

EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv -

Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	001148
Megjelenés dátuma:	2020. augusztus 5.
Érvényesség időtartama:	2020. augusztus 5.- 2023. július 15.
Kiadja:	Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
Megjelenés helye	Egészségügyi Közlöny
Nyomtatott verzió:	
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK	3
II. ELŐSZÓ	4
III. HATÓKÖR	4
IV. MEGHATÁROZÁSOK	6
1. Fogalmak	6
2. Rövidítések	8
3. Bizonyítékok szintje	9
4. Az ajánlások rangsorolása	10
V. BEVEZETÉS	10
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	10
2. Felhasználói célcsoport	12
3. Kapcsolat hivatalos hazai és külföldi irányelvekkel	13
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	13
VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ	27
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban	27
2. Alkalmazást segítő dokumentumok	30
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok	30
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	34
IX. IRODALOM	34
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE	37
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja	37
2. Irodalomkeresés, szelekció	38
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja	38
4. Ajánlások kialakításának módszere	38
5. Véleményezés módszere	38
6. Független szakértői véleményezés módszere	38
XI. MELLÉKLET	39
1. Alkalmazást segítő dokumentumok	39

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK**Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):****1. Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat**

Dr. Póta György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, társszerző

Külső szakértők:

Dr. Kovács Zsuzsanna csecsemő- és gyermekgyógyász, társszerző

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

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

2. Csecsemő- és gyermekgyógyászat Tagozat

Prof. Dr. Balla György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, társszerző

Külső szakértők:

Dr. Békefi Dezső csecsemő- és gyermekgyógyász, társszerző

Dr. Rudas Gábor csecsemő- és gyermekgyógyász, neonatológus, radiológus, társszerző

3. Igazságügyi orvostan, orvosszakértés és biztosítási orvostan Tagozat

Prof. Dr. Keller Éva igazságügyi orvosszakértő, tagozatvezető, társszerző

4. Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat

Dr. Pászthy Bea PhD gyermekpszichiáter, tagozatvezető, társszerző

Külső szakértő:

Dr. Sonnevend Mária gyermek- és ifjúság pszichiáter, társszerző

5. Szülészeti és nőgyógyászat, asszisztált reprodukció Tagozat

Dr. Demeter János szülész-nőgyógyász, tagozatvezető, társszerző

Külső szakértő:

Dr. Major Tamás szülész- nőgyógyász, társszerző

6. Traumatológia és kézsebészet Tagozat

Prof. Dr. Fekete Károly traumatológus, kézsebész, tagozatvezető, társszerző

Külső szakértő:

Dr. Kassai Tamás traumatológus, társszerző

7. Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat

Bábiné Szotzfried Gabriella védőnő, tagozatvezető, társszerző

Külső szakértők:

Bíróné Asbóth Katalin védőnő, mentálhigiénés szakember, társszerző

Csordás Ágnes Katalin védőnő, társszerző

Tománé Mészáros Andrea védőnő, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**1. Égés- és plasztikai sebészet Tagozat**

Dr. Tamás Róbert sebész, plasztikai sebész, tagozatvezető, véleményező

2. Házi orvostan Tagozat

Dr. Szabó János házi orvos, tagozatvezető, véleményező

3. Klinikai szakpszichológiai és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Császár-Nagy Noémi klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus, tagozatvezető, véleményező

4. Megelőző orvostan és népegészségügy, kórházi higiénia Tagozat

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

5. Nukleáris medicina Tagozat

Prof. Dr. Szilvási István nukleáris medicina, belgyógyász szakorvos, tagozatvezető, véleményező

6. Oxyológia - sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan Tagozat

Dr. Varga Csaba sürgősségi orvostan szakorvos, tagozatvezető, véleményező

7. Transzfuziológia és hematológia Tagozat

Prof. Dr. Vályi - Nagy István haematológus, klinikai onkológus, tagozatvezető, 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 egyetértettek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezetek, szakmai társaságok tanácskozási joggal:

- **Pécsi Tudományegyetem Állam és Jogtudományi Kar, Polgárjogi Tanszék**

Dr. Katonáné Dr. Pehr Erika jogász, c. egyetemi docens, független szakértő

- **Család Gyermek Ifjúság Kiemelkedően Közhasznú Egyesület**

(nyilvántartási szám: 5813)

Dr. Herczog Mária, elnök, szociológus

- **Hintalovon Alapítvány**

(nyilvántartási szám:01-01-0012255)

Dr. Gyurkó Szilvia képviselő, jogász

- **ELTE Állam és Jogtudományi Kar**

Dr. Lux Ágnes mb. oktató, jogász

- **Budapest Főváros II. Kerületi Önkormányzat Család-és Gyermekjóléti Központ**

Papp Krisztina intézményvezető, szociálpolitikus

- **Fővárosi Sztéhló Gábor Gyermekotthon**

Dr. Révész Magda szociálpolitikus

- **Baranya Megyei Rendőr-főkapitányság**

Pápai Balázné c. r. alezredes, ifjúságvédelmi referens

- **Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány**

(nyilvántartási szám: 4514)

Papp Zsuzsanna, kuratóriumi elnök

- **Budapest Főváros Kormányhivatala XV. Kerületi Gyámhivatal**

Kovács Mónika Krisztina, osztályvezető

- **Gazdagréti Pitypang Óvoda**

Zsiros Emese pszichológus

Független szakértő:

- Család Gyermek Ifjúság Egyesület

- Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány

- Magyar Védőnők Egyesülete

- Budapest Főváros Kormányhivatala XV. Kerületi Gyámhivatal

Az eredeti irányelvet az OBDK részéről független módszertani szakértők véleményezték.

II. 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.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:

0-18 éves gyermekekkel szembeni rossz bánásmód, bántalmazás/elhanyagolás formái és az ezekkel kapcsolatos egészségügyi tevékenységek,

valamint a jelzőrendszerben betöltött szerepből következő, jogszabályokban rögzített kötelezettségek.

Ellátási folyamat szakaszai:

A gyermekek bántalmazásának/elhanyagolásának felismerése, jelzés és együttműködés (család és gyermekjóléti szolgálat, család- és gyermekjóléti központ, rendőrség, gyámhatóság), gondozás.

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).

Érintett ellátottak köre:

Az egészségügyben ellátásra kerülő bántalmazott/elhanyagolt, illetve ennek gyanúját felvető, 0-18 éves gyermekek.

Érintett ellátók köre:

Szakterület:

0200 sebészet
 0400 szülészet-nőgyógyászat
 0500 csecsemő-és gyermekgyógyászat
 0501 neonatológia
 0502 PIC
 0506 gyermeksebészet
 0507 gyermeknőgyógyászat
 0508 gyermekszemészet
 0509 csecsemő és gyermek fül- orr- gégegyógyászat
 0510 gyermekradiológia
 0511 gyermekneurológia
 0515 csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia
 0521 fejlődésneurológia
 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
 6302 házi gyermekorvosi ellátás,
 6303 felnőtt- és gyermek (vegyes) házi orvosi ellátás,
 6306 iskola- és ifjúságorvoslás
 6500 izotópdiaagnosztika
 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia

	7303 csecsemő- és gyermekszakápolás 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:	J1 járóbeteg-szakellátás, szakrendelés J7 járóbeteg-szakellátás,- gondozás F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás F4 fekvőbeteg-szakellátás, rehabilitációs ellátás A1 alapellátás
Progresszivitási szint:	I-II-III. szint.
Egyéb specifikáció:	Nem egészségügyi szervezetek (pl.: rendőrség, gyámhatóság, család- és gyermekjóléti szolgálatok/központok, bölcsőde, oktatási intézmények) szakemberei (szociális munkás, gyermekgondozó, óvodapedagógus, pedagógus stb.)

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Kiskorú veszélyeztetése:

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

„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.”

Az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (Gyermekevédelmi Törvény) szerint:

„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 vethető alá kínzásnak, testi fenyegetésnek és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetésnek, illetve bánásmódnak.” Továbbá:” A gyermeknek joga van ahhoz, hogy a védelme érdekében eljáró szakemberek - különösen a gyermek bántalmazásának felismerése és megszüntetése érdekében - egységes elvek és módszertan alkalmazásával járjanak el.”

Veszélyeztetettség

Gyermekevédelmi Törvény 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 veszélyeztetettség főbb tényezői:

- anyagi tényezők (a Gyermekevédelmi Törvény kiemeli, hogy gyermeket kizárólag anyagi okokból nem lehet a családjából kiemelni)
- erkölcsi tényezők
- egészségügyi tényezők
- nevelési tényezők.

