właściwych organów lub instytucji

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w (...)

Eksperci rekomendują:

1. Pogłębioną pracę socjalną rodziny. Pracownicy socjalni powinni systematycznie monitorować sytuację rodziny. Dotyczy to przypadków kobiet w ciąży lub połogu, które mają zdiagnozowaną chorobę psychiczną, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Jest to ważne szczególnie wtedy, gdy występują czynniki ryzyka zagrożenia bezpieczeństwa dziecka np.:

- brak leczenia farmakologicznego matki,
- samotne wychowywanie dziecka,
- orzeczenie o niepełnosprawności,
- całkowita niezdolność do pracy,
- w przeszłości brak zdolności sprawowania opieki nad dzieckiem z powodu choroby psychicznej.

Dodatkowo, w takich przypadkach eksperci rekomendują każdorazowe powiadomienie sądu z wnioskiem o rozważenie wydania zarządzeń opiekuńczych w trybie art. 109 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. A jeśli zachodzą przesłanki z ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2025 r., poz. 49 t.j.), eksperci rekomendują przyznanie rodzinie asystenta rodziny.

2. Zintensyfikowanie szkoleń dla pracowników socjalnych i asystentów rodziny, które podniosłyby ich kwalifikacje w zakresie metodyki pracy z osobą z zaburzeniami psychicznymi, chorobą psychiczną. Istotne jest, by w miarę możliwości, była to odpowiednia forma szkoleń z wykorzystaniem metod aktywizujących (praca na przypadkach, metody kreatywne, aktywizujące, eksperci-praktycy). Szkolenia wysokiej jakości, dobrane do rzeczywistych potrzeb.

3. Nawiązanie współpracy z ośrodkami referencyjnymi I i II poziomu w psychiatrii dzieci i rodzin, które działają na terenie (...) Cel to wypracować procedury współpracy i koordynacji leczenia dla rodzin objętych pomocą ośrodka.

Centrum Medyczne w (...)

Eksperci rekomendują:

1. Po porodzie – w przypadku odmowy przez kobietę wyboru położnej, wizyty patronażowej położnej lub odmowy wizyty patronażowej lekarza POZ – każdorazowo zgłoszenie takiej sytuacji do sądu jako zagrożenia dobra dziecka i poinformowanie o niej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

2. W przypadku stwierdzenia wystąpienia czynników ryzyka zagrożenia bezpieczeństwa dziecka – np. choroba psychiczna matki w wywiadzie środowiskowym, samotne wychowywanie dziecka, orzeczenie o niepełnosprawności i całkowita niezdolność do pracy matki lub inne budzące niepokój o dobrostan dziecka okoliczności – wystąpienie do sądu z wnioskiem o rozważenie wydania zarządzeń opiekuńczych w trybie art. 109 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

3. Przeprowadzanie szkoleń profilaktycznych pracowników POZ – w tym lekarzy i pielęgniarek – o tym, jak rozpoznawać i przeciwdziałać przemocy domowej. Szkolenia powinny uwzględniać także zakres, który procedury „Niebieskie Karty”.

Szpital Miejski w (...)

W związku z niepełną informacją na temat przebiegu oraz zasad monitorowania ciąży, które wynikają z przemieszczania się kobiety w ciąży (w tym pobytów w krajach poza Unią Europejską) lub braku standardowej opieki lekarskiej, eksperci zalecają niezbędną praktykę - uzupełnienie i potwierdzenie w dokumentacji medycznej brakujących informacji zgodnie z obowiązującymi zasadami, w tym aktualnymi zaleceniami zawartymi w:

- 1) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wraz z przepisami części XIII ust. 3 pkt 8 załącznika do rozporządzenia, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.
- 2) Zarządzeniu nr 138/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 października 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.
- 3) Rekomendacjach do standardów organizacyjnych Opieki Okołoporodowej opublikowane w 2019 r przez zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Położnych.

Eksperti rekomendują także:

1. Przeprowadzanie obowiązkowej oceny stanu psychicznego z uwzględnieniem ryzyka wystąpienia depresji poporodowej przez osobę, która sprawuje opiekę (położną lub lekarza położnika lub lekarza oddziału neonatologii). Ocena powinna odbyć się w ramach świadczeń profilaktycznych oraz działań w zakresie promocji zdrowia między 11. a 14. tygodniem ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży oraz w połogu).

