

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma

szakmai irányelve az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén

2016. EüK. 9. szám EMMI szakmai irányelv (hatályos: 2016.05.31 -)

Típusa: klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 001148

Érvényesség időtartama: 2019. 02. 28.

I. ADATLAP

1. A dokumentum jellemzői

Címe: Egészségügyi szakmai irányelv – Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén

Azonosító: 001148

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Ez a dokumentum az Orvosi helyesírási szótár (Akadémiai Kiadó) helyesírási szabályait használja.

2. Kiadás és elérhetőség

Kiadja: Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság

A megjelenés helye:

Nyomtatott verzió: Egészségügyi Közlöny

Elektronikus elérhetőség: <https://kollegium.aEEK.hu>

3. Időbeli határok

Az irodalomkutatás lezárásának ideje: 2015. augusztus

A megjelenés dátuma: 2015. május

A hatálybalépés dátuma: az Egészségügyi Közlönyben történő közzétételt követő 8. napon.

Az érvényességének lejárat dátuma: 2019. 12. 31.

4. Hatókör

Egészségügyi kérdéskör: 0–18 éves gyermekekkel szembeni rossz bánásmód, bántalmazás/elhanyagolás formái és az ezekkel kapcsolatos egészségügyi tevékenységek.

Jelen irányelv nem foglalkozik számos egyéb bántalmazási formával, pl.: koldulásra, lopásra, prostitúcióra, hazugságra kényszerítés, gyermekkel koldulás, a gyermek korának nem megfelelő, ill.

rendszeres megterhelő munka végeztetése, szociális bántalmazás, gazdasági bántalmazás, méhmagzatot károsító magatartás, újszülött gyilkosság, alkohol és drog abúzus, média-erőszak, online abúzus (cyber-bullying), kortársbántalmazás, zaklatás (bullying).

Az ellátási folyamat szakasza(i): a gyermekek bántalmazásának/elhanyagolásának felismerése, jelzés és együttműködés (család- és gyermekjóléti központ, rendőrség, gyámhatóság), gondozás.

Az érintett ellátottak köre: az egészségügyben ellátásra kerülő bántalmazott/elhanyagolt, illetve ennek gyanúját felvető, 0–18 éves gyermekek.

Az érintett ellátók köre:

0200 sebészet

0400 szülészet-nőgyógyászat

0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat

0501 neonatológia

0502 PIC

0506 gyermeksebészet

0507 gyermeknőgyógyászat

0508 gyermek szemészet

0509 csecsemő- és gyermek fül- orr- gégegyógyászat

0510 gyermekradiológia

0511 gyermekneuroológia

0515 csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia

0521 fejlődésneuroológia

0700 szemészet

0800 bőr- és nemibeteg-ellátás

0900 neurológia

1002 traumatológia

1100 urológia

1300 fogászati ellátás

1304 gyermekfogászat

1800 pszichiátria,

1801 addiktológia
2002 gyermek plasztikai és égéssebészet
2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria
2302 gyermek- és ifjúságaddiktológia
4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás
5100 röntgendiagnosztika
6101 transzfúziológia
6200 mentés
6201 koraszülöttmentés és -szállítás
6302 házi gyermekorvosi ellátás
6303 felnőtt- és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás
6306 iskola- és ifjúságorvoslás
6500 izotópdiagnosztika
7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia
7303 csecsemő- és gyermek szakápolás
7600 diétetika
7901 területi védőnői ellátás
7902 iskolai védőnői ellátás
7903 családvédelmi szolgálatnál nyújtott ellátás
9400 megelőző orvostan és népegészségtan
9500 igazságügyi orvostan

Ellátási forma: A1 alapellátás, J1 járóbeteg szakellátás,

F1 fekvőbeteg szakellátás, F6 sürgősségi ellátás

Progresszivitási szint: I–II–III. progresszivitási szint.

Egyéb specifikáció: Nem egészségügyi szervezetek (pl.: rendőrség, gyámhatóság, család- és gyermekjóléti szolgálatok/központok, bölcsőde, oktatási intézmények) szakemberei (szociális munkás, gyermekgondozó, óvodapedagógus, pedagógus stb.)

5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja

Bántalmazás és elhanyagolás esetén az egészségügyi ágazat szereplőinek feladatköre az egészségügyi ellátás mellett további intézkedések megtételét is magában foglalja. Az elkészült irányelv célja, hogy egyfelől az egészségügyi ellátók ismereteit bővítse, javuljon a gyermekbántalmazások és elhanyagolások felismerése, kezelése, valamint, hogy javuljon az egészségügyi ellátáson túli, jogszabályok által előírt kötelezettségek teljesítése. Másfelől az irányelv a társszakmák módszertanához kapcsolódva hozzájárul az egységes definíciók és szemlélet kialakításához, a tevékenységek harmonizálásához, az érintett társszakmákkal (szociális szféra, pedagógusok, bölcsődei gondozók, gyámhatóság, rendőrség, bíróság stb.) való együttműködés javítása érdekében. Hozzásegíti a felhasználókat ahhoz is, hogy az érintettekkel való kommunikáció javuljon.

6. A tartalomért felelősök köre

1. Társszerző Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

Igazságügyi orvostan, orvosszakértés és biztosítási orvostan Tagozat

Prof. Dr. Keller Éva igazságügyi orvosszakértő; társszerző

2. Gyermekpszichiátria Tagozat

Dr. Sonnevend Mária gyermek- és ifjúság pszichiáter; társszerző

3. Szülészeti és nőgyógyászati, asszisztált reprodukció Tagozat

Dr. Major Tamás szülész- nőgyógyász; társszerző

3. Traumatológia és kézsebészet Tagozat

Dr. Kassai Tamás traumatológus; társszerző

5. Gyermek-alapellátás (házi-gyermekorvostan, Ifjúsági és iskolaorvoslás, védőnő) Tagozat (megjelenéskor önálló Védőnő Tagozat alakulása folyamatban van)

Dr. Békefi Dezső csecsemő- és gyermekgyógyász; társszerző

Dr. Kovács Zsuzsanna csecsemő- és gyermekgyógyász; társszerző (kapcsolattartó)

Dr. Árki Ildikó házi orvos, csecsemő- és gyermekgyógyász, jogi szakokleveles orvos; társszerző

Bíróné Asbóth Katalin védőnő, mentálhigiénés szakember; társszerző

Dr. Rudas Gábor gyermekgyógyász, neonatológus, radiológus; társszerző

Dr. Scheiber Dóra csecsemő- és gyermekgyógyász, mediátor; társszerző

Tománé Mészáros Andrea védőnő; társszerző

Zsiros Emese pszichológus; társszerző

Dr. Lux Ágnes jogász, politológus; társszerző

Pápai Balázné c. r. alezredes, jogi szakokleveles családvédelmi tanácsadó ifjúságvédelmi referens;
társ szerző

Papp Krisztina szociálpolitikus; társszerző

Dr. Herczog Mária szociológus; társszerző

Mátyási Borbála szociális munkás; társszerző

Dr. Révész Magda szociálpolitikus; társszerző

Dr. Katonáné Dr. Pehr Erika jogász; társszerző

Dr. Gyurkó Szilvia jogász; társszerző

Csordás Ágnes Katalin védőnő; társszerző

Véleményező Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Égés- és plasztikai sebészet Tagozat

Dr. Bene Ruzsena égés- és plasztikai sebész szakorvos, véleményező

2. Házirosvostan Tagozat

Prof. Dr. Hajnal Ferenc házirosvos, egyetemi tanár, véleményező

3. Megelőző orvostan és népegészségügy, kórház higiénia Tagozat

Prof. Dr. Vokó Zoltán megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, egyetemi tanár, véleményező

4. Nukleáris medicina Tagozat

Prof. Dr. Szilvási István nukleáris medicina, belgyógyász szakorvos, egyetemi tanár, véleményező

5. Oxyológia – sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan Tagozat

Dr. Bognár Zsolt gyermeksebész, sürgősségi szakorvos; véleményező

6. Transzfuziológia és haematológia Tagozat

Prof. Dr. Kiss Csongor haematológus, egyetemi tanár, véleményező

7. Traumatológia és kézsebészet Tagozat

Dr. Ács Géza sebész, traumatológus, ortopéd szakorvos; véleményező

Dr. Novoth Béla baleseti sebész, kézsebész, plasztikai sebész; véleményező

Dr. Noviczki Miklós sebész, traumatológus, kézsebész; véleményező

Dr. Farkas András gyermeksebész; véleményező

Dr. Sárközy Sándor sebész és gyermeksebész; véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