A gyermek elhanyagolása és bántalmazása (rossz bánásmód) a veszélyeztetettséghez képest szűkebb fogalom. 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 [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Elhanyagolás: minden olyan mulasztás vagy baj okozása (akár szándékos, akár tudatlanságból, óvatlanságból, nemtörődömségből ered), amely jelentősen árt a gyermek egészségének vagy lassítja, akadályozza a szomatikus, mentális és érzelmi fejlődését [1, 2, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

Az elhanyagolás fajtái:

Érzelmi elhanyagolás: az érzelmi biztonság, az állandóság, a szeretetkapcsolat hiánya, a gyermek érzelmi kötődésének durva mellőzése. Magában foglalhatja annak közvetítését, hogy értéktelen, el nem fogadott, nem szeretett - elutasítás, terrorizálás, semmibe vétel, elszigetelés, durva szidalmazás, súlyos büntetés, kiabálás, vesztegetés stb. [1, 2, 6, 10, 11, 12, 18].

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 hátterében is feltételezhető elhanyagolás (pl.: autóban biztonsági öv, gyerekülés használatának mellőzése, kerékpározásnál bukósisak hiánya). Az éheztetés hátterében számos ok állhat (szándékos éheztetés, indokolatlan diétáztatás, indokolatlan diéta gyermekekre való erőltetése, böjtölés, indokolt diéta elhagyása), de a gyermek saját maga is hanyagolhatja az evést (pl.: drog-függés, kezeletlen anorexia-bulimia, szociális okok stb.) [1, 2, 6, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20].

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. Az elhanyagolás mérlegelését az anyagi helyzettől el kell választani és mindent meg kell tenni, hogy a rászoruló gyermekek megfelelő szociális támogatásban részesüljenek. Ennek elmaradása inkább intézményi bántalmazást/elhanyagolást jelent [1, 2, 6, 7, 8, 10, 11, 12].

A 2014-es HBSC kutatás adatai szerint társadalmi-gazdasági szempontból minden nyolcadik tanuló hátrányos helyzetűnek tekinthető [21].

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 [1, 2, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

A gyermekbántalmazás fajtái:

Érzelmi bántalmazás: a gyermek érzelmeivel való tartós vagy rendszeres visszaélés, a gyermekekben az értéktelenség, a szeretetlenség, a nem kívánság, 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, megszegyenítés, 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 játékanak, 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 [1, 2, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 33].

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 fenyegetés” 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. A fizikai bántalmazás speciális formája a megrázott gyermek szindróma (Shaken Baby Syndrome, Shaken Impact Syndrome), 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 [1, 2, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 22, 23, 24, 26, 27].

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). büntetethőség 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 [1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 28, 29, 30, 31].

„**Münchhausen by proxy**” **szindróma** igen ritka, kevert bántalmazási forma, 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 [6, 10, 11, 15, 18, 32].

Szülői elidegenítés szindróma (PAS): új jelenség, ami a gyermek és az elutasított családtag ellen irányuló pszichológiai abúzusnak, lelki bántalmazásnak egy jellegzetes formája, és szinte kizárólag a házastársak különélése, vagy válása esetén fordul elő, főleg azokban az esetekben, ahol jogi lépésekre is sor kerül vagy került. A lelki bántalmazás jellemzően a másik szülővel szembeni indokolatlan félelem, tiszteletlenség vagy ellenségeskedés kialakulásához vezet. Ennek általában az az oka, hogy az egyik szülő ki akarja zárni a másik szülőt a gyermek életéből, és ezért a gyermek végül teljesen elidegenedik a másik szülőtől [33.]

A gyermek önmagát veszélyezteti: az önsértés, azaz a gyerekek 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, tankötelezettség nem teljesítése, drogfogyasztás, alkoholizálás stb. Ezek hátterében gyakran családi diszfunkció, félelem, elhanyagolás, családi erőszak, kortársbántalmazás, iskolai problémák, kudarc stb. állnak [1, 18, 34].

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, 6, 10, 15, 16, 35, 36, 37].

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) [28, 36]. Gyermekbántalmazás minden társadalmi rétegben előfordul, és kialakulásában számos családi és egyéni rizikófaktor játszik szerepet [6, 10, 15, 37].

Családon kívüli erőszak:

Bántalmazás idegenek által

Rendszer-abúzus/intézményi bántalmazás: 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 elváltatás is.

Intézményi bántalmazás bekövetkezhet a közélet különböző területein, oktatási nevelési intézményben, az egészségügyi ellátás, a büntető- vagy hatósági eljárás, menekültügyi eljárás során, a sportéletben, stb. [6, 37, 38, 39, 67, 68, 71].

2. Rövidítések

AAP: American Academy of Pediatrics/Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder/Figyelmhiányos hiperaktivitási zavar

ALTE: Apparent Life Threatening Event/Életet veszélyeztető epizód

ANTSZ: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

BNO/ICD: Betegségek Nemzetközi Osztályozása/International Classification of Diseases

EESZT: Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér

EMMI: Emberi Erőforrások Minisztériuma

ENYÜBS: Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer

ENYKK: Egészségügyi Nyilvántartási Képzési Központ

ENSZ: Egyesült Nemzetek Szervezete

ET: Európa Tanács

HIV: Human Immunodeficiency Virus

ISPCAN: International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect/Gyermekekkel szembeni visszaélések és gondatlanságok megelőzésének nemzetközi társasága

HBSC: Health Behaviour in School-Aged Children/Iskoláskorúak egészségmagatartása

KSH: Központi Statisztikai Hivatal

NICE: National Institute for Health and Care Excellence/Egészség és Klinikai Kíválóság Nemzeti Intézete

NNK: Nemzeti Népegészségügyi Központ

MAVE: Magyar Védőnők Egyesülete

OBDK: Országos Betegjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ

OFTEX: Orvosok folyamatos továbbképzése elektronikus index

Ombudsman: Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztos

OSAP: Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program

PAS: Parental Alienation Syndrome/Szülői elidegenítési szindróma

SBS: Shaken Baby Syndrome/Megrázott gyermek szindróma

SIDS: Sudden Infant Death Syndrome/Bölcsőhalál

STD: Sexually Transmitted Disease/Szexuális úton terjedő betegségek

UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund/Egyesült Nemzetek Gyermekkori Segélyalapja

WHO: World Health Organisation/Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

Tekintve, hogy a **felismerés és diagnózis** leírásánál a fejlesztő munkacsoport NICE irányelvet adaptálta, 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.

1. számú táblázat: Bizonyítékok szintje NICE irányelv alapján

Szint	Meghatározás
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 mérsékelten 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. Az ajánlások rangsorolása

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

„**Megerősített gyanú**”(2++) Bántalmazás/elhanyagolás megerősített gyanúja, ezért az ellátónak jelzési kötelezettsége van. A jelzési kötelezettséget az alábbi szavakkal fejezzük ki: **kell, kötelező, szükséges**.

„**Gyanú**” (2+, 2-) Bántalmazás/elhanyagolás gyanúja felmerül, ezért további megfigyelés, konzílium, esetmegbeszélés szükséges. A megfontolás tárgyát képező ajánlás: **ajánlott, célszerű, javasolt**.

A fejlesztő munkacsoport a napi gyakorlat nyelvére átültetve (3) konszenzussal (4) fogalmazta meg az ajánlásokat.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

„Semmilyen gyermekkel szemben elkövetett erőszak nem igazolható, de minden erőszak megelőzhető”. 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”[41]. A Gyermekjogi Egyezményt hazánk 1991-ben a LXIV. törvénnyel hirdette ki. Az ENSZ főtitkárának felkérésére 2006-ban átfogó, globális felmérés készült a gyermekekkel szembeni erőszak feltárására [40]. 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 [37, 40, 41]. Az ENSZ Gyermekjogi Bizottsága 2011-ben megjelent 13. átfogó kommentárja gyermekjogi megközelítésben részletezi a részes államok feladatait a gyermekek elleni erőszak megelőzéséről és kezeléséről [37]. 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 [5]. Az Európa Tanács által elfogadott Szófiai Gyermekjogi Stratégia 2016-2021 között zajló programciklusa öt prioritást határoz meg, amelyen belül kiemelt terület az erőszakmentes gyermekkor [42].