2. Potwierdzanie lub wykluczanie w wywiadzie czynników ryzyka zagrożenia bezpieczeństwa dziecka takich jak:

- Choroba lub zaburzenia psychiczne matki
- inne czynniki, które mogą wymagać dodatkowej pomocy lub budzą niepokój o dobrostan dziecka. Okoliczności takie to np. samotne wychowywanie dziecka, brak wychowywania dzieci wcześniej urodzonych, rozwód w okresie ciąży, orzeczenie

o niepełnosprawności i niezdolność do pracy matki. Osoba, która przeprowadza wywiad powinna zwrócić również uwagę na inne czynniki – szczególnie te, jakie sama zauważy. Inne czynniki może też zgłaszać matka.

Wywiad, który dotyczy zdrowia psychicznego wraz z oceną stanu psychicznego kobiety w ciąży oraz w połogu umożliwia:

- wykrycie zaburzeń psychicznych,
- określenie czynników predysponujących do ewentualnego wystąpienia lub zaostrzenia objawów choroby lub zaburzeń psychicznych.

To, jakie narzędzie wybierzemy, a następnie w jaki sposób je zastosujemy, będzie istotnym elementem prawidłowo przeprowadzonej oceny. Zwiększa to również szanse na to, aby zidentyfikować kobiety z grupy podwyższonego ryzyka rozwinięcia poważnych zaburzeń nastroju.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Wydział Oceny Technologii Medycznych) wskazała (AOTM, 2020) kilka narzędzi:

- Edynburską Skalę Depresji Poporodowej EPDS
- Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9
- Kwestionariusz Depresji Becka BDI

Inne narzędzia, które stosują klinicyści to:

- Polska Adaptacja Kwestionariusza Oceny Ryzyka Depresji Poporodowej PDSS (Kossakowska-Petrycka, 2007),
- Pytania Whooley (Dominiak i wsp., 2019; Chrzan-Dętkoś i wsp., 2020).

3. Edukowanie pacjentki przez położne oraz innych specjalistów ochrony zdrowia w zakresie rozpoznawania wczesnych objawów depresji i innych zaburzeń psychicznych, możliwości diagnostyki i leczenia.

4. Nawiązanie współpracy z przedstawicielami ośrodków psychiatrii, które działają na terenie (...). Cel to wypracować koordynację monitorowania potrzeb wsparcia i ewentualnego leczenia

kobiet chorych psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi w okresie ciąży, porodu, do ukończenia minimum pierwszego roku życia dziecka.

5. Szkolenia personelu medycznego. Cel to systematycznie i stale podnosić stan wiedzy osób, które sprawują opiekę nad kobietą i jej rodziną.

Proponowany zakres tematów z dziedziny ochrony zdrowia psychicznego kobiet:

- monitorowanie stanu psychicznego kobiet w ciąży, do roku po porodzie (ze względu na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej w tym okresie),
- podejmowanie możliwie jak najszybszych interwencji terapeutycznych według ustalonych procedur,
- uwzględnianie możliwości występowania trudności z rozpoznawaniem swojego stanu psychicznego. Dotyczy to także ukrywania złego samopoczucia lub wcześniejszej historii leczenia psychiatrycznego z poczucia winy lub obawy przed oceną. Może to być też skutek tego, że partner lub rodzina nie zauważają lub bagatelizują trudności kobiety,
- identyfikowanie istotnych dla ochrony małoletnich aspektów zdrowia psychicznego matki,
- znaczenie samopoczucia matki i ojca (wczesne wykrycie rozwijających się trudności wraz ze wskazaniem konkretnych miejsc, w których mogą otrzymać pomoc, umożliwia poprawę funkcjonowania matki, ojca oraz dziecka).