1. Család Gyermek Ifjúság Kiemelkedően Közhasznú Egyesület (nyilvántartási szám: 5813)

Dr. Herczog Mária, elnök

2. Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány

(nyilvántartási szám: 4514)

Papp Zsuzsanna, ügyvezető

3. Budapest Főváros Kormányhivatala XV. Kerületi Gyámhivatal (1153 Budapest, Bácska u. 14.)

Kovács Mónika Krisztina, vezető

7. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel, népegészségügyi programmal

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Az OGYEI I. sz. módszertani levele jelent meg e témában: „A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése”

Elérhetőség: <http://www.ogyei.hu/upload/files/A%20gyermekbantalmazas.pdf>

Revízió 2010: http://www.ogyei.hu/upload/files/gyermekb_modszertani_ajanlas.pdf

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült:

1. Tudományos szervezet:

National Collaborating Center for Women’s and Children’s Health – Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence

Cím: When to suspect child maltreatment

Megjelenés adatai: 2009, revízió: 2013 RCOG Press London, 2014 update

Elérhetőség: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK57167/pdf/Bookshelf_NBK57167.pdf

2. Tudományos szervezet:

WHO& ISPCAN- International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect

Cím: Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence

Megjelenés adatai: 2006 WHO Press Geneva

Elérhetőség: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf

3. Tudományos szervezet:

American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect.

Cím: Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review

Megjelenés adatai: Pediatrics 1999; 103(1):186-191

Elérhetőség: <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/1/186.full.pdf+html>

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, megjelenés alatt álló hazai egészségügyi szakmai irányelvvel áll kapcsolatban.

Azonosító: 000670

Cím: Egészségügyi szakmai irányelv – A házi gyermekorvosok hatásköréről

Megjelenés adatai: megjelenés alatt

Elérhetőség:

Kapcsolat népegészségügyi program(ok)kal:

Jelen irányelv az alábbi népegészségügyi programok megvalósításában játszik szerepet:

Cím: „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program

Megjelenés adatai: 2006. február 3.

Elérhetőség: <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/kozos-kincsunk-gyermek>

Az egészségügyi szakmai irányelv ajánlásainak szerepe a kapcsolódó népegészségügyi program megvalósításában:

Az egészségpolitikában megfogalmazott cél az egészségügyi és szociális ágazat tevékenységének összehangolása, a népegészségügyi szempontokhoz való hatékony illesztése. Az irányelv hozzájárul a gyermekbántalmazás és elhanyagolás ellátása során ezen szempontot megvalósításához.

Kapcsolat az EMMI módszertani útmutatójával: a gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan.

Elérhetőség: <http://www.csgyk02.hu/dok/Gybant%20egysegese%20elvek%20es%20modszertan.pdf>

8. Kulcsszavak

Veszélyeztetettség; gyermekkel való rossz bánásmód; gyermekek bántalmazása/elhanyagolása; abúzus; jelzési kötelezettség.

II. CÍM

Egészségügyi szakmai irányelv –

Az egészségügyi ellátók feladatairól, gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén

Az érvényesség időtartama: az Egészségügyi Közlönyben történő közzétételt követő 8. nap – 2019. 12. 31.

III. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

IV. DEFINÍCIÓK

1. Fogalmak [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12, 13, 14, 15, 16]

„A gyermek bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód) magában foglalja a fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmód, a szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, a kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, mely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul. [4, 7]

Kiskorú veszélyeztetése:

2012. évi C. törvény a Büntető törvénykönyvről XX. fejezet 208. §- szerint

„(1) A kiskorú nevelésére, felügyeletére vagy gondozására köteles személy – ideértve a szülői felügyeletet gyakorló szülő, illetve gyám élettársát, továbbá a szülői felügyeleti jogától megfosztott szülőt is, ha a kiskorúval közös háztartásban vagy egy lakásban él –, aki e feladatából eredő kötelességét súlyosan megszegi, és ezzel a kiskorú testi, értelmi, erkölcsi vagy érzelmi fejlődését veszélyezteti, büntetett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) Ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, az (1) bekezdés szerint büntetendő az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennyolcadik életévét be nem töltött személyt

a) bűncselekmény vagy szabálysértés elkövetésére, illetve züllött életmód folytatására rábír vagy rábírnai törekszik,

b) bűncselekmény elkövetéséhez felajánl. ”

Az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (továbbiakban: Gyermekvédelmi törvény) a zéró tolerancia elvét fogalmazza meg a 6. § (5) bekezdésében: „A gyermeknek joga van emberi méltósága tiszteletben tartásához, a bántalmazással – fizikai, szexuális vagy lelki erőszakkal –, az elhanyagolással és az információs ártalommal szembeni védelemhez. A gyermek nem vehető alá kínzásnak, testi fenyegetésnek és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetésnek, illetve bánásmódnak.”

Veszélyeztetettség

Gyermekvédelmi törvény 5. § n) pontja szerint: „olyan – a gyermek vagy más személy által tanúsított – magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja vagy akadályozza”.

A gyermekkel szembeni rossz bánásmód fő formái az elhanyagolás és a gyermekbántalmazás. [2,5,6,13]

Elhanyagolás: minden olyan mulasztás vagy baj okozása (akár szándékos, akár tudatlanságból, óvatlanságból, nemtörődömségből ered), amely jelentősen árt a gyermek egészségének vagy lassítja, akadályozza szomatikus, mentális és érzelmi fejlődését.

Az elhanyagolás fajtái:

– **Érzelmi elhanyagolás:** az érzelmi biztonság, az állandóság, a szeretetkapcsolat hiánya, a gyermek érzelmi kötődésének durva mellőzése.

– **Fizikai elhanyagolás:** az alapvető fizikai szükségletek, higiénés feltételek, a felügyelet hiánya, kiemelendő a csecsemő, kisgyermek magára hagyása, bezárása, a gyermek védelmének elmulasztása olyan esetekben, amikor veszélynek van kitéve. Ide sorolható az orvosi ellátás késleltetése, az orvosi utasítások be nem tartása, a védőoltások beadatásának indokolatlan elmulasztása, késleltetése, a gyermek egészségének, gyógyulásának veszélyeztetése a szükséges kezelés visszautasításával (pl.: az orvosi tanács ellenére a kórházból „saját felelősségre” való távozás). Számos véletlen baleset háttérében is feltételezhető az elhanyagolás (pl.: autóban biztonsági öv, gyerekülés használatának mellőzése, kerékpározásnál bukósisak hiánya stb.). Az éheztetés háttérében számos ok állhat (szándékos éheztetés, indokolatlan diétáztatás, böjtölés, indokolt diéta elhagyása, de a gyermek saját maga is hanyagolhatja az evést (pl.: drog-függés, kezeletlen anorexia-bulimia, szociális okok stb.).

– **Oktatási-, nevelési elhanyagolás:** az iskola-/óvodai oktatási kötelezettség elhanyagolása, iskolai feladatok, teljesítmény-problémák figyelmen kívül hagyása, együttműködés hiánya, vagy szembefordulás az oktatási intézménnyel, annak rendjével vagy a rendelkezésre álló és javasolt speciális képzési, fejlesztési szolgálatok igénybevételének elmulasztása.

Gyermekbántalmazás: ha valaki testi-lelki sérülést, fájdalmat okoz egy gyermeknek, vagy, ha a gyermek sérelmére elkövetett cselekményt – noha tud róla, vagy szemtanúja – nem akadályozza meg, illetve nem jelenti.

A gyermekbántalmazás fajtái:

– **Érzelmi bántalmazás:** a gyermek érzelmeivel való tartós vagy rendszeres visszaélés, a gyermekekben az értéktelenség, a szeretetlenség, a nem kívántság, a hasznavehetetlenség érzésének

keltése, amely önértékelési zavarokhoz, kötődési nehézségekhez vezethet. Az életkornak, vagy a fejlettségnek nem megfelelő elvárások támasztása (pl. a szobatisztaság idő előtti erőltetése, a képességekhez nem igazodó iskolai követelmények), félelemérzet vagy szorongás keltése, megszegényítés, állandó kritizálás, az érzelmi zsarolás, a gyermek kihasználása. Ide tartozik a bántalmazással, erőszakkal való rendszeres fenyegetés is, amikor az erőszakcselekmény ténylegesen nem következik be, de a gyermeket félelemben, rettegésben tartja (pl. a gyermek játékának, tulajdonának tönkretétele, izolálás, bezárás, társas kapcsolataitól való megfosztás). Az érzelmi bántalmazás súlyos formája, amikor a gyermek tanúja más, gyakran édesanyja bántalmazásának. Ide tartozik a különélő szülővel való kapcsolattartás akadályozása, tiltása, valamint a másik szülő ellen történő nevelés is. Az érzelmi bántalmazás (abúzus) rendszerint a gyermekkel szembeni rossz bánásmód más formáival együtt fordul elő, de önállóan is megjelenhet.