A globális adatok igen riasztóak, így pl.: az UNICEF legfrissebb, 2017-es adatai szerint a 2-4 év közötti gyermekek $\frac{3}{4}$ -e szenved el rendszeresen valamilyen erőszakos fizikai büntetést vagy érzelmi bántalmazást a szüleitől vagy a gondozóitól [69], a WHO szintén 2017.évi adatai szerint a lányok 20%, a fiúk 8%-a szenved el szexuális abúzust [28]. A WHO azonban már 2002-ben megállapította, hogy a gyermekbántalmazás és elhanyagolás nem csak társadalmi, hanem népegészségügyi probléma, mert az ebben való érintettség hatással van az egészségre. A WHO meghatározása szerint az egészség az ember testi, lelki és szociális jólétét jelenti, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányát. Erre és a kialakult joggyakorlatra is figyelemmel, a lelki bántalmazások az egészségsértés körében kerülhetnek értékelésre.[4]. Ez a megállapítás sajnos hazánkra is érvényes, amit számos adat támaszt alá. Az ENYÜBS'18 (Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészeti Bűnügyi Statisztikai Rendszer) adatai szerint hazánkban:

2015-ben 17 gyermekkorú (0-13 éves) halt meg emberölés következtében, 1021 gyermekkorú vált sértetté kiskorú veszélyeztetése, 855 gyermekkorú testi sértés, 186 gyermekkorú szexuális erőszak illetve 70 szexuális visszaélés bűncselekménye miatt [36]. Az egészségügyi statisztika tárgykörébe tartozó halottvizsgálati bizonyítványok alapján 2015-ben hazánkban a 18 év alatti lakosság köréből 9 gyermek halála következett be olyan közvetlen külső ok miatt, amely szándékosan okozott testi sértésre vezethető vissza, közülük 3 kisgyermek egy éven aluli volt.

2018. II. félévtől 26 gyermekkorú halt meg emberölés következtében, 845 gyermekkorú vált sértetté a kiskorú veszélyeztetése bűncselekmény, 740 gyermekkorú a testi sértés, 221 gyermekkorú a szexuális erőszak, illetve 120 gyermekkorú a szexuális visszaélés bűncselekménye miatt [74].

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 [43].

A KSH alábbi adatai szerint:

2. számú táblázat: Veszélyeztetett, bántalmazott, elhanyagolt gyermekek (Forrás: KSH-OSAP)

	2012	2014	2017	2018 előzetes
18 éven aluliak száma (fő)	1 904 339	1 850 824	1 812 672	1 811 329
Veszélyeztetett gyermekek száma (fő)	190 564	130 586	172 808	173 604
Veszélyeztetett gyermekek aránya (%)	10%	7%	10%	10%
Elhanyagolt gyermekek összesen (fő)	23 922	29 671	20 875	20 572
Elhanyagolt gyermekek aránya (%)	1,26%	1,60%	1,15%	1,14%
fizikai elhanyagolás	10 524	14 912	14 468	14 547
érzelmi elhanyagolás	13 398	14 759	6 407	6 025
Bántalmazott gyermekek összesen (fő)	6 828	7 494	6 542	7 067
Bántalmazott gyermekek aránya (%)	0,36%	0,40%	0,36%	0,39%
fizikai bántalmazás	2 233	2 927	3 235	3 607
érzelmi bántalmazás	4 285	4 113	2 687	2 856
szexuális abúzus	310	454	620	604

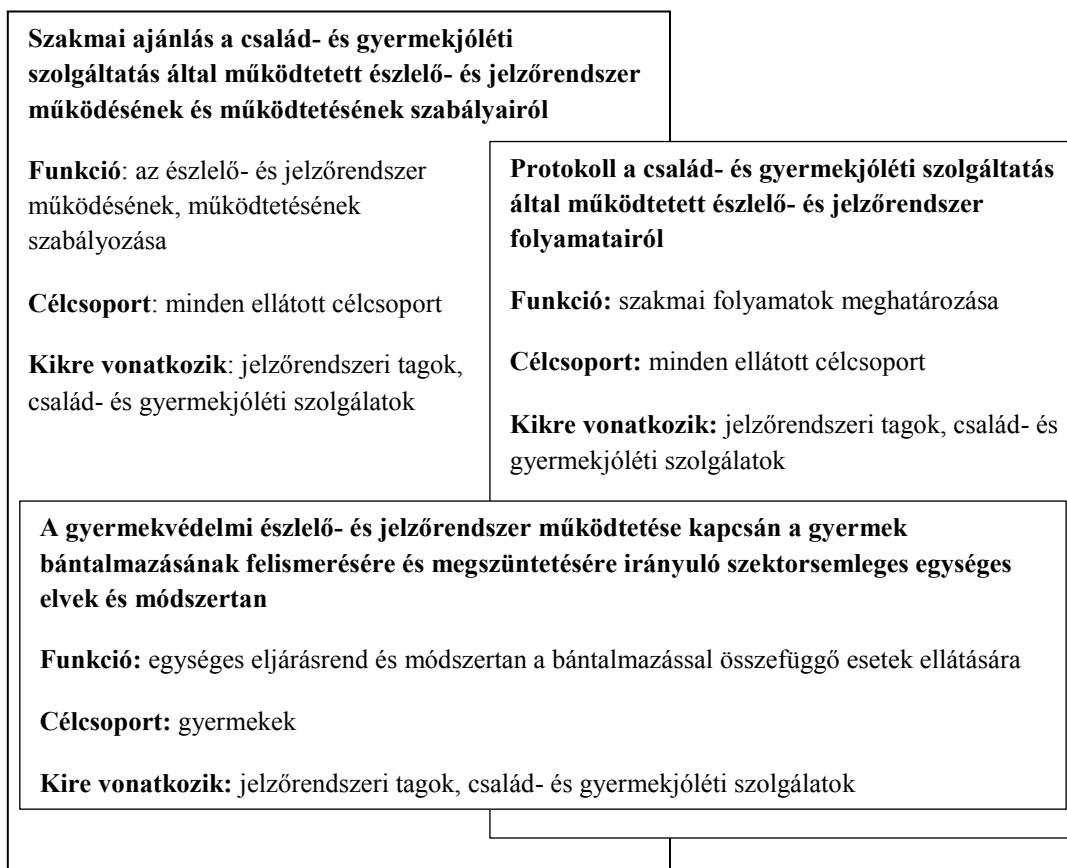
Ezek az adatok azonban csak az ismert esetekre vonatkoznak, köztudott, hogy a látencia igen magas (különösen a mindkét nemet érintő szexuális abúzus tekintetében) [13, 35, 36]. 2017-ben, részben a “#metoo mozgalom” hatására a szexuális erőszak nagyobb figyelmet kapott, így talán kevesebb eset maradt rejtve, ami a fenti adatokból is kiolvasható [44]. A közelmúltban elvégzett első hazai ACE (adverse childhood experiences) vizsgálat szerint a gyermekek 25 %-át érte bántalmazás és/vagy nőtt fel diszfunkcionális családban [70].

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, mert a háziorvos, házi gyermekorvos feladata nem csak a sérülések gyógyítása, hanem a gyermekbántalmazás jelzése is. A jelzési kötelezettség elmulasztása is bántalmazó, elhanyagoló magatartásnak, de legalábbis foglalkozás körében elkövetett gondatlanságnak minősülhet, mivel ez is veszélyezteti a gyermeket. A jelzési kötelezettség ugyanakkor esélyt jelent minden szakember számára egy közös cselekvés megtervezésére, amely egyben védelmet ad a bántalmazóval szemben, mert ezáltal több szakember között oszlik meg a döntés súlya.

Az Ombudsman állásfoglalása szerint ezért 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 [45].

A Gyermekvédelmi Törvény 2017.évi módosítása szerint a jelzőrendszeri tagok a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében a gyermekvédelmi jelzőrendszer működésének és működtetésének szakmai módszereit alkalmazva járnak el. Az elmúlt években számos protokoll került elfogadásra és közzétételre a gyermekvédelem területén is, amelyek valamennyi jelzőrendszeri tag számára határoznak meg egységes gyakorlati feladatokat. Jelen egészségügyi szakmai irányelv, mint speciális ágazati szakmai irányelv szervesen illeszkedik az alábbi három általános szabályrendszerhez [9, 46.]:

1. **számú ábra:** A család- és gyermekjóléti szolgáltatás szakmai szabályrendszerek egymáshoz való viszonya [Forrás: 46.a]



Az egészségügyi feladatokat ellátókat érinti az Alkotmánybíróság a IV/1089/2018. számú, a kötelező védőoltások beadását érintő döntése, melyben megállapította, hogy az Alaptörvény XVI. cikkének (2) bekezdése által a szülők számára a gyermekük nevelésére biztosított joguk a kötelező védőoltások beadásának jogszerű indok nélküli megtagadása esetén korlátozható. Végösszetben a szülőknek a gyermeket súlyosan veszélyeztető, a hatóságokkal való együttműködést megtagadó magatartása esetén a gyermek családból való kiemelése is alkotmányosnak minősülhet. A védőoltások a fertőző megbetegedések elterjedésének megelőzését szolgálják [20]. Egy ezzel kapcsolatos hazai vizsgálat szerint az oltásmegtagadási ügyek 77,8 %-a eredményesen zárult és a gyermekek megkapták a védőoltást. Az oltáselmaradás kezelésében az egészségügyi szakemberekkel folytatott személyes konzultáció és a határozott hatósági fellépés együttesen hatékony volt [73].