W przypadku odmowy przez kobietę wyboru położnej lub wizyty patronażowej położnej lub odmowy wizyty patronażowej lekarza POZ eksperci rekomendują każdorazowo, w dniu wypisu ze szpitala:

- informowanie jednostki organizacyjnej pomocy społecznej o tym fakcie,
- wystąpienie do sądu z wnioskiem o wgląd w sytuację rodziny,
- dodatkowo, gdy występują czynniki ryzyka np. choroba psychiczna w wywiadzie środowiskowym, samotne wychowywanie dziecka lub inne budzące niepokój o dobrostan dziecka okoliczności – wystąpienie do sądu o rozważenie wydania zarządzeń opiekuńczych w trybie art. 109 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

IV. Rekomendacje, które dotyczą funkcjonowania systemu ochrony małoletnich

Poniższe rekomendacje są skierowane do osób odpowiedzialnych za następujące działy administracji rządowej: sprawiedliwość, równość, informatyzacja, zabezpieczenia społecznego, ochrony zdrowia, oświata i wychowanie, spraw wewnętrznych, administracji, szkolnictwo wyższe i nauka.

Rekomendacje systemowe:

1. Ustawowe uregulowanie przepływu informacji (przetwarzania danych osobowych) w ramach współpracy międzysektorowej i koordynacji działań w różnych sektorach, tj. oświaty, pomocy społecznej, ochrony zdrowia, sprawiedliwości, Policji. Informacje przetwarzane w ramach współpracy międzysektorowej powinny być:

- 1) widoczne dla opiekunów prawnych oraz niepełnoletnich powyżej 16 r.ż. (np. ze względu na odrębny wymóg zgody na leczenie). Powinny zawierać szczegóły o urzędnikach lub specjalistach, którzy przeglądają te dane, aby koordynować wsparcie;
- 2) konieczne i wystarczające dla efektywnej współpracy wszystkich specjalistów, którzy działają na rzecz dziecka i jego rodziny,

2. Stworzenie ogólnopolskiego systemu teleinformatycznego, który umożliwia korzystanie z zasobów danych gromadzonych przez sektory usług publicznych, tj. ochronę zdrowia, oświatę, pomoc społeczną. Cel to umożliwić koordynację wsparcia i wczesnej interwencji w sytuacji doświadczania przemocy przez niepełnoletnich. Dostęp do informacji, w tym historycznych zapisów, zwiększa prawdopodobieństwo prawidłowego oszacowania zagrożenia życia lub zdrowia niepełnoletniego.

Rekomendacje sektorowe:

A. Pomoc społeczna

Eksperti rekomendują:

1. Opracowanie dla pracowników pomocy społecznej, którzy pracują z rodziną i dzieckiem, czyli pracowników socjalnych, asystentów rodziny i koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej, **poziomów ryzyka poważnej krzywdy dla dzieci:**

- poziom wysoki poważnej krzywdy dla dzieci,

- poziom średni poważnej krzywdy dla dzieci,
- poziom niski poważnej krzywdy dla dzieci.

Poziomy te powinny uwzględniać czynniki ryzyka poważnej krzywdy dziecka takie jak np.:

- brak leczenia farmakologicznego matki ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną, zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania,
- samotne wychowywanie dziecka,
- orzeczenie o niepełnosprawności z powodu choroby psychicznej,
- całkowita niezdolność do pracy,
- w przeszłości brak zdolności sprawowania opieki nad dzieckiem z powodu choroby psychicznej,
- w wywiadzie rodziny w przeszłości nadużywanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych,
- inne, które nie pojawiły się w tym analizowanym zdarzeniu.

Na podstawie występowania lub braku czynników ryzyka poważnej krzywdy dziecka powinno się określać poziom ryzyka poważnej krzywdy dziecka. Na tej podstawie, w indywidualnym planie pomocy rodziny, powinno się określać intensywność monitorowania sytuacji rodziny, rodzajów wsparcia i działań podjętych na rzecz ochrony dziecka.

Eksperci rekomendują, aby w rodzinach określonych wysokim poziomem ryzyka poważnej krzywdy dziecka, zwiększyć liczbę wizyt służb monitorujących i wspierających rodzinę. Dotyczy to także działań interdyscyplinarnych z sądem rodzinnym, Policją, oświatą, ochroną zdrowia i innymi służbami – zgodnie z potrzebą.