– **Fizikai bántalmazás:** fizikai sérülés okozása (ütés, rúgás, lekötözés, bezárás, rángatás, rázás, el- vagy ledobás, gondatlan leejtés, mérgezés, megégetés, leforrázás, vízbe fojtás, fojtogatás stb.)

Magyarországon a leggyakrabban „testi fenyítés” formájában fordul elő a fizikai bántalmazás, amikor a szülők, a pozitív nevelési technikák ismeretének hiányában pofonnal, veréssel, esetleg büntetésből étel vagy ital rendszeres megvonásával fegyelmezik a gyermeküket. Számos országban ide sorolják a közlekedés során elkövetett gondatlan veszélyeztetést is. [5]

A fizikai bántalmazás speciális formája a megrázott gyermek szindróma (Shaken Baby Syndrome, Shaken Impact Syndrome) [22], amikor a gyermek közvetlen megrázása, vagy közvetve valamely tárgyhoz való csapódása egyaránt okozhat károsodást. Sokszor tudatlanság, rossz szokások okozhatják, pl. mikor a jóakaró, de tudatlan szülő játékosan dobálja a kisbabát. Máskor a gyermek sírását elviselni képtelen, ideges szülő/gondozó idézi elő azzal, hogy a gyermeket erőteljesen megragadja, megrázza, hogy megijesztésével hagyja abba a sírást. A felismerése szempontjából igen alattomos bántalmazási forma, mert nincs külsérelmi nyom, igen nehéz felderíteni és halált vagy súlyos maradandó károsodást okozhat. A kórképet el kell különíteni a hirtelen csecsemőkori haláltól (SIDS), ahol sem a helyszíni, sem a toxikológiai, a mikrobiológiai, kórbonctani, igazságügyi orvostani vizsgálat nem képes azonosítani a halál okát.

– **Szexuális abúzus:** gyermek, vagy fiatal szexuális tevékenységekre való kényszerítését vagy ilyen irányú csábítását jelenti, függetlenül attól, hogy a gyermek tisztában van-e azzal, mi történik vele. E körbe tartozik a tényleges szexuális aktuson kívül a molesztáló, szexuális szándékkal simogató, csábító tevékenység, a magamutogatás is, a gyermek bevonása pornográf anyagok megtekintésébe, vagy készítésébe, vagy a szülő/gondozó szexuális tevékenységének figyelésébe. Incesztus vagy vérfertőzés során a bántalmazó egyenes ági rokonával (pl. gyermekével, unokájával) létesít szexuális kapcsolatot. A 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (Btk.) büntethetőség szempontjából különbséget tesz, ha az elkövető is 18 évnél fiatalabb. A szexuális visszaélést elkövetők 70–80%-a a gyermek számára ismerős személy, rokon, hozzátartozó, családtag vagy barát. A szexuális visszaélés ma már nemzetközi problémává nőtt formája a gyermek-kereskedelem, a kereskedelmi célú szexuális kihasználás, kizsákmányolás, szex-turizmus, online szexuális zaklatás, gyermekprostitúció.

– Igen ritka, kevert bántalmazási forma a „**Münchenhausen by proxy**” szindróma, amely súlyos lelki és fizikai (potenciálisan életveszélyes) következményekkel jár. A felnőtt gondviselő (legtöbbször az édesanya) folyamatosan betegség tüneteket talál ki vagy idéz elő szándékosan, esetleg a meglévő

betegség tüneteit túlozza el, ezzel felesleges és fájdalmas orvosi beavatkozásoknak teszi ki gyermekét.

A gyermek önmagát veszélyezteti: az önsértés, azaz a gyereknek a saját maga ellen irányuló erőszakos magatartása (pl.: falcolás), melynek súlyosabb formája az öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet. Ide sorolhatók az egyéb veszélyeztető magatartási formák: elszökés, csavargás, drogfogyasztás, alkoholizálás stb. Ezek hátterében gyakran családi diszfunkció, félelem, elhanyagolás, családi erőszak, kortársbántalmazás, iskolai problémák, kudarc stb. állnak.

A hazai és nemzetközi vizsgálatok szerint az esetek 48–50 %-a elhanyagolás, 25%-a fizikai, 20%-a érzelmi bántalmazás, 5% szexuális abúzus. Természetesen ezek a bántalmazási/elhanyagolási formák a legtöbb érintettnél egyszerre fordulnak elő. [4,5,13,16]

Az elkövetés helye szerinti felosztás:

– **Családon belüli erőszak:** ha valaki hozzátartozója biztonságát, testi-lelki épségét veszélyezteti, vagy károsítja, önrendelkezésében korlátozza, testi erőszakot követ el ellene vagy annak elkövetésével fenyeget, illetve tulajdontárgyait tönkreteszi, a családtagnak tekintett házi kedvencét bántalmazza, az áldozat számára elviselhetetlenné teszi az együttélést. A partnerét bántalmazó szülő 50–70%-ban gyermekét is bántalmazza, illetve a gyermek tanújává válik a bántalmazásnak. Hazánkban a gyermekbántalmazás 80%-át családon belül követik el, 41%-ban a vér szerinti apa, 39%-ban pedig a vér szerinti anya a bántalmazó, illetve gyakran az egy háztartásban élő nem vér szerinti szülő (nevelőapa, nevelőanya). [5]

Gyermekbántalmazás minden társadalmi rétegben előfordul, és kialakulásában számos családi és egyéni rizikófaktor játszik szerepet. [5]

– **Családon kívüli erőszak:**

– **Bántalmazás idegenek által**

– **Rendszer-abúzus:** a gyermekek ellátására és védelmére létrehozott rendszer diszfunkcionálisan működik, és ezzel hozzájárul a bántalmazás késedelmes elhárításához, vagy be nem avatkozásával, a jelentési kötelezettség elmulasztásával a további károsodáshoz. A tragikus kimenetelű esetek majd mindegyikében már hónapok, évek óta veszélynek voltak kitéve a gyermekek, azonban a jelzésre kötelezett szakemberek nem tettek eleget törvényi kötelezettségüknek, nem léptek közbe időben. Ide sorolható a gyermek tájékoztatásához és véleménynyilvánításhoz fűződő jogainak figyelmen kívül hagyása vagy megtagadása, valamint a szülőktől való indokolatlan elválasztás is.

– **Intézményi bántalmazás** bekövetkezhet oktatási nevelési intézményben, az egészségügyi ellátás, a büntetőeljárás vagy hatósági eljárás során, a sportéletben.

Jelen irányelv nem foglalkozik számos egyéb bántalmazási formával, pl.: koldulásra, lopásra, prostitúcióra, hazugságra kényszerítés, gyermekkel koldulás, a gyermek korának nem megfelelő, ill. rendszeres megterhelő munka végeztetése, szociális bántalmazás, gazdasági bántalmazás, méhmagzatot károsító magatartás, újszülött gyilkosság, alkohol és drog abúzus, média-erőszak, online abúzus (cyber-bullying), kortársbántalmazás, zaklatás (bullying).

2. Rövidítések

AAP: American Academy of Pediatrics

ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder- Figyelemhiányos hiperaktivitási zavar

ALTE: Apparent life threatening event – Életet veszélyeztető epizód

BNO: Betegségek nemzetközi osztályozása

ENYÜBS: Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer

ENYKK: Egészségügyi Nyilvántartási Képzési Központ

HIV: Human Immunodeficiency Virus

ISPCAN: International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

MAVE: Magyar Védőnők Egyesülete

OFTEX: Orvosok folyamatos továbbképzése elektronikus index

OGYEI: Országos Gyermekegészségügyi Intézet

SIDS: Sudden infant death syndrome – Bölcsohalál

STD: Sexually transmitted disease – Szexuális úton terjedő betegségek

WHO: World Health Organisation

ET: Európa Tanács

3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Tekintve, hogy a **felismerés és diagnózis** leírásánál a fejlesztő munkacsoport NICE irányelvet adaptált, így annak evidencia besorolását vettük át. [1] A szexuális abúzus gyanúja esetén elvégzendő vizsgálatoknál, az American Academy of Pediatrics [3] ajánlásait vettük át azzal, hogy az ajánlás bizonyíték szintjét a NICE irányelvben alkalmazott evidencia besoroláshoz harmonizáltuk.