2. Felhasználói célcsoport

Az irányelv bevezetését az indokolja, hogy hiába adott a jogszabályi környezet, azok végrehajtása problematikus. Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa (ma már Alapvető Jogok Biztosa - Ombudsman) által 2009-ben végzett vizsgálat adatai szerint az egészségügyben dolgozók igen alacsony arányban (védőnők 13%, egyéb egészségügy <5%, házi orvosok 0,2%) tettek eleget a törvény által előírt jelzőrendszeri kötelezettségüknek. A KSH - OSAP elérhető adatai szerint 2013. évben a jelzőrendszeri tagok 178.295 jelzése közül 8,4%-ban az egészségügyi szolgáltatók jeleztek, ezen belül 78% volt védőnő, 2016. évben érkezett 116.858 jelzés közül 13,2% volt egészségügyi szolgáltató, ezen belül 77,1 % volt védőnő. A házi orvosi praxisok éves statisztikai jelentése szerint 2015-ben 1535, 2017-ben pedig 1127 gyermek került gondozásba elhanyagolás/elhagyás miatt.

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. Az egységes módszertan szerint eljárás szükségességét fogalmazza meg az Ombudsman az 2013. évben megjelent jelentésében is. A 2016-ban lefolytatott vizsgálatában pedig leszögezi, hogy a védőnők, a házi gyermekorvosok nélkülözhetetlen láncszemei a gyermekvédelmi jelzőrendszernek az általuk adott vélemény, avelük való együttműködés minősége és folyamatossága kulcsfontosságú abban, hogy a gyámhatóság a gyermek veszélyeztetett helyzetét időben felismerje. Az egészségügyi szolgáltatást nyújtók, így különösen a háziorvos, házi gyermekorvos, az iskolaorvos, a védőnő a jelzőrendszer tagjaként a gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatokat is ellátnak [6, 7, 8, 9, 45, 46, 47, 48].

3. Kapcsolat hivatalos hazai és külföldi irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel.

Azonosító:	001148
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv - Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén.
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny LXVI. évf. 9. szám (1481-1497. old.)
Érvényesség lejárta:	2019. 12. 31.
Elérhetőség:	http://www.gyermekorvostarsasag.hu/hirek.aspx?nid=78267

Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k):	-
Tudományos szervezet:	National Institute for Health and Clinical Excellence NICE
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
Revízió címe:	Child maltreatment: When to suspect child maltreatment in under 18s
Megjelenés adatai:	2017 okt.
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/cg89
Szerző(k):	-
Tudományos szervezet:	American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect - AAP
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
Revízió címe:	Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children
Megjelenés adatai:	Pediatrics 2005; 116; 506-512
Elérhetőség:	https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/116/2/506.full.pdf

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvvel.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

A gyermek elhanyagolásának, a rossz bánásmódnak a jeleit, azok a szakemberek észlelhetik elsősorban, akik napi kapcsolatban vannak a gyermekkel, ismerik a családot, a gyermeket, ezért elengedhetetlen az egészségügyi ellátók és a társszakmák közötti együttműködés. Az áldozattól nem várhatjuk a gyanú megerősítését, így a szakember könnyen elbizonytalanodhat. Nehezíti helyzetét, hogy - főleg elhanyagolás vagy érzelmi, szexuális bántalmazás esetén - a testi jelek hiánya nem zárja ki a bántalmazás lehetőségét. A bántalmazás jelei a gyermek életkorával is eltérő formákat ölthetnek, és pubertás korban az egészséget veszélyeztető és deviáns magatartásformák megjelenésekor még nehezebbé válik azonosításuk. A gyanújelek lehetnek általánosak vagy specifikusak. Jelentkezhetnek testi, viselkedésbeli, érzelmi szinteken [1, 3, 6, 10, 11, 12, 13, 15].

Az alábbiakban összefoglaljuk azokat a jeleket, melyek széleskörű irodalmi adatok alapján egyértelműen megerősítik, ill. felvetik a gyermekkel való rossz bánásmód gyanúját. 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 zárójelben kiemelten jelöltük és az ajánlásokat rangsoroltuk (gyanú 2+, illetve megerősített gyanú 2++) [1].

Anamnézis, a gyanú felvetése

Ajánlás1

Az alábbiakban felsorolt rizikófaktorok bármelyikének fennállása felveti (2+), illetve megerősíti a bántalmazás/elhanyagolás gyanúját (2++)

Rizikófaktorok:

A rizikófaktorok nem feltétlenül vezetnek bántalmazáshoz, de az ellátás, kiemelten a megelőzés szempontjából fokozott figyelmet érdemelnek, mivel fennállásuk esetén nagyobb eséllyel fordul elő bántalmazás/elhanyagolás. Gyermekbántalmazás minden társadalmi rétegben, csoportban előfordul, kialakulásában számos családi és egyéni rizikófaktor együttállása is szerepet játszik. A magasabb társadalmi helyzetű családokban a felfedés nehezebb, mivel ezek a családok tájékozottabbak, érdekeiket jobban védik. A szakemberek kevésbé gyanakodnak rájuk, esetleg a szülők társadalmi helyzete miatt jobban félnek eleget tenni jelzési kötelezettségüknek.

Társadalmi-gazdasági tényezők:

- szocio-kulturális körülmények,
- helytelen nevelési hagyományok, rossz szokások,
- testi fenytés elfogadottsága.

Családi körülmények:

- erőszak a családtörténetben, erőszak a családban,
- szegénység, hajléktalanság, munkanélküliség,
- egyedülálló vagy különélő szülő, mostoha szülő, bizonytalan kapcsolódású partner,
- a család diszfunkcionális működése (családtag bántalmazása, mentális beteg a családban, alkohol-abúzus a családban, szülők különélése/válása, elszigetelt család),
- szüléskor az anya 18 évesnél fiatalabb, az anya rövidebb-hosszabb időre külön él a gyermektől,
- a szülő és a gyermek temperamentuma közötti diszharmonia,
- a szülők hitéleti vagy meggyőződésbeli magatartása (pl. fényevő szekta). (Megjegyzendő, hogy a családtagok lelkiismeret- és vallásszabadságának korlátozása csak abban az esetben lehetséges, ha egy vallási irányzat, illetve a meggyőződés mások, pl. a gyermek élethez, egészséghez stb. fűződő jogait súlyosan sérti és ennek következménye miatt a gyermek súlyosan veszélyeztetett).

Egyéni rizikófaktorok:

A szülő személyiségével összefüggő problémák:

- közömbös, túlaggódó, intoleráns a gyermekkel,
- a szülők ismeretei a gyermekük fejlődéséről, a gyermek életkorának megfelelő viselkedésről hiányosak, vagy hibásak,
- éretlen személyiség, mentális betegség (depresszió, bipoláris zavar, szkizofrénia, szorongás kiemelendő a posztpartum depresszió és pszichózis),
- tanulási nehézség,
- kötődési problémák,
- alkohol-, drogfüggőség, deviáns magatartás, bűnözés, antiszociális személyiség, a szülőnek a saját szüleivel rossz vagy ambivalens kapcsolata volt,
- a szülő is bántalmazott gyermek volt,
- a szülő gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedett.

A gyermekkel kapcsolatos tényezők:

- nem kívánt vagy titkolt terhességből született gyermek,
- koraszülött, kis születési súlyú gyermek,
- az újszülöttet több mint 24 órára elválasztották az anyától,
- két szülés között kevesebb, mint 18 hónap telt el,
- testi vagy értelmi fogyatékkal élő, illetve egyéb okokból az átlagtól eltérő gyermek, krónikus betegséggel élő gyermek,
- nyugtalan, nehezen megnyugtatható, síró csecsemő,
- magatartási, tanulási zavarral küzdő gyermek.

Veszélyeztetett életkorok:

- újszülöttkor (különösen a nem várt vagy koraszülött gyermek),

- csecsemőkor (sírósság, táplálási nehézség, éjszakai átalvás nehézségei),
- 2-4 éves kor (dackorszak, önállósodási törekvések, hiperaktivitás),
- serdülőkor fokozott autonómia törekvések.

A gyermekbántalmazást kiváltó események:

- krízisek a családban: haláleset, válás, külföldi munkavállalás stb.,
- közvetlen kiváltó események: csecsemősírás, táplálási nehézségek, szobatisztaságra szoktatás nehézségei, fejlődési és pszichoszociális krízisek [1, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 49],
- társadalmi krízisek, pl.: Koronavírus pandémia [75].

Felismerés, diagnózis

A kortól és a gyermek fejlettségi szintjétől függetlenül a sérülések elhelyezkedése és alakja nagyon fontos annak megítélésében, hogy a sérülés balesetnek vagy bántalmazásnak minősül. Figyelembe kell venni az egészségügyi (pl.: hematológiai betegség), szociális előzményeket, a gyermek fejlődési szintjét [1].