2. Monitorowanie przez pracowników socjalnych sytuacji dziecka, które jest w strukturze rodziny, każdorazowo podczas przyznawania rodzinie świadczeń z pomocy społecznej. Rekomendowana jest zmiana w Kwestionariuszu Rodzinnego Wywiadu Środowiskowego Część IV pracowników socjalnych. Zmiana ta ma polegać na dodaniu pytania, które dotyczy obecności dziecka podczas przeprowadzania wywiadu, a w przypadku nieobecności wymogu wskazania przyczyny nieobecności. Pozwoli to intensywniej sprawdzać stan bezpieczeństwa małoletnich w sposób bezpośredni.

3. Zwiększenie liczby szkoleń dla pracowników socjalnych i asystentów rodziny. Szkolenia te powinny podnosić kwalifikacje pracowników w zakresie metodyki pracy z osobą z zaburzeniami psychicznymi, chorobą psychiczną, zaburzeniami zachowania. Istotne jest, by była to odpowiednia forma szkoleń [obecnie dominuje bierna – typu wykłady, prezentacje] z wykorzystaniem metod aktywizujących (praca na przypadkach, metody kreatywne, aktywizujące, eksperci-praktycy). Szkolenia wysokiej jakości, dobrane do rzeczywistych potrzeb (obecnie na każdym niemal to samo).

B. Ochrona zdrowia

Eksperti rekomendują:

1. W przypadku stwierdzenia u pacjentki w ciąży wśród czynników ryzyka powikłań okołoporodowych identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego z pacjentką podczas ciąży oraz bezpośrednio przed porodem, zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz choroby psychicznej, przeprowadzenie z pacjentką konsultacji psychiatrycznej po porodzie.
2. Każdorazowo przeprowadzanie z pacjentką w ciąży edukacji przedporodowej na temat wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym. Rozmowa powinna dostarczać w szczególności informacji, które dotyczą wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego).
3. Po porodzie, w przypadku odmowy przez kobietę wyboru położnej lub wizyty patronażowej położnej lub odmowy wizyty patronażowej lekarza POZ, każdorazowo w dniu wypisu informowanie jednostki organizacyjnej pomocy społecznej o tym fakcie oraz złożenie wniosku do sądu o wgląd w sytuację rodziny. Gdy występują czynniki ryzyka np. choroba psychiczna w wywiadzie środowiskowym, samotne wychowywanie dziecka lub inne okoliczności budzące niepokój o dobrostan dziecka - dodatkowo wniosek do sądu o wydanie zarządzeń opiekuńczych w trybie art. 109 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
4. Szkolenia merytoryczne i świadomościowe dla pracowników ochrony zdrowia, w tym pracowników SOR, lekarzy położników, neonatologów, położnych i lekarzy, pielęgniarek POZ. Powinny to być szkolenia, które dotyczą nie tylko odpowiedzialności za reagowanie na przypadki podejrzeń o przemoc lub zaniedbywanie dzieci oraz co do konsekwencji braku interweniowania przez podmioty ochrony zdrowia. Potrzeba szkolenia w zakresie symptomów

i oznak przemocy oraz czynników ryzyka rodziny czy sposobu prowadzenia rozmów z dzieckiem i rodzicami. Szkolenie powinno także uwzględniać zakres, który dotyczy procedury „Niebieskie Karty”.

C. Sprawiedliwość, sprawy wewnętrzne, pomoc społeczna, równe traktowanie, ochrona zdrowia, oświata:

Eksperci rekomendują, w przypadku śmierci dziecka lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku przemocy domowej na terenie gminy, która jest właściwa miejscowo dla rodziny lub środowiska, gdzie doszło do przemocy wobec dziecka, przeprowadzenie lokalnej analizy przypadku. Analiza ta powinna polegać w szczególności na wspólnym uzgodnieniu modelu współpracy, przepływu informacji oraz kolejności wykonywanych działań przez przedstawicieli instytucji lub podmiotów, jakie zawodowo zajmowały się dzieckiem, które doznało przemocy.