Szint Evidenciaforrás

1++ Erősen megbízható evidencia:

Magas minőségű metaanalízis, vagy randomizált kontrollált vizsgálatok, ill. elfogultságmentes randomizált kontrollált vizsgálatok részletes irodalmi áttekintése

1+ Megbízható evidencia:

Jó minőségű metaanalízis, vagy randomizált kontrollált vizsgálatok, ill. mérsékelten elfogult randomizált kontrollált vizsgálatok részletes irodalmi áttekintése

- 1- Elfogadható evidencia:
Metaanalízis, vagy randomizált kontrollált vizsgálatok, ill. elfogultságot nem kizárható randomizált kontrollált vizsgálatok részletes irodalmi áttekintése
- 2++ Esettanulmányokon alapuló erősen megbízható evidencia:
Magas minőségű eset- vagy kohorsz vizsgálatok részletes irodalmi áttekintése vagy magas minőségű elfogultságmentes eset- vagy kohorsz vizsgálatok áttekintése
- 2+ Esettanulmányokon alapuló megbízható evidencia:
Jó minőségű mérsékelt vagy alkalmanként elfogult eset- vagy kohorsz vizsgálatok áttekintése
- 2- Esettanulmányokon alapuló elfogadható evidencia:
Eset- vagy kohorsz vizsgálatok, melyekben nem zárható ki az elfogultság
- 3 Nem elemző vizsgálatok (pl.: esetismertetések)
- 4 Szakértői vélemények, formális egyeztetés (Delphi konszenzus)

4. Ajánlások rangsorolásának módja

A NICE irányelv ajánlásrangsorolását adaptálta a fejlesztőcsoport az alábbi legfontosabb módosításokkal, figyelembe véve a hazai ellátórendszer és jogrendszer sajátosságait is [1]:

„Megerősített gyanú”: Bántalmazás/elhanyagolás megerősített gyanúja, ezért az ellátónak jelzési kötelezettsége van.

A jelzési kötelezettséget az alábbi szavakkal fejezzük ki: kell, kötelező, szükséges.

„Gyanú”: Bántalmazás/elhanyagolás gyanúja felmerül, ezért további megfigyelés, konzílium, esetmegbeszélés szükséges.

A megfontolás tárgyát képező ajánlás: ajánlott, célszerű, javasolt.

A szexuális abúzus gyanúja esetén elvégzendő vizsgálatoknál az American Academy of Pediatrics [3] ajánlásait vettük át.

A fejlesztő munkacsoport a napi gyakorlat nyelvére átültetve informális konszenzussal fogalmazta meg az ajánlásokat.

Mivel **„Az ellátási folyamat algoritmusa”** c. fejezetében az egészségügyi ellátáson túli teendőket nemzetközi egyezmények, jogszabályok és a szociális ágazat módszertani iránymutatásai határozzák meg, ajánlásbesorolás nem alkalmazható.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

„Semmilyen gyermekkel szemben elkövetett erőszak nem igazolható, de minden erőszak megelőzhető” (12).

A gyermekjogok elismerése nem fakultatív lehetőség, hanem a nemzetközi emberi jogi konvenciókból – különösen a Gyermekjogi Egyezményből – fakadó, az Európai Unió 2009. óta kötelező erejű Alapjogi Chartájának 24. cikkéből, továbbá hazánk alkotmányos előírásaiból, az Alaptörvény XVI. cikkéből is következő kötelezettség.

A „Gyermek Jogairól” szóló 1989. évi ENSZ Egyezmény külön kiemeli a gyermekek elleni erőszakkal szembeni védelemhez való jogot: 19. cikk (1). „Az Egyezményben részes államok megtesznek minden arra alkalmas, törvényhozási, közigazgatási, szociális és nevelési intézkedést, hogy megvédjék a gyermeket az erőszak, a támadás, a fizikai és lelki durvaság, az elhagyás vagy az elhanyagolás, a rossz bánásmód vagy a kizsákmányolás – ideértve a nemi erőszakot is – bármilyen formájától”. A Gyermekjogi Egyezményt hazánk 1991-ben a LXIV. törvénnyel hirdette ki [8]. Az ENSZ főtitkárának felkérésére 2006-ban átfogó, globális felmérés készült a gyermekekkel szembeni erőszak feltárására. A felmérés alátámasztotta, hogy az erőszak valamennyi formája minden országban, társadalmi rétegben és helyszínen (iskola, otthon, bentlakásos intézmények stb.) előfordul, mégis sok eset feltáratlan marad, ezért kiemelt fontosságú a nyilvánosság bevonása, a széleskörű tájékoztatás és képzés [9].

Az ENSZ Gyermekjogi Bizottsága 2011-ben megjelent 13. átfogó kommentárja gyermekjogi megközelítésben részletezi a részes államok feladatait a gyermekek elleni erőszak megelőzéséről és kezeléséről [10].

Az ENSZ jelentés európai koordinációját az Európa Tanács (ET) végezte, amelynek azóta is deklarált célja az „erőszakmentes” Európa megteremtése. A 2006-ban életre hívott „Építsük Európát együtt a gyermekekkel a gyermekekért”, többéves, gyermekjogi keretprogram központi eleme a gyermekekkel szembeni erőszak elleni küzdelem. Az ET több ajánlásában foglalkozott az erőszak, a bántalmazás/elhanyagolás kérdéseivel, valamint a gyermekek jogaival [7].

A WHO megállapítása szerint a gyermekbántalmazás és elhanyagolás nem csak társadalmi, hanem népegészségügyi probléma is [4].

Az ENYÜBS (Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer) adatai alapján ez a megállapítás hazánkra is érvényes. Hazánkban korábban évente kb. 30, az utóbbi néhány évben valamivel kevesebb – 10–20 gyermek – halt meg bántalmazás vagy elhanyagolás következtében. A KSH adatai szerint a gyermekjóléti szolgálatok a gyermekpopuláció kb. 10%-át tartják nyilván veszélyeztetettként, azonban a meghatározás pontatlansága és az adatgyűjtés esetlegessége miatt ezeket az adatokat alábecsültnek tekinthetjük. A KSH legfrissebb adatait az alábbi táblázatban ismertetjük:

	2012	2013	2014
Veszélyeztetett gyermekek száma	190 564	139 213	130 585
Elhanyagolt gyermekek száma összesen	23 922	28 901	29 671

fizikai elhanyagolás	10 524	14 062	14 912
érzelmi elhanyagolás	13 398	14 839	14 759
Bántalmazott gyermekek száma összesen	6828	6853	7494
fizikai bántalmazás	2233	2412	2927
érzelmi bántalmazás	4285	4070	4113
szexuális abúzus	310	371	454

Ezek az adatok azonban csak az ismert esetekre vonatkoznak, köztudott, hogy a látencia igen magas (különösen a mindkét nemet érintő szexuális abúzus tekintetében). [17]

A hazai jogalkotás több törvényben fogalmazza meg a gyermekbántalmazással és elhanyagolással kapcsolatos teendőket, ebben az egészségügy – a jelzőrendszer egyik tagjaként igen fontos szerepet, kötelező feladatot és súlyos felelősséget kap (Gyermekvédelmi Törvény; 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről). Az Ombudsman állásfoglalása szerint konkrét, meghatározott sorrendben, a gyakorlatban könnyen megtehető/megteendő lépéseket, felelősségi köröket, határidőket, ellenőrzésre és szankcionálásra feljogosított szervet vagy szerveket megnevező protokoll(ok) szükségesek a pozitív változásokhoz [17].

2. Célok

Az irányelv bevezetését az indokolja, hogy hiába adott a jogszabályi környezet, azok végrehajtása problematikus. Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa (Ombudsman) által 2009-ben végzett vizsgálat adatai szerint az egészségügyben dolgozók igen alacsony arányban (védőnők 13%, egyéb egészségügy <5%, háziorvosok 0,2%) tettek eleget a törvény által előírt jelzőrendszeri kötelezettségüknek. Az Ombudsman leszögezi azt is, hogy a jelzés megtétele csak az első lépés. Emellett szükséges, hogy a jelzést követően a gyermekvédelmi rendszer gyors, pontos, hatékony és kiszámítható módon működjön, ne pedig az egyes szakemberek személyes hozzáállásán, szakmai kompetenciáján múljon egy-egy eset megoldása, kimenetele [17].