Ajánlás2

Az alábbi körülmények fennállása esetén az egészségügyi ellátónak fel kell vetni a gyermekkel való rossz bánásmód - bántalmazás/ elhanyagolás - gyanúját (2+):

- az egészségügyi ellátás igénybevétele késlekedik,
- nincs vagy nem elfogadható a sérülés körülményeire vonatkozó magyarázat, sérülések önálló helyváltoztatásra nem képes gyermekek következnek be,
- túl gyakran éri sérülés a gyermeket, mely nem indokolható (pl. ADHD-val),
- szokatlan tünetekkel vagy túl gyakran keresik fel az egészségügyi intézményt,
- a gyermek indokolatlanul sokat hiányzik az iskolából/óvodából (4),
- testi fejlődése, tápláltsága nem megfelelő, és ez nem indokolható (pl.coeliakia),
- a gyermek megjelenése (4), viselkedése, magatartása (3) gyanút kelt [1, 6, 10, 11, 12, 15, 17, 22, 24, 25].

Elhanyagolás

A gyermek védelembe vételének 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 kielégítéséhez az államnak minden segítséget, információt és támogatást meg kell adnia. Csak akkor tehető a szülő felelőssé, ha ennek ellenére nem látja el megfelelően a gyermeket [1, 6, 10, 11, 12, 13, 17, 19].

Ajánlás3

Az elhanyagolás gyanúját bármely, a következőkben felsorolt körülmény megerősíti (2++)

Alapvető szükségletek (4):

- a gyermekén súlyos és visszatérő fertőzések észlelhetők (pl.: scabies, pediculosis),
- a gyermek ruházata, lábbelije nem megfelelő (időjárásnak, méretnek),
- a gyermek állandóan mosdatlan, ápolatlan,
- a gyermek higiénés körülményei veszélyeztetik az egészségét,
- a gyermek környezete korához, fejlettségi szintjéhez képest veszélyeket hordoz.

Rossz táplálás: alultáplálás (2+), túltáplálás, ellátás hiánya (4)

Alultáplálás, fejlődésbeli elmaradás esetén az organikus okok kizárása után fel kell vetni az elhanyagolás gyanúját. Az előírt diéta be nem tartása, indokolatlan diéta erőltetése szintén gyanút kelt. 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 is (pl. fényevő szekta) vezethet súlyos alultápláláshoz. Minden esetben a család megsegítése az alapvető szempont. A kornak nem megfelelő ételek adása, egészségtelen, káros ételek túlzott fogyasztása is felveti elhanyagolás gyanúját.

Megfelelő felügyelet hiánya (3)

- a legtöbb égés és forrázás inkább elhanyagolás (2+), mint szándékos cselekmény következménye,
- napégés,
- állat harapása (pl. őrizetlen állat),
- a vízbefulladás, vízben való elmerülés (elkerítetlen medence),
- mérgezés (környezetben a gyermek számára elérhető veszélyes anyagok),
- a gyermeket a felügyeletére alkalmatlan személyre bízák (pl.: kiskorú testvér, demens nagyszülő);

- a gyermek magára hagyása.

Egészségügyi ellátás hiányossága (4), ha a szülő/gondozó

- nem adja meg a gyermeknek a javasolt gyógyszert vagy kezelést,
- nem, vagy megkéskévesíti igénybe szükséges egészségügyi ellátást és ezzel a gyermek egészségét károsítja (pl. sérülés, folyamatos fájdalom esetén),
- rendszeresen nem veszi igénybe az egészségmegőrző és megelőzésre irányuló szolgáltatást pl.. védőoltás [49], szűrővizsgálatok (korhoz kötött szűrővizsgálatok, fogászati szűrések), illetve, ha fenti szolgáltatások igénybevételeben akadályozva van, azt nem jelzi, nem működik együtt.

Indokolatlan hiányzások az iskolából/óvodából (4)

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.

Bántalmazás

Fizikai bántalmazás

Ajánlás4

Az elsőként észlelő egészségügyi ellátónak az alább ismertetett sérülések, fizikai állapotok, tünetek észlelése esetén bántalmazást kell gyanítani (2+)

Általános jellemzők (2+):

- a gyermekben az előadott magyarázattal nem indokolható sérülések, hegek nyomai láthatók,
- a sérülések önálló helyváltoztatásra nem képes gyermekben láthatók,
- többszörös, különböző gyógyulási stádiumban lévő sérülések,
- szimmetrikus sérülések,
- sérülések a ruházat által fedett területeken (hát, mellkas, has, hónalj, genitális területek),
- sérülések a szem körül, fülön, arcon,
- leköttözés nyomai (nyakon, csuklón, bokán) [1, 6,10, 11, 12, 13, 22, 23, 24, 25, 26, 50].

Fizikai bántalmazás speciális esetei:

Horzsolások, hámsérülések, hegek, zúzódások, véraláfutások (2+) kortól és a gyermek fejlettségi szintjétől függetlenül a sérülések elhelyezkedése és alakja nagyon fontos annak megítélésében, hogy a sérülés balesetnek vagy bántalmazásnak minősül. Figyelembe kell venni az egészségügyi (pl.: hematológiai betegség), szociális előzményeket, a gyermek fejlődési szintjét.

Bántalmazásra gyanús, ha a sérülés:

- önálló helyváltoztatásra nem képes gyermekben észlelhetők,
- kéz, kötél, bot, markolás egyéb eszköz nyomait mutatja,
- emberi harapás nyoma (4), kivéve, ha azt másik kisgyermek okozta, állati harapás inkább elhanyagolásra utal,
- szimmetrikus eloszlásuk van,
- többszörös vagy csoportos sérülések,
- több, különböző időpontban keletkezett sérülések nyomai,
- hasonló alakú és méretű sérülések,
- a ruházat által fedett részeken vannak (hát, mellkas, has, hónalj, nemi szervek),
- lágy részek - szem, fül, arc, farpofa - sérülései,
- leköttözés nyomai a csuklón, bokán,
- fojtogatás nyomai a nyakon,
- fojtás, fulladás (4) ritka és gyakran halálos sérülés (az esetek kevesebb, mint 10%-ában bizonyítható szándékosság. Visszatérő fojtogatási kísérlet előfordulhat Münchhausen by proxy esetén [18, 32].

Hőhatás okozta sérülések:

Égés, forrázás (2+) bekövetkezhet mind elhanyagolás, mind szándékos károkozás következtében

Bántalmazásra utal, ha:

- a sérülés körülményei hiányoznak vagy összeegyeztethetetlenek a sérüléssel,
- ha sérülések önálló helyváltoztatásra nem képes gyermekben láthatóak,
- ha olyan lágyrészek vannak, melyek forró tárggyal való érintkezése balesetben nehezen elképzelhető pl.: kézhát, talp, hát, farpofa,
- valamilyen eszköz formájára utal pl.: cigaretta, fémeszköz,

- erőszakos vízbemerítésre utal pl.: forrázás nyomai a farpofán, gáton, alsó végtagokon,
- kesztyű vagy zokni alakú forrázás a kezeken, ill. lábakon,
- szimmetrikus alakú forrázás,
- a leforrázott terület éles határú [1, 6, 10, 11, 12, 13, 34].

Fagyás (4): hypothermia felveti elhanyagolás/bántalmazás gyanúját, ha nincs elfogadható magyarázat.

Hajvesztés (4): erőszakos hajtépés, ill. önagresszió tünete is lehet. Figyelembe kell venni a körülményeket [1].

Csonttörés (2+)

Bizonyos betegségek (pl.: osteogenesis imperfecta, osteopenia) kizárása után bántalmazásra utal, ha [1, 22, 23, 24, 26, 27 51]:

- 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, ha nincs egyéb balesetre utaló sérülés, ha többszörös a törés,
- combcsonttörés csecsemők, illetve a még járni nem tudó gyermekek esetében,
- a combcsont haránttörése a leggyakoribb típus mind baleset mind bántalmazás esetén,
- 15 hónaposnál fiatalabb gyermekek esetében a combcsont spirális törése a leggyakrabban bántalmazás miatt következik be,
- felkartörések kb. fele bántalmazás következtében jön létre, a supracondiláris törések főleg baleset következményei,
- hosszú csöves csontok speciális metaphysis törése („bucket handle”) csecsemő, ill. kisded korban,
- törés nélkül megjelenő koncentrikus óriás callus (subperiostealis hematómára utal),
- koponyacsontok törése az esetek kb. harmadában igazolható bántalmazás,
- gerinc (2++), medence, kéz és láb, állkapocs, szegycsont törései bekövetkezhetnek bántalmazás következtében is, kivéve, ha súlyos baleset következtében lépett fel. Megfelelő radiológiai vizsgálat szükséges [51].