Analiza powinna obejmować nie tylko dziecko, ale również jego rodzeństwo, rodziców oraz innych członków rodziny, którzy z dzieckiem mieszkali lub sprawowali bezpośrednią opiekę nad dzieckiem.

W miarę możliwości, w trakcie analizy należy uwzględnić możliwość pracy z rodzicami lub rodziną dziecka, w szczególności jeżeli w rodzinie są inne dzieci. Włączenie rodziców lub rodziny dziecka pozwoli szczegółowo ustalić historię dziecka. Ułatwi to identyfikowanie przez system podobnych przypadków w przyszłości.

Wynikiem analizy powinno być wprowadzenie takich zmian organizacyjnych w podmiotach, które przeprowadzają analizę, aby w przyszłości możliwie zminimalizować prawdopodobieństwo wystąpienia przypadku śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu u dziecka w wyniku przemocy domowej.

Analiza taka powinna się odbyć w ciągu sześciu miesięcy od zdarzenia, które jest przedmiotem analizy.

V. Propozycje wydania lub zmiany aktów normatywnych

A. Ochrona zdrowia

Eksperti rekomendują:

1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, eksperci proponują dopisać w rozdziale XIII Opieka nad noworodkiem w **ust. 2 punkt 12**, w brzmieniu:

„podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad noworodkiem informuje w dniu wypisu jednostki organizacyjnej pomocy społecznej oraz sąd miejsca pobytu matki i noworodka o stwierdzeniu u matki zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu”.

2. Opracowanie jednolitego wzoru karty ciąży, która będzie uwzględniać informacje na temat:

- odbytych wizyt edukacyjnych po 21 tygodniu ciąży,
- wykonanych testach przesiewowych w kierunku depresji,
- ewentualnych ujawnionych lub zidentyfikowanych obciążeniach, niepokojach, potrzebach wsparcia matki ze względu na stan psychiczny, choroby lub zaburzenia psychiczne,
- psychiatrycznych wskazań do cięcia cesarskiego (CC) w odniesieniu do:

1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r., w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wraz z przepisami części XIII ust. 3 pkt 8 załącznika do rozporządzenia, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.

3) zarządzenia nr 138/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 października 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki

nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

4) rekomendacji do standardów organizacyjnych Opieki Okołoporodowej opublikowane w 2019 r przez zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Położnych.

Dodatkowo eksperci rekomendują:

Popularyzację informacji o dostępnej nieodpłatnie w ramach NFZ-tu opieki dla kobiety po 21 tygodniu ciąży, badaniach przesiewowych w kierunku depresji poporodowej u kobiet i mężczyzn, w odniesieniu do:

1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wraz z przepisami części XIII ust. 3 pkt 8 załącznika do rozporządzenia, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.;

2) zarządzenia nr 138/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 października 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”;

3) rekomendacji do standardów organizacyjnych Opieki Okołoporodowej opublikowane w 2019 r przez zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Położnych:

- Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., Liu, Z.,
- Wang, D., & Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among
- outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(8), e017173.
- Roberts, L., Davis, G. K., & Homer, C. S. E. (2019). Depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder following a hypertensive disorder of pregnancy: a narrative literature review.
- *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 6, 147.
- Robertson, S., Bagnall, A., & Walker, M. (2015). Evidence for a gender-based approach to mental health programmes: Identifying the key considerations associated with “being male”. Project Report. The Movember Foundation.

- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 189–203.
- Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., Gilbody, S., & Born and Bred in Yorkshire (BaBY) team (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 45.

5. Przeprowadzanie analizy statystyk o psychiatrycznych wskazaniach do CC, takich jak:

- tokofobia,
- inne zaburzenia psychiczne, które mogą utrudniać poród naturalny,
- depresji i psychoz poporodowych,
- zaburzeń i chorób psychicznych u kobiet w okresie ciąży oraz w okresie 24 miesięcy po urodzeniu dziecka.