VI. ÖSSZEFOGLALÓ

Az alábbi fejezet „Meghatározó ajánlások” alfejezete a gyermekkel szembeni rossz bánásmód különböző formáira utaló gyanújelekről, ezek felismeréséről szól. Ebben a részben az ajánlások gyanú, illetve megerősített gyanú szerinti besorolása és az ezt alátámasztó evidenciaszintek – a kommunikációra vonatkozó ajánlás kivételével – minden esetben feltüntetésre kerültek. Ezt követően, az ellátási folyamat algoritmusa című alfejezet tárgyalja a bántalmazás, illetve elhanyagolás súlyosságának függvényében elvégzendő, nagyrészt az egészségügyi ellátáson túli teendőket. Mivel ezeket nemzetközi egyezmények, jogszabályok és a szociális ágazat módszertani iránymutatásai határozzák meg, ebben a részben nem fogalmazunk meg ajánlásokat és ajánlás besorolás sem alkalmazható, azonban az itt leírtak ismerete az érintettek számára feltétlenül szükséges.

1. Felülvizsgálatkor változtatott ajánlások

Az irányelv nem egy jelenleg is érvényben lévő irányelv felülvizsgálata.

2. Meghatározó ajánlások

Az alábbiakban összefoglaljuk azokat az ajánlásokat, melyeket gyermekbántalmazás és elhanyagolás esetén az egészségügyi ellátóknak meg kell tenni az egészségügyi ellátás során és azon túl. A felismeréshez és diagnózishoz a NICE irányelvben használt evidencia szinteket (ld. fent) és az ajánlás besorolását zárójelben kiemelten jelöltük.

2.1. Anamnézis, a gyanú felvetése [1, 3, 5]

Ajánlás1

Az alábbiakban felsorolt rizikófaktorok bármelyikének fennállása felveti (2+, gyanú), illetve megerősíti a bántalmazás/elhanyagolás gyanúját (2+, megerősített gyanú) [1, 3, 5]

Rizikófaktorok: [4, 5, 6, 13, 15, 18, 19]

- Társadalmi-gazdasági tényezők
- Családi körülmények
- Egyéni rizikófaktorok
- A szülő személyiségével összefüggő problémák
- A gyermekkel kapcsolatos tényezők
 - A gyermekbántalmazást kiváltó események

2.2. Felismerés, diagnózis [1]

Ajánlás2

Az alábbi körülmények fennállása esetén az egészségügyi ellátónak fel kell vetni a gyermekkel való rossz bánásmód – bántalmazás/ elhanyagolás – gyanúját (gyanú) [1, 5, 22]

- az egészségügyi ellátás igénybevétele késlekedik (3),
- nincs vagy nem elfogadható a sérülés körülményeire vonatkozó magyarázat, pl.: sérülések önálló helyváltoztatásra nem képes gyermekek következik be (2+),
- túl gyakran éri sérülés a gyermeket (2+), mely nem indokolható (pl. ADHD-val),
- szokatlan tünetekkel vagy túl gyakran keresik fel az egészségügyi intézményt (2+),
- a gyermek indokolatlanul sokat hiányzik az iskolából (4),
- a gyermek megjelenése (2+,4), viselkedése, magatartása (2+,3) gyanút kelt.

2.3. Elhanyagolás [1, 5, 13, 14, 15]

A gyermek védelembevételének és családjából való kiemelésének leggyakoribb oka az elhanyagolás, mely lehet szándékos és gondatlan. Sokszor nehéz különbséget tenni az elhanyagolás és a nagyfokú szegénység következményei között. Fő fajtái, amikor nem biztosítják a gyermek számára az alapvető szükségleteket (étel, ruházat, lakhatás), a megfelelő egészségügyi ellátást, a megfelelő felügyeletet és védelmet, valamint az alapvető érzelmi szükségleteket.

Az alapvető szükségletek kielégítéshez az államnak minden segítséget, információt és támogatást meg kell adnia.

Ajánlás3

Az elhanyagolás gyanúját bármely, a következőkben felsorolt körülmény megerősíti (2++, megerősített gyanú) [1, 5, 13, 14, 15]

Vizsgálandó körülmények:

– *Alapvető szükségletek (4)*

Felveti elhanyagolás gyanúját, ha higiénés körülményei veszélyeztetik az egészségét, tápláltsága nem megfelelő, ha ruházata az időjárásnak nem megfelelő, ha a gyermek környezete veszélyeket hordoz, ide sorolható a gyermek elhagyása is.

– *Rossz táplálás*

Alultáplálás (2+), túltáplálás, ellátás hiánya (4)

Alul-/túltáplálás – ellátás hiánya, az előírt diéta be nem tartása esetén fel kell vetni az elhanyagolás gyanúját.

A gyanú felvetése esetén fontos tisztázni, hogy a diéta be nem tartásának oka tudatlanság, kellő információk hiánya, vagy szándékosság, ill. gondatlanság, netán a család anyagi nehézséggel is küzd. A szülők hitéleti vagy meggyőződésbeli magatartása (pl. fényevő szekta) is vezethet súlyos alultápláláshoz. Minden esetben a család megsegítése az alapvető szempont.

– *Megfelelő felügyelet hiánya (3)*

A legtöbb égés és forrázás inkább elhanyagolás (2+) következménye. Megfelelő felügyelet hiánya miatt bekövetkezhet napégés, állat harapása, vízbefulladás, mérgezés is. Elhanyagolásnak minősül, ha a gyermeket egy, a felügyeletére alkalmatlan személyre bízák.

– *Egészségügyi ellátás hiányossága (4)*

Elhanyagolás gyanúját veti fel, ha a szülő/gondozó nem adja meg a gyermeknek a javasolt gyógyszert vagy kezelést, nem, vagy megkésve veszi igénybe szükséges egészségügyi ellátást, rendszeresen nem veszi igénybe az egészségmegőrző szolgáltatást.

– *Indokolatlan hiányzások az iskolából/óvodából (4)[1]*

A hazai jogi szabályozás ezt a kérdéskört részletesen tárgyalja. A túl sok iskolai hiányzás az egészségügyi alapellátásban is észlelhető. Felveti bántalmazás/elhanyagolás gyanúját, amennyiben a gyermek nem indokoltan (egészségi okokból vagy fogyatékoság miatt) hiányzik az iskolából vagy

nem magántanuló. Megjegyzendő, hogy ha az iskolai hiányzás oka a család szociális helyzete, esetleg az iskola elutasító, kirekesztő magatartása, akkor a család megsegítése az elsődleges szempont.

2.4. Bántalmazás

2.4.1. Fizikai bántalmazás

Ajánlás⁴

Az elsőként észlelő egészségügyi ellátónak az alább ismertetett sérülések, fizikai állapotok, tünetek észlelése esetén bántalmazást kell gyanítani (gyanú) [1, 5, 13, 14, 21, 22,]

Általános jellemzők (2+):

- a gyermekben az előadott magyarázattal nem indokolható sérülések, hegek nyomai láthatók,
- a sérülések önálló helyváltoztatásra nem képes gyermekeken láthatók,
- többszörös sérülések,
- szimmetrikus sérülések,
- sérülések a ruházat által fedett területeken (hát, mellkas, has, hónalj, genitális területek),
- sérülések a szem körül, fülön, arcon,
- lekötözés nyomai (nyakon, csuklón, bokán) [1].

Fizikai bántalmazás speciális megnyilvánulási formái [1, 5, 13, 14, 21, 22]:

- *Horzsolások, hámsérülések, hegek, zúzódások, véraláfutások (2+)*
- önálló helyváltoztatásra nem képes gyermekeken észlelhetők
- a sérülés kéz, kötél, bot, harapás, markolás egyéb eszköz nyomait mutatja
- szimmetrikus eloszlásuk van
- többszörös vagy csoportos sérülések
- hasonló alakú és méretű sérülések
- lágy részek – szem, fül, farpofa – sérülései
- fojtogatás nyomai a nyakon
- lekötözés nyomai a csuklón, bokán.
 - *Harapás (4):* Bántalmazásra gyanús, ha a gyermekben emberi harapás nyoma látható és kizárható, hogy azt egy másik kisgyermek okozta. Állati harapás nyoma a gyermekben inkább elhanyagolásra utal.

– *Fojtás, fulladás (4)*: Ritka és gyakran halálos sérülés. Az esetek kevesebb, mint 10%-ában bizonyítható szándékos bántalmazás.

– *Hőhatás okozta sérülések*:

– *Égés, forrázás (2+)*: Égés, forrázás bekövetkezhet mind elhanyagolás, mind szándékos károkozás következtében.