Koponyán belüli sérülések (2++)

Ha az előzményben nem szerepel súlyos baleset vagy az elváltozást indokoló betegség, bántalmazás feltételezhető az alábbi esetekben:

- nincs vagy nem egyértelmű az anamnézis,
- 3 évnél fiatalabb gyermek,
- egyéb sérülések is társulnak, pl.: retinavérzés, borda- vagy hosszú csöves csontok törése,
- többszörös subduralis haematoma (subarachnoideális vérzéssel vagy anélkül; az agy hypoxiás károsodásával vagy anélkül).

Megrázott gyermek szindróma (2++)

Többszörös sérülés fordulhat elő: subduralis haematoma, koponyatörés, szemben belüli vérzés, extrém esetben a gerincvelő sérülése, bordák törése. Igen nehéz felderíteni, mert sokszor nincs külsérelmi nyom [24, 27, 65].

Szem sérülései (2+)

Retina vérzése vagy sérülése bántalmazásra utal, kivéve, ha az előzményben súlyos baleset, szülési sérülés vagy olyan betegség szerepel, amely indokolhatja az elváltozást. Különösen gyanút kelt, ha bevérzés mindkét szemben, ill. retinán észlelhető [1].

Belső szervek sérülései (2-)

A mellkas és has belső szerveinek sérülései bántalmazásra utalnak, kivéve, ha előzményben súlyos baleset szerepel. Különösen gyanús, ha a sérülés körülményeire nincs elfogadható magyarázat, vagy ha az ellátás késedelmet szenved. Ezeket a sérüléseket nem mindig kíséri egyéb sérülés vagy külsérelmi nyom.

Szájsérülések (2+)

A száj sérülései bántalmazásra utalnak, ha a sérülés körülményeire nincs vagy nem elfogadható a magyarázat. Szexuális bántalmazás során is előfordulhatnak sérülések a szájban [1, 6, 10, 11, 12, 13, 22, 23, 24, 26, 27, 34, 50, 51].

Szexuális bántalmazás

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 büntudata van, szégyelli magát, fél saját maga

és családja széthullásától, megbélyegzésétől, fél az elkövetőtől, ugyanakkor annak elvesztésétől is [1, 3, 28, 29, 30, 31].

Ajánlás5

A szexuálisan bántalmazott gyermek segítségkérését kiemelten komolyan kell venni, mert a jelzés késése leginkább abból a félelemből ered, hogy nem hisznek neki (2++)

Ajánlás6

Szexuális abúzus gyanúját kell felvetni, ha az alábbiak valamelyikét észleli a gyermeket ellátó személy (2+)

A végbél és genitális terület tünetei, jelei, sérülései, fertőzései (2+)

- külső nemi szervén vagy a végbél körüli területén, gáttájékon sérülés (zúzódás, duzzanat, hámsérülés - felmaródás, horzsolás, berepedés) látható és nincs vagy elfogadhatatlan a magyarázat,
- a végbél és a nemi szervek fájdalma, váladékozása, viszketése, vérzés, folyás,
- a hymen sérülése,
- folyamatos vagy visszatérő tünetek (vérzés, folyás) észlelhetők és különösen, ha a tüneteket orvosilag nem magyarázható pszichés/magatartásbeli változások kísérik,
- végbelén berepedés van és székrekedés is észlelhető (kizárandó: Crohn betegség vagy habituális székrekedés),
- tatóngó vagy tágult végbélnyílás (kizárandó: neurológiai betegség, súlyos székrekedés), székkeltartási zavar,
- vizelési nehézségek vagy diszkomfort érzés, ami orvosilag nem indokolt (pl.: fergesség, húgyúti fertőzés, bőrbetegség, rossz higiénés körülmények, allergia),
- fájdalmas vizelés, makacs húgyúti fertőzések,
- idegentest található a hüvelyben vagy a végbélben,
- szájüregben észlelt sérülések esetén is gondolni kell szexuális abúzusra.

Szexuális úton terjedő betegségek (2+)

Kizárandók a dokumentáltan szülés során vagy vérkészítmény útján, vagy a családban bekövetkező nem szexuális úton történt fertőzések, valamint a kortársak közötti beleegyező szexuális kapcsolat során történő fertőzések. (Magyarországon 14 év a beleegyezési korhatár).

Szexuális abúzusra utalhat, ha egy 14 éves vagy fiatalabb fiú vagy egy lány:

- hepatitis B fertőzést kap,
- anogenitális régióban szemölcs, condyloma acuminatum észlelhető,
- gonorrhoea, chlamydia, syphilis, genitális herpes, hepatitis C, HIV, trichomonas, Mycoplasma genitalium fertőzést kap.

A fentiek mellett beleegyezési korhatár fölött is szexuális abúzusra utal, ha a szexuális partner:

- családtag vagy közös háztartásban él (kiemelendő a „vérfertőzés”),
- visszaél mentális, hatalmi vagy bizalmi helyzetével (pl. tanár, edző, gondozó, pap),
- a fiatalot kizsákmányolja.

Várandósság adolescens korban (4)

Szexuális abúzusra utal, ha:

- 14 évnél fiatalabb lány várandós
- Beleegyezési korhatár (14 év) feletti fiatal lány várandós és a feltételezhető apával való kapcsolata vérfertőző, vagy alárendelt/bizalmi helyzet következtében jön létre pl.: tanár, edző, gondozó, pap,
- feltételezhető, hogy a fiatal kizsákmányolja,
- feltételezhető, hogy a szexuális kapcsolat nem beleegyezéssel jött létre.

Pszichoszomatikus, pszichiátriai tünetek, magatartási, személyiségfejlődési zavarok (2+)

- enuresis, encopresis,
- szexualizált viselkedés,
- visszatérő fejfájás,
- öngyilkossági kísérlet,
- droghasználat,
- vizsgálat során extrém viselkedés [1, 3, 6, 10, 11, 12, 13, 28, 29, 30, 31].

Speciális szexuális bántalmazás: A migrációs krízis során hazánkban is letelepedtek menekültek, akik Afrikából, Közel-keletről érkeztek, ahol a lánygyermeknél sok évszázados tradíció részeként végzik női nemi szervek megcsonkítását, más néven női körülmetélést. Ez sok szenvedést, életre szóló problémákat okozhat. Ez a gyakorlat, bántalmazásnak, a gyermekjogok megsértésének és a legtöbb országban törvényellenesnek minősül [53].

Ajánlás7

Szexuális abúzus gyanúja esetén, annak igazolására kötelező gyermeknőgyógyász vagy nőgyógyász szakorvosi és klinikai szakpszichológiai vagy gyermekpszichiátriai vizsgálatot végezni (2+)

Ajánlás8

Szexuális bántalmazás/erőszak gyanúja esetén javasolt az alábbi vizsgálatok elvégzése (4)

- terhességi teszt,
- szexuálisan terjedő betegségek (STD) szűrése: szifilisz, HIV, hepatitis B, chlamydia, gonorrhoea, HPV, Mycoplasma genitalium, genitalis herpes, trichomonas,
- 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 [3, 31, 52].

Bántalmazás illetve elhanyagolás kapcsán fellépő életveszélyes állapotok**Ajánlás9**

Az alább felsorolt életveszélyes állapotok észlelésekor az ellátó személyzetnek fel kell vetnie bántalmazás vagy elhanyagolás gyanúját (2+)

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),
- orvosi indok nélkül az orrból vagy a szájból vérzés észlelhető.

Mérgezés (3)

Mérgezés előfordulása elsősorban elhanyagolásra utal. Szándékos mérgezés igen ritka, nem található rólá evidencia alapú közlemények. Szándékosságra a körülmények utalhatnak:

- ha nem megfelelő szer szándékos beadása történt, attól függetlenül, hogy a szert korábban felírták,
- ha gyermek vérében nem a számára előírt készítmény mutatható ki,
- biokémiai vizsgálatok egy vagy több toxikus anyag lenyelésére utalnak,
- a gyermek önállóan nem juthatott a toxikus anyaghoz,
- hiányzik az anamnézis vagy valószínűtlen az előadott történet,
- gyermek/ek mérgezése ismételt előfordul a családban,
- felveti szándékosság gyanúját a hypernatremia, amennyiben nincs orvosilag magyarázható indok (hányás, hasmenés, tévesen elkészített tápszer) [1,32].

Fuldoklás, nem halálos vízbe merülés (3)

- felvetheti szándékosság gyanúját, ha a vízben való elmerülésről hiányzik vagy valószínűtlen az előadott történet,
- elhanyagolásra kell gyanakodni, ha a felügyelet hiánya vezet a gyermek vízben való elmerüléséhez [1, 6, 10, 11, 12, 13,15].