6. Wsparcie rozwoju psychiatrii perinatalnej w Polsce z uwzględnieniem danych statystycznych w tym:

- zapewnienie ułatwionego dostępu do opieki psychiatrycznej kobiet w ciąży,
- zapewnienie specjalistycznego wsparcia przez położne przeszkolone w zakresie krótkich interwencji, takich jak Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) lub system Neonatal Behavioral Observation (NBO) przed i po porodzie, współpracy psychiatrów z położnymi środowiskowymi (między innymi w zakresie przekazywanie informacji o psychiatrycznych wskazaniach do CC), w odniesieniu do:

1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wraz z przepisami części XIII ust. 3 pkt 8 załącznika do rozporządzenia, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2022 r;

2) zarządzenia nr 138/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 października 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki

nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

- Natalia Santorek, Katarzyna Biłas, Anna Tokarska, Klara Zarzycka, Piotr Kasprzak, Sebastian Kwiatkowski, Andrzej TorbeVaria Medica, Tom 3, Nr 4 (2019) Cięcie cesarskie. Rosnący odsetek i zmiana trendów we wskazaniach
- LM Howard, H Khalifeh - World Psychiatry, 2020 - Wiley Online Library
- Perinatal mental health: a review of progress and challenges
- <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/nccmh/service-design-and-development/perinatal-pathways>
- <https://www.termedia.pl/Badania-przesiewowe-w-kierunku-depresji-okresu-okoloporodowego-przegląd-narzedzi-i-barrier-w-skriningu,46,41362,1,0.html>
- <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/91686,depresja-i-psychoza-poporodowa>
- <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011754.pub2/full>

7. Wprowadzenie zmiany, która polega na przywróceniu możliwości 3 wizyt pielęgniarki środowiskowej (w 3, 6, 9 miesiąca życia dziecka), w odniesieniu do:

1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wraz z przepisami części XIII ust. 3 pkt 8 załącznika do rozporządzenia, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.;

2) zarządzenia nr 138/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 października 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

- Izdebska, A., Lewandowska, K. (2009). Znaczenie profilaktyki krzywdzenia małych dzieci. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 2(27), 6–11.

B. Równe Traktowanie

W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1673 t.j.) w art. 9a dodać ust. 11e w brzmieniu: „w sprawach, w których procedurą „Niebieskie Karty” jest objęta kobieta w ciąży w skład grupy diagnostyczno-pomocowej wchodzi także położna, a po urodzeniu dziecka pielęgniarka środowiskowa”.

We współpracy z Ministerstwem Zdrowia oraz samorządami zawodowymi należy podjąć działania, które zapewniają czynny udział pielęgniarek środowiskowych i położnych w posiedzeniach grup diagnostyczno-pomocowych.

C. Pomoc Społeczna

Eksperti rekomendują:

W Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 8 kwietnia 2021 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 i 2369 oraz z 2021 r. poz. 794 i 803), w Kwestionariuszu Rodzinnego Wywiadu Środowiskowego, w części IV dotyczącej osób lub rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej (aktualizacja wywiadu), dodać pytanie dotyczące obecności małoletniego przy przeprowadzaniu wywiadu środowiskowego, a w przypadku nieobecności dziecka wymóg, wskazania przyczyny tej nieobecności.

D. Sprawiedliwość

Eksperti rekomendują:

W ustawie o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich z dnia 13 maja 2016 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 1802) w rozdziale „4D Pozostałe szczególne środki ochrony małoletnich przed krzywdzeniem oraz podmioty wskazane do ich realizacji” , wprowadzić podstawę prawną, która pozwala przeprowadzić lokalną analizę zdarzenia (śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu dziecka). Analiza ta będzie ograniczać się do wspólnych uzgodnień przez konkretne podmioty działające lokalnie, form ich współpracy, w tym przepływu informacji w sprawach, które dotyczą przemocy wobec dzieci.

Lokalna analiza przypadku nie będzie mieć na celu ustalania ewentualnych błędów lub niedopełnienia obowiązków przez przedstawicieli podmiotów, które przeprowadzają analizę. Lokalna analiza powinna być wykonana w ciągu sześciu miesięcy od zdarzenia, które jest

przedmiotem analizy. O wynikach analizy powinien być poinformowany pisemnie Zespół do spraw analizy zdarzeń na skutek których, małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Realizacja lokalnej analizy powinno stanowić zadanie własne gminy.