– *Fagyás (4)*: Ha nincs elfogadható magyarázat az előzményben.

– *Hajvesztés (4)*: Hajvesztést okozhat erőszakos hajtépés, ill. lehet önagresszió tünete is.

– *Csonttörés (2+) [1, 21]*

– Bántalmazásra utal bizonyos betegségek (pl.: osteogenesis imperfecta) kizárása után, ha:

– többszörös, különböző gyógyulási stádiumban lévő törések vannak,

– korábbi csonttörések radiológiai jelei (callus) láthatók,

– a sérült gyermek 18 hónaposnál fiatalabb,

– a radiológiai vagy csontszcintigráfias vizsgálat rejtett törésekre utal,

– bizonyos speciális helyeken következik be.

– Speciális csonttörések, melyek bántalmazásra utalnak (2+):

– bordatörés

– combcsonttörés: ez a töréstípus csecsemők, még járni nem tudó gyermekek esetében elsősorban bántalmazásra utal.

– felkartörés: a felkartörések kb. fele bántalmazás következtében jön létre.

– koponyatörés: a koponyacsonttörések mintegy harmadában igazolható bántalmazás.

– gerinc, medence, kéz és láb, állkapocs, szegycsont törései.

– *Koponyán belüli sérülések (2++)*: Bántalmazás feltételezhető, ha az előzményben nem szerepel súlyos baleset vagy az elváltozást indokoló betegség, ha nincs vagy nem egyértelmű az anamnézis, ha a gyermek 3 évnél fiatalabb, ha egyéb sérülések is társulnak.

– *Gerincsérülések (2+)*: Bántalmazásra utal a gerinc sérülése, kivéve, ha súlyos baleset következtében lépett fel.

– *Megrázott gyermek szindróma (2++) [22]*: Többszörös sérülés fordulhat elő: subduralis haematoma, koponyatörés, szemben belüli vérzés, extrém esetben a gerincvelő sérülés, bordák törése. Igen nehéz felderíteni, mert nincs külsérelmi nyom.

– *Szem sérülései (2+)*: Bántalmazásra utal a retina vérzése vagy sérülése, kivéve, ha az előzményben súlyos baleset, szülési sérülés vagy az elváltozást indokoló betegség szerepel.

– *Belső szervek sérülései (2-)*: Bántalmazásra utalnak a mellkas és has belső szerveinek sérülései, kivéve, ha előzményben súlyos baleset szerepel. Különösen gyanús, ha a sérülés körülményeire nincs elfogadható magyarázat, vagy ha az ellátás késedelmet szenved.

– *Szájsérülések (2+)*: Bántalmazásra utalnak a száj sérülései, ha a sérülés körülményeire nincs vagy nem elfogadható a magyarázat.

2.4.2. Szexuális bántalmazás [1, 3, 23, 24]

A tapasztalat azt mutatja, hogy az első esemény és a bejelentés között több hónap, esetleg évek is eltelhetnek. A segítségkérést gyakran nehezíti az is, hogy a gyermeknek sokszor bűntudata van, szégyelli magát, fél saját maga és családja széthullásától, megbélyegzésétől, fél az elkövetőtől, ugyanakkor annak elvesztésétől is.

Ajánlás5

A szexuálisan bántalmazott gyermek segítségkérését kiemelten komolyan kell venni, mert a jelzés késése leginkább abból a félelemből ered, hogy nem hisznek neki (2++, megerősített gyanú) [1, 3, 24]

Ajánlás6

Szexuális abúzus gyanúját kell felvetni, ha az alábbiak valamelyikét észleli a gyermeket ellátó személy (gyanú) [1, 3, 24]

– *A végbél és genitális terület tünetei, jelei, sérülései, fertőzései (2+) [1, 3, 24]*: Szexuális abúzusra utal, ha egy fiú vagy egy lány külső nemi szervén vagy a végbél körüli területén, gáttájékon sérülési (zúzódás, duzzanat, hámsérülés – felmaródás, horzsolás, berepedés) látható és nincs vagy elfogadhatatlan a magyarázat. Vérzés, folyás, tátongó vagy tágult végbélnyílás, széklettartási zavar, vizelési nehézségek idegentest a hüvelyben vagy a végbélben.

A szájüregben észlelt sérülések esetén is gondolni kell szexuális abúzusra.

– *Szexuális úton terjedő betegségek (2+) [1, 3, 24]*

– *Várandósság adolescens korban (4) [1, 3, 24]*

Ajánlás7

Szexuális abúzus gyanúja esetén, annak igazolására ajánlott gyermeknőgyógyász vagy nőgyógyász szakorvosi és klinikai szakpszichológiai vagy gyermekpszichiátriai vizsgálatot végezni (2+, gyanú) [1, 3, 24]

Ajánlás8

Szexuális bántalmazás/erőszak gyanúja esetén javasolt az alábbi vizsgálatok elvégzése (4, gyanú) [3, 24, 25]

– terhességi teszt,

– szexuálisan terjedő betegségek (STD) szűrése: szifilisz, HIV, hepatitis B, Chlamydia, gonorrhoea,

– 72 órán belül az igazságügyi orvostani vizsgálatához szükséges váladék levétele a szájból, hüvelyből, végbélből, hímvesszőről; valamint köröm alatti kaparék, hajszál, szennyezett ruhadarab lezárt borítékba helyezése.

2.5. Bántalmazás, illetve elhanyagolás kapcsán fellépő életveszélyes állapotok

Ajánlás9

Az alább felsorolt életveszélyes állapotok észlelésekor az ellátó személyzetnek fel kell vetni bántalmazás vagy elhanyagolás gyanúját (gyanú) [1]

– *Életet veszélyeztető epizód – Apparent life threatening event (ALTE) (3)*: Bántalmazás gyanúja merül fel, ha ismétlődik, csak az egyik szülő vagy gondozó észleli, nincs orvosi indok (pl.: SIDS).

– *Mérgezés (3)*: Mérgezés előfordulása elsősorban elhanyagolásra utal. Szándékos mérgezés igen ritka.

– *Fuldoklás, nem halálos vízbe merülés (3)*: Felvetheti szándékosság gyanúját, ha hiányzik vagy valószínűtlen az előadott történet. Gyakrabban elhanyagolás, a felügyelet hiánya vezet a gyermek vízben való elmerüléséhez.

– *Betegség előidézése vagy kitalált betegség (Münchhausen by proxy) (2++)*: az anamnézis, a tünetek, a vizsgálati leletek és az ismert kórállapot között ellentmondás van, a tüneteket csak az egyik szülő/gondozó észleli, a gyógyszerek és a kezelés megmagyarázhatatlanul hatástalan, az egyik tünet megszűnése után jön a következő stb.

2.6. Rossz bánásmódra utaló érzelmi, viselkedésbeli és szociális funkciók [1, 2, 5, 14, 26, 27, 28, 29, 30, 31]

A gyermekkel való rossz bánásmód valamennyi formája veszélyeztetheti a gyermek érzelmi viselkedésbeli, szociális, szellemi és kognitív fejlődését.

Ajánlás10

Az alább részletezett érzelmi, viselkedésbeli és szociális tünetek és zavarok észlelése esetén fel kell vetni a gyermekkel való rossz bánásmód – bántalmazás/elhanyagolás gyanúját (gyanú) [1, 5, 26, 27, 29, 30, 31]

Viselkedés, érzelmi állapot (2+): Ismert stresszt kiváltó esemény (gyász, szülők válása, betegség, súlyos baleset, természeti katasztrófa) hiányában bántalmazás gyanúját veti fel, ha egy gyermek:

- viselkedésében, érzelmi állapotában gyökeres változás áll be,
- viselkedése, érzelmi állapota nem a korának és fejlettségi szintjének megfelelő és nem magyarázható egészségi okokkal,
- érzelemszabályozási nehézséggel küzd [30,31] és ezt sem a gyermek fejlettségi szintje, sem idegrendszeri, gyermekpszichiátriai zavara nem indokolja,
- disszociáció tüneteit mutatja,

- rendszeresen nem tesz eleget kötelezettségeinek pl.: iskolalátogatás,
- szokatlanul vagy nem a korának megfelelően viselkedik az orvosi vizsgálat során pl.: extrém passzivitás, ellenállás vagy visszautasítás.

Egyéb magatartási zavarok:

– Önsértő magatartás (2+; 3): például falcolás, a bőr harapása, tépése, hajtépés, öngyilkossági kísérlet.