Betegség előidézése vagy kitalált betegség - Münchhausen by proxy - (2++) gyanúját veti fel, ha az anamnézis, a tünetek, a vizsgálati leletek és az ismert kórállapot között ellentmondás van:

- a tünetek furcsák, szokatlanok, nem merítik ki a diagnosztikus kritériumokat,
- a tünetek és jelek csak az egyik szülő/gondozó jelenlétében mutatkoznak,
- a tüneteket és jeleket csak az egyik szülő/gondozó észleli,
- a gyógyszerek és a kezelés megmagyarázhatatlanul hatástalanok,
- az egyik tünet megszűnése után, jön a következő,
- a szakma szabályainak ellentmondó anamnézis (pl.: anamnézisben nagy vérvesztés, miközben a gyermek jó általános állapotban van és nem anémiás),
- annak ellenére, hogy sem az alapellátás sem a szakellátás nem állít fel megfogható diagnózist, a szülő/gondozó különböző tünetekkel és panaszokkal keresi fel az egészségügyi szolgálatot,
- nagyon ritka betegség diagnózisát állítják fel, tapasztalt orvosok "sosem láttak még ilyen esetet",
- gyakran titokban tartja a korábbi vizsgálatokat, eredményeket,
- a gyermek mindennapi élete pl.: iskola-/óvodalátogatás zavart szenved,
- a gyermek indokolatlanul használ gyógyászati segédeszközt (pl.: kerek szék) [1, 10, 11, 18, 32].

Érzelmi, viselkedésbeli és szociális funkciók

A gyermekkel való rossz bánásmód valamennyi formája veszélyeztetheti a gyermek viselkedésbeli, szociális, érzelmi és kognitív fejlődését. Korai kezdetű, súlyos, tartós bántalmazás komoly stresszként hat. A bántalmazott gyermekek felnőttkorukban bizonyítottan gyakrabban küzdenek pszichiátriai betegségekkel (szorongás, depresszió, öngyilkos magatartás, addikció) és nagyobb kockázattal követnek el deviáns cselekedeteket (erőszak, bűnözés, prostitúció). A tüneteket befolyásolhatják egyéb tényezők: a gyermek életkora, temperamentuma, személyiségfejlődése, a családi és iskolai környezet, a bántalmazás módja és tartóssága, a rendelkezésre álló egyéb egyéni és kapcsolati erőforrások, esetleges pszichiátriai zavarok. Ezért az egyes áldozatoknál más-más tüneti megjelenést és súlyosságot láthatunk. A tünetek átfedésben lehetnek pszichiátriai betegségek tüneteivel, egyrészt, mert a bántalmazás gyakran vezet pszichiátriai betegséghez, másrészt a pszichiátriai betegségek, különösen a magatartásproblémákkal járó zavarok - maguk is rizikófaktorai lehetnek a rossz bánásmódnak [1, 2, 6, 10, 11, 12, 13, 19, 28, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 63,66].

Ajánlás10

Az alább részletezett érzelmi, viselkedésbeli és szociális tünetek és zavarok észlelése esetén fel kell vetni a gyermekkel való rossz bánásmód - bántalmazás/elhanyagolás gyanúját (2+)

Viselkedés, érzelmi állapot (2+)

A közelmúltban elszenvedett bántalmazás gyanúját veti fel, ha egy gyermek viselkedésében, érzelmi állapotában hirtelen változás áll be, melynek kiváltásában nincs ismert stresszt kiváltó esemény (gyász, szülők válása, betegség, súlyos baleset, természeti katasztrófa):

- el- és átalvási zavar, rémálmok,
- fokozott éberség, feszült figyelem, állandó készenlét,
- szorongás,
- szokatlanul ellenséges viselkedés, impulzivitás,
- hirtelen visszahúzódó magatartás,
- szelektív mutizmus,
- beszűkült érzelmi vagy kognitív állapot,
- emléketörés: az áldozat a bántalmazást gyakran újraéli, akaratan kívül és váratlan helyzetekben is - ha van olyan inger, ami kulcsingerként előhívja a traumát.

Tartósabb rossz bánásmód gyanúját veti fel, ha egy gyermek viselkedése, érzelmi állapota nem a korának és fejlettségi szintjének megfelelő (regresszió) és ez nem magyarázható egészségi okokkal (pl.: érzékszervi vagy értelmi fogyatékoság, beszédfejlődési elmaradás, ADHD, autizmus spektrum zavar) vagy egyéb stresszt kiváltó eseménnyel (gyász, válás, veszteség). Ezek lehetnek:

Érzelmi állapotok:

- visszahúzódik,
- alacsony az önértékelése,
- szorong,
- rossz hangulatú, levert, örömtelen, depressziós,
- öngyilkossági gondolatokról számol be,
- pszichoszomatikus tünetei vannak,
- sztereotip ringatózás, fej ütögetése észlelhető.

Érzelemszabályozási nehézségek:

- harag vagy szorongás dühkitörésben nyilvánul meg iskoláskorú gyermeknél,
- kisebb provokációra túlzott düh reakció, indokolatlan agresszió,
- nehéz a gyermeket megnyugtatni, csillapítani,
- csökkent empátiás készség,
- kontextushoz nem illő reakciók - pl. inadekvát nevetgélés, bagatellizálás, simogatástól megijed,
- túlzott visszafogottság, érzelemmentesség, tompultság - pl. nem jelez fájdalmat sérüléskor, nem védi meg magát jogtalan sérelem esetén.

Interperszonális viselkedés:

- válogatás nélkül keres kapcsolatokat, szeretetre éhes,
- túlságosan barátságos idegenekkel, egészségügyi személyzettel,
- agresszív, ellenséges, ellenálló dacos,
- közeledésre gyanakvóvá válik, simogatásra emelt kéztől megijed, elhúzódik,
- nem fiziológiás életkorban jelentkező szeparációs szorongás,
- folyamatosan felhívja magára a figyelmet,
- túlságosan jól viselkedik, nehogy elégedetlenséget váltson ki a szülő/gondozó részéről,

- olyan dolgok miatt is magát tartja felelősnek, amelyek meghaladják az ő hatáskörét,
- megfelelő személytől fél gyengédséget vagy megnyugtatót keresni vagy elfogadni, ha szorong,
- kerüli a szoros érzelmi kapcsolatokat,
- az orvosi vizsgálat során szokatlanul vagy nem a korának megfelelően viselkedik,
- disszociatív tudatállapot (amikor az én-tudat, az érzések/ testi érzetek és az akaratlagosan működtethető funkciók- leggyakrabban emlékezet, mozgás - közötti integráció átmeneti időre, részlegesen megbomlik) - pl. elrövedés, érzéskiesés, dezorientáció, bénulás.

Egyéb magatartási zavarok

Rendszeresen nem tesz eleget kötelezettségeinek pl.: iskolalátogatás, iskolai feladatok elvégzése.

Önsértő magatartás (2+; 3)

Pl. a bőr vágása (falcolás), karmolása, csípése, harapása, tépése; masszív hajtépés, szempilla tépkedése, gyógyszer szándékos túladagolása stb. akkor is, ha a cselekedet nem öngyilkossági szándékkal történt, öngyilkossági kísérlet. Hátterében számos ok lehet, de a gyermekkel való rossz bánásmód is ezek közé tartozik.

Evészavarok (3)

Ételhez való szokatlan viszonyulás, evés megtagadása, felhalmozása, szemétből való evés, étel dugdosása, ellopása.

Enuresis, encopresis (3)

- ha szekunder éjszakai vagy nappali enuresis lép fel és ennek nincs sem orvosi sem egyéb lelki oka nem bizonyítható, bántalmazás gyanúja is felmerül,
- akaratlagos bevizelés, encopresis vagy a széklet ismételt és akaratlagos szétkenése,
- enuresis vagy encopresis epizódja a szülői bántalmazás kiváltója is lehet [14].

Szexualizált viselkedés (2-)

Prepubertásban lévő gyermek nem a korának megfelelően érdeklődik a szexualitás iránt, szexualizált viselkedést mutat (szexuális tartalmú beszélgetést folytat/chat-el, nemi szerveket rajzol, másik gyermekkel szexuális tevékenységet utánoz, erőszakosság is előfordul).

Elszökés otthonról (3)

A gyermek vagy fiatal elszökik otthonról vagy a lakóhelyéről vagy a szülők/ gondozók beleegyezése nélkül elköltözik.

Szülő-gyermek kapcsolat (3)

Érzelmi elhanyagolás gyanúját veti fel, ha a szülő/gondozó (2+)

- nem mutat pozitív érzelmeket a gyermek, kiemelten a csecsemő, kisgyerek felé,
- nem reagál rá, nem figyel a jelzéseire, szükségleteire.