– *Evészavarok (3)*

– *Enuresis, encopresis (3)*: Ha egy gyermeknél secunder éjszakai vagy nappali enuresis lép fel és ennek nincs sem orvosi sem egyéb lelki oka.

– *Szexualizált viselkedés (2-)*: Bántalmazásra, elsősorban szexuális abúzusra utal, ha egy prepubertásban lévő gyermek korának nem megfelelően sexualizált viselkedést mutat.

– *Elszökés otthonról (3)*

Szülő-gyermek kapcsolat (3)

– Érzelmi elhanyagolás [1, 5] gyanúját veti fel, ha a szülő/gondozó nem mutat pozitív érzelmet a gyermek, kiemelten a csecsemő, kisgyerek felé, nem figyel a jelzéseire, szükségleteire.

– Érzelmi bántalmazás (3)[1]: Ha szülő-gyermek kapcsolat ártalmas: elutasító, kritizáló, ellenséges, megalázó attitűd, a szülő kizárólag a gyermek rossz tulajdonságait és a gondozásával kapcsolatos problémákat hangsúlyozza. A gyermek korához/fejlettségéhez képest fokozott elvárások, megfélemlítés, a gyermek kihasználása, nem megfelelő szocializációja stb.

2.7. Az egészségügyi ellátás során végzett teendőkkel kapcsolatos ajánlások [1]

Ajánlás11

Dokumentáció: a gyermeket ellátó egészségügyi személyzetnek pontosan rögzítenie kell, hogy mely szakvélemény, ill. vizsgálati lelet alapján vetődött fel a gyermek bántalmazásának/elhanyagolásának gyanúja. Amennyiben a bántalmazás/elhanyagolás gyanúja megerősítésre kerül, a megerősítő kezelő/ellátó orvos számára szükséges a releváns BNO kódokat az egészségügyi dokumentációban, a diagnózis mezőben is rögzíteni. (4, megerősített gyanú) [XI. melléklet 3.1.1. pont]

Ajánlás12

Kommunikáció: a gyermek bántalmazása/elhanyagolása igen érzékeny, érzelmekkel telített helyzet, melynek hatékony kezeléséhez az érintettekkel való, az aktuális helyzetnek megfelelő, célzott kommunikáció szükséges (3). [1, 3, 5, 15, 24]; (XI. melléklet 3.3.1.)

Kommunikáció a bántalmazás/elhanyagolás miatt ellátásba került gyermekkel:

– Adjuk a gyermek tudtára, hogy segítünk rajta, törődünk alapvető szükségleteivel – ne hagyjuk egyedül. Lássuk el a gyermeket információval. Kérdéseire életkorához igazodóan válaszoljunk.

– Tartsuk szem előtt, hogy a gyermeket a bántalmazás ellenére érzelmi szálak fűzhetik a bántalmazó személyhez. Az attitűd legyen elfogadó, megértő, törekedjünk a gyermek büntudatának enyhítésére.

– A gyermek életkora, belátási képessége szerint el kell neki magyarázni azt is, hogy vannak olyan esetek, amikor az, amit nekünk elmond, nem maradhat titokban, de nem kerül jogosulatlan személy tudomására, és hogy az ő helyzetének javítása érdekében beszélni fogunk más szakemberekkel.

– A bántalmazott a poszttraumás stressz miatt tompulttá, közömbössé válhat, egymásnak akár ellentmondó részletekről számolhat be, disszociatív elemeket mutathat. Számolni kell az elkövető iránti lojalitással, szeretettel, ragaszkodással is, mely idealizálásig fokozódhat és a nyilvánvaló tények ellenére gátolja az áldozat adekvát helyzetértékelését („azonosulás az agresszorral”, vagy ún. „Stockholm szindróma”). Ezért a szakember által felajánlott segítséggel sokszor képtelen élni. [27, 31]

Kommunikáció a szülővel:

– A szülőt tájékoztatni kell a gyermek állapotáról, az elvégzendő vizsgálatokról, emellett a jogi szabályozás által előírt kötelezettségünkre is hivatkoznunk kell.

– Mondjuk el, hogy a jelzés megtétele után több szakember is bekapcsolódik a vizsgálatba.

– Fontos kihangsúlyozni, hogy a bántalmazó szülő sokszor maga is következményes mentális zavarban szenvedhet, vagy egyszerűen tudatlan és nem feltétlenül az a célja, hogy gyermekének ártson. Ha a szülő is humánus eljárásban részesül, nagyobb az esélye, hogy meg lehet törni az erőszakhoz vezető folyamatot. Meg kell erősíteni a szülőt abban, hogy gyermekével együtt segítségre szorul. Ha a szülő az együttműködést megtagadja, el kell magyarázni, hogy ezzel mind a gyermeknek, mind önmagának árt és fel kell hívni a figyelmet annak jogszabályi következményeire.

3. Az ellátási folyamat algoritmusa

Noha az egészségügyi ellátórendszert érintő feladatokat a fent leírtak foglalják magukban, a fejlesztőcsoport deklarálja, hogy a gyermekek bántalmazása/elhanyagolása esetén a teljes folyamat az egészségügyi ellátáson túlmenően is tartalmaz teendőket, melyek részletes eljárásrendjeit a hatályos jogszabályok határozzák meg.

Teendők az egészségügyi ellátáson túl a társszakmákkal együttműködésben [5, 6, 7, 14]:

Egészségügyi ellátás során a gyermekkel szembeni rossz bánásmód – bántalmazás/elhanyagolás – gyanújának megerősítése esetén bármely egészségügyi szakember, kompetenciájának megfelelő mértékben és módon köteles az egészségügyi ellátás mellett a törvények által meghatározott jelzési kötelezettségnek eleget tenni [17], valamint köteles a hazai törvények és jogszabályok szerinti intézkedések megtételére.

Megelőzés, dokumentálás, mérlegelés, jelzés:

Megelőzés: az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek jobban ismerhetik a gyermek életkörülményeit, több lehetőségük van felmérni az esetleges rizikófaktorokat, mint a járó-, illetve fekvőbeteg szakellátásban dolgozó szakembereknek. Ennek birtokában az alapellátásban dolgozóknak a megelőzésre kell törekedni: a kezdeti problémák, életvezetési nehézségek időben történő felismerésével a család fokozott gondozásba vételével megelőzhetik a helyzet súlyosbodását.

Dokumentálás: az alapellátásban, illetve járó-, illetve fekvőbeteg szakellátásban a gyermekkel először találkozó szakembereknek a gyermekkel való rossz bánásmódra vonatkozó alapvető információkat össze kell gyűjteni és pontosan dokumentálni.

Mérlegelés: a gyermeket ellátó egészségügyi személyzetnek mérlegelnie kell a bántalmazás/elhanyagolás súlyosságát a megfelelő intézkedés céljából.

Mérlegelést követően az alábbi álláspontra juthatunk:

– *Bántalmazás/elhanyagolás kizárható:* Rizikótényezők fennállnak, de veszélyeztető magatartás nem igazolható

– *Bántalmazás/elhanyagolás igazolható és besorolható:*

– *Mérsékelt veszélyeztető magatartás:* orvosi utasítások be nem tartása, segítség késedelmes kérése, kötelező védőoltások, szűrővizsgálatok mellőzése, védőnői ellátás elutasítása, sérüléssel nem járó testi fenyegetés, a vétséggel nem arányos büntetés, indokolatlan iskolai hiányzások, túlzott elvárások, a gyermek érzelmi manipulálása, zilált családi körülmények, a szülők alkoholizálása, a gyermek korának nem megfelelő dolgoztatása, a gyermek devianciája stb.

– *Súlyosan veszélyeztető magatartás:* folyamatos vagy nagyon gyakori elhanyagolás, vagy az életet, egészséget, fejlődést súlyosan veszélyeztető magatartás, nyilvánvaló bántalmazás jelei.

– *Élet veszélyeztetése:* akut életveszély gyanúja vagy hosszú távú/ életet veszélyeztető lélektani, fizikai károkozás.

Jelzés: az akut ellátás után az eset súlyosságának függvényében az egészségügyi alapellátást végző orvos/védőnő, illetve egyéb egészségügyi intézmény erre kijelölt felelőse (kórházi szociális munkás, kórházi védőnő) köteles jelezni a család- és gyermekjóléti szolgálat felé, az észlelés napján szóban és legfeljebb 3 munkanapon belül írásban (fax, e-mail vagy postázás) is. A család- és gyermekjóléti szolgálat a gyermeket fenyegető közvetlen és súlyos veszély esetén a család- és gyermekjóléti központ értesítése mellett közvetlenül tesz javaslatot a hatóság intézkedésére. A továbbiakban a gyámhivatal a gyermeket védelembe veszi, annak keretében egyéni gondozási nevelési terv készül, melynek végrehajtásában bevont segítőként szükség esetén az egészségügyi ellátást végzők is szerepet vállalnak. A család- és gyermekjóléti szolgálat/központ és a gyámhatóság a gyermek bántalmazása, elhanyagolása miatt jelzést vagy kezdeményezést tevő intézmény, személy adatait erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli.