Érzelmi bántalmazásra gyanúját veti fel, ha a szülő/gondozó (2+)

- elutasító, kritizáló, ellenséges, megalázó a gyermekkel szemben,
- ha a szülő kizárólag a gyermek rossz tulajdonságait és a gondozásával kapcsolatos problémákat hangsúlyozza,
- a gyermek korához/ fejlettségéhez/ képességeihez képest fokozott elvárásokat támaszt (pl.: iskolaválasztás),
- túlzott fenyegetés, megfélemlítés, fájdalmas fegyelmezési módszerek,
- a gyermek felhasználása a szülő érdekeinek érvényesítésében (pl.: családi konfliktusok),
- a gyermek nem megfelelő szocializációja (pl.: törvénytelen cselekménybe való bevonása, izoláció, fejlődésének, tanulásának akadályozása),
- szeretetmegvonással, elhagyással, a gyermek nevelőotthonba adásával való fenyegetés,
- más, a gyermek számára fontos személyek előtti megalázással való fenyegetés,
- nem engedi a gyermeket/ fiatalt önállóan az egészségügyi személyzettel beszélni, ha erre van szükség a gyermek/ fiatal állapotának felméréséhez,
- indokolatlanul korlátozza az életkorának megfelelő mozgásában, másokkal való kapcsolattartásban [1, 2, 6, 10, 11, 12, 13, 54, 55, 56, 57, 58, 63, 66].

Ajánlások az egészségügyi ellátás során végzendő teendőkkel kapcsolatban [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 (4)

Amennyiben a bántalmazás/elhanyagolás gyanúja megerősítésre kerül, a megerősítő kezelő/ellátó orvos számára szükséges a releváns BNO kódokat az egészségügyi dokumentációban (pl.: ambuláns lap, zárójelentés), a

diagnózis mezőben is rögzíteni (lásd XI. Melléklet 1.5. Egyéb dokumentumok T; X; Y vagy Z betűjellel kezdődő kódok).

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)

Kommunikáció a bántalmazás/elhanyagolás miatt ellátásba került, illetve abban érintett gyermekkel:

- Adjuk a gyermek tudtára, hogy azért beszélgetünk vele, hogy segítsünk rajta, törődünk alapvető szükségleteivel - étel, biztonság, meleg, kényelem, ne hagyjuk egyedül. Idősebb gyermek számára is biztosítsunk felügyeletet.
- Lássuk el a gyermeket információval - hol van, kik vagyunk, mutatkozzunk be, mondjuk el, mi történik vele.
- Az attitűd legyen elfogadó, megértő, törekedjünk a gyermek büntudatának enyhítésére. Biztosítsuk arról, hogy mi nem ítéljük el őt valamilyen előző tettéért, pl. amiért a bántalmazást elszenvedte, különösen igaz ez, ha a gyermek szexuális visszaélés áldozata lett, vagy akár ha maga is bántalmazó magatartást mutatott másokkal szemben. Mondjuk el neki, hogy bármit is tett, nem érdemli meg, hogy bántalmazzák, másképpen is jóvá lehet tenni egy esetleges rossz cselekedetet. A válaszokat ne minősítsük, ne fűzzünk hozzájuk megjegyzést. Beszéljünk a gyermekkel a félelméről is. Kérdéseire életkorához igazodóan válaszoljunk. Kisebbségi gyermek esetén ezt a gyermek számára érthető rajzok, bábuk vagy babák is segíthetik.
- Várakozási idő alatt lássuk el a gyermeket életkorának megfelelő tevékenységgel, játékkal. Biztosítsuk neki kapcsolatot a nem bántalmazó hozzátartozóival, barátaival. Tartsuk szem előtt, hogy a gyermeket a bántalmazás ellenére érzelmi szálak fűzhetik a bántalmazó személyhez. Adjunk a gyermeknek választási lehetőségeket, kérjük az ő beleegyezését, legyen a lehető legtöbb befolyása a vizsgálat(ok) menetébe (pl. fizikális vizsgálatnál, nőgyógyászati vizsgálatnál stb.).
- A gyermek életkora, belátási képessége szerint el kell magyarázni azt is, hogy vannak olyan esetek, amikor az, amit nekünk elmond, nem maradhat titokban, az ő érdekében beszélni fogunk más szakemberekkel is.
- A bántalmazott a következményes stressz miatt tompulttá, közömbössé válhat, egymásnak akár ellentmondó részletekről számolhat be. Disszociatív elemeket mutathat, látszólag könnyeden, akár mosolyogva említheti a hallgatót megrázó eseményeket. 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”) [59]. Ezért a szakember által felajánlott segítséggel sokszor képtelen élni, ami megnehezíti, néha lehetetlenné teszi a segítségnyújtást.

Kommunikáció a szülővel:

- A szülőt tájékoztatni kell a gyermek állapotáról, az elvégzendő vizsgálatokról, emellett a jogi szabályozás által előírt kötelezettségekre is hivatkozni kell.
- Mondjuk el, hogy a jelzés megtétele után több szakember is bekapcsolódik a vizsgálatba, ami az esetleges tévedéseket ki fogja küszöbölni. Cél, hogy a gyermek megkapja a számára szükséges legjobb ellátást.
- Fontos hangsúlyozni, hogy a bántalmazó szülő sokszor maga következményes mentális zavarban szenvedhet, vagy egyszerűen tudatlan, esetleg ártalmatlan értékrendet követ, és a legtöbb esetben nem tudatosul benne, hogy gyermekének árt. Ha a szülő is humánus és empatikus eljárásban részesül, megfelelő segítséget kap, jó az esély, 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, valamint fel kell hívni a figyelmet annak jogszabályi következményeire [1, 3, 6, 10, 11, 18, 28, 29].

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák):

Teendők az egészségügyi ellátáson túl a társszakmákkal együttműködésben 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. Köteles továbbá a hazai törvények és jogszabályok szerinti intézkedések megtételére [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 46, 47, 48].

Megelőzés: A megelőzés, gyermekes családok szociális és gazdasági helyzetének javítása az egész társadalom feladata. A gyermekvédelmi törvény alapelve ellenére sajnos a jelen gyakorlat szerint minden harmadik gyermeket anyagi okokból emelnek ki a családból és kerül szakellátásba [71].

Az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek jobban ismerhetik a gyermek életkörülményeit, több lehetőségük van felmérni az esetleges rizikófaktorokat, mint a járó-, ill. 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 megelőzhető a helyzet súlyosbodását.

Dokumentálás: Az alapellátásban, valamint a járó-, ill. fekvőbeteg szakellátásban a gyermekkel először találkozó szakembereknek a gyermeket érintő rossz bánásmódra vonatkozó alapvető információkat össze kell gyűjteni és pontosan dokumentálni, majd ezzel alátámasztani a gyermekvédelmi rendszer felé történő jelzés megalapozottságát, illetve annak megtörténtét.

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 fenyítés, a vétséggel nem arányos büntetés, indokolatlan óvodai/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. Az is súlyos veszélyeztető oknak minősül, ha a gyermeket gondozó szülő (törvényes képviselő) megtagadja az együttműködést az egészségügyi alapellátást nyújtó szolgáltatóval - háziorvossal, házi gyermekorvossal, védőnővel.
- 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, ill. egyéb egészségügyi intézmény erre kijelölt felelőse (kórházi szociális munkás, kórházi védőnő) köteles jelezni a család- és gyermekjóléti szolgálat felé, az észleléskor azonnal, de legkésőbb 3 munkanapon belül írásban (fax, email vagy postázás) is.

Ha az életet veszélyeztető tényező áll fenn, akkor haladéktalanul jelzést kell tenni a család- és gyermekjóléti szolgálatnak és központnak, valamint az illetékes gyámhatóságnak. Mindkét szolgáltató felé azért szükséges egy időben jelezni, hogy részükről az intézkedés haladéktalanul, idővesztés nélkül megtörténhessen.

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

A család- és gyermekjóléti szolgálat/központ megküldi a gyermekjóléti alapellátás során felvett adatlapot, környezettanulmányt és gondozási tervet a gyámhivatalnak. A továbbiakban a gyámhivatal a gyermeket védelembe, vagy nevelésbe 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, (1-6 hónap utánkövetés javasolt).
- 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 orvoshoz, család- és gyermekjóléti szolgálatához ajánlott irányítani.
- Ajánlatos, hogy az észlelést és tanácsadást követően a védőnő és a háziorvos 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 háziorvos 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 észleléskor azonnal, de legkésőbb 3 munkanapon belül írásban (fax, email, vagy azonnali postázás) is.
- Ha a gyermekkel foglalkozó szakemberek a veszélyeztetettség mértéknek növekedését