Teendők a gyermekkel szembeni rossz bánásmód súlyosságának függvényében:

– *Rizikótényezők fennállnak, de bántalmazás/elhanyagolás nem igazolható:*

A gyermeket háziorvosa és védőnője (területi/iskolai) fokozott gondozásba veszi: segítséget nyújt a gyermek gondozásában, nevelésében, rendszeresen látogatja a családot.

A védőnő tájékoztatja a háziorvost, aki a szakma szabályai szerint szakellátóhoz irányítja a gyermeket/családot.

A szülőknél tapasztalható rizikófaktorok esetén egyéni mérlegelés szükséges. Enyhébb krízisek esetén a felvilágosítás, tájékoztatás saját hatáskörön belül. Súlyosabb rizikófaktorok esetén a szülőt felnőtt házi orvoshoz, család- és gyermekjóléti szolgálatához ajánlott irányítani.

Ajánlatos, hogy az észlelést és tanácsadást követően a védőnő és a házi orvos együttműködve, legkésőbb 2 héten belül győződjön meg arról, hogy nem alakult-e ki veszélyeztető magatartás. Amennyiben kedvező változás nem észlelhető, vagy visszajelzés nincs, a gyermek veszélyeztetése vélelmezhető, a család- és gyermekjóléti szolgálatot kell értesíteni.

– *Bántalmazás/ elhanyagolás igazolható és besorolható:*

– *Mérsékelt veszélyeztető magatartás esetén:*

– A házi orvos és védőnő (területi/iskolai) saját hatáskörben fokozott gondozásba veszi a családot.

– Jelzés a család- és gyermekjóléti szolgálat felé a házi orvos/védőnő, ill. az egészségügyi intézmény erre kijelölt szakembere részéről lehetőleg az észlelés napján szóban, és legfeljebb 3 munkanapon belül írásban (fax, e-mail, vagy azonnali postázás) is.

– Ha a gyermekkel foglalkozó szakemberek a veszélyeztetettség mértéknek növekedését érzékelik, minden alkalommal újabb jelzéseket kell tenniük a gyermekjóléti szolgálat felé. (A család- és gyermekjóléti szolgálatnak a jelzést követően 15 napon belül kell visszajelzést adnia.)

– A házi orvos és a védőnő (körzeti/iskolai) együttműködésben az esetet hosszú távon saját hatáskörben is követi (legalább 1 éven keresztül ajánlott) a család- és gyermekjóléti szolgálattal együtt kialakított cselekvési (gondozási) tervnek megfelelően.

– *Súlyosan veszélyeztető magatartás esetén:*

– Azonnali szakellátás, dokumentálás, ambuláns lap készítése (szükség esetén látlelet készítéséhez megfelelően, fényképes dokumentációra is szükség lehet), szükség esetén kórházi elhelyezés ajánlott.

– Bűncselekmény gyanúja, illetve 8 napon túl gyógyuló sérülés esetén az észlelő személyzetnek haladéktalan rendőrségi feljelentést kell tennie (szóban bejelentés a 107/112-re, és azonnal írásban is (fax, e-mail, vagy azonnali postázás). Ma már valamennyi rendőrkapitányságon áldozatvédelmi referensek teljesítenek szolgálatot. Hatósági megkeresés esetén együtt kell működni a bűnüldöző szervekkel.

– Sürgős jelzés szükséges a család- és gyermekjóléti szolgálat/központ felé a házi orvos/védőnő részéről az észlelés napján szóban, és legfeljebb 3 munkanapon belül írásban (fax, e-mail, vagy azonnali postázás) is. Amennyiben kórházban, egyéb egészségügyi intézményben igazolódik a bántalmazás vagy elhanyagolás gyanúja, az első ellátó orvos köteles ambuláns lapot (ld. fent) készíteni, jelezni a kórházi szociális szakembernek, és az intézmény köteles jelezni a területileg illetékes család- és gyermekjóléti szolgálat felé.

– A család- és gyermekjóléti szolgálat a gyermeket fenyegető közvetlen és súlyos veszély esetén a család- és gyermekjóléti központ értesítése mellett közvetlenül tesz javaslatot a hatóság intézkedésére.

– *Élet veszélyeztetése esetén:*

– Teendők: az előbb felsoroltak a következő kiegészítéssel

– A bántalmazó/elhanyagoló helyzet **azonnali** megszüntetése, a gyermek **kiemelése**, biztonságba helyezése (kórház, csecsemőotthon, gyermekotthon).

Jelzésre vonatkozó egyéb megfontolások:

– *A jelzés során „Esetjelző adatlap” (XI. Melléklet 3.2.5. – ld. elektronikus verzió) használata javasolt, ennek hiányában a jelzésnek tartalmaznia kell:*

– az érintett gyermek(ek) legfontosabb adatait (név, születési hely, idő, anyja neve, családtagok felsorolása, lakcím, – esetleges tartózkodási hely),

– a jelzést tévő intézmény megnevezését, címét,

– jelzést tévő személy nevét, elérhetőségét,

– a probléma rövid leírását, a veszélyeztető okok részletezését,

– az eddig megtett intézkedéseket és javaslatokat.

– *A gyermekek védelmével foglalkozó szakemberek és intézmények tevékenységét össze kell hangolni:*

A jelzőrendszer működtetéséért a család- és gyermekjóléti szolgálat felel, az általuk szervezett esetmegbeszélésekre, esetkonferenciákra az egészségügyi szakemberek (házi orvos, védőnő) is meghívást kapnak. Évente egy alkalommal éves értékelést tartanak, ahol a jelzőrendszer tevékenységét szervezetenként/szakmánként értékelik. Az egészségügyben dolgozó szakemberek aktív részvétele szükséges ezen megbeszéléseken.

– *Teendők, amennyiben a bántalmazó a gyermek törvényes képviselője és az együttműködést elutasítja:*

– Ha az együttműködési nyilatkozat kitöltését elutasítja, az elutasítás és annak okának feljegyzése, lehetőség szerint annak szülő általi aláírása szükséges.

– A szükséges vizsgálat és sürgősségi ellátás ennek hiányában is elvégzendő, ez esetben a szülői felügyelet felfüggesztésének indítványozása indokolt, ilyenkor eseti gyámot/gondnokot jelöl ki a gyámhivatal. Az együttműködés elutasítása természetesen súlyosbító tényező.

– A 2016. január 1-től hatályba lépett 2015. évi CXXXIII. törvény szerint családsegítés és gyermekjóléti szolgáltatás kizárólag egy szolgáltató keretében működhet. Polgármesteri hivatalt működtető települési önkormányzat lakosságszámtól függetlenül köteles család- és gyermekjóléti szolgálatot működtetni, járásszékhely (fővárosi kerületi) önkormányzat és megyei jogú város lakosságszámtól függetlenül köteles család- és gyermekjóléti központot működtetni. A szervezeti átalakítások révén a jelzőrendszeri munka összehangolása és megerősítése érdekében a család-és gyermekjóléti központ koordinálja és segíti a járások területén működő jelzőrendszerek munkáját. A helyi prevenciós feladatok ellátása a család- és gyermekjóléti szolgálatok feladata lesz. A jelzőrendszeri felelősnek a beérkezett jelzésekről és a megtett intézkedésekről rendszeresen jelentést kell készítenie a család- és

gyermekjóléti központ számára. A család- és gyermekjóléti központhoz kerül a hatósági feladatokhoz kapcsolódó gyermekvédelmi tevékenység (esetfelelősi funkció), valamint a speciális szolgáltatások (pl. kapcsolattartási ügyelet, gyermekvédelmi készenléti szolgálat stb.) biztosítása. Emellett szakmai segítséget nyújtanak a járásokban dolgozó szakemberek számára. A családsegítés új feladata lesz szociális diagnózis készítése, valamint 2017. január 1-től a támogatott lakhatást igénybevevők utánkövetése.

Az ellátási folyamat algoritmus

Ábra száma: 1. számú ábra

Ábra címe: A folyamatábrában összefoglaljuk az egészségügyi ellátók fent leírt teendőit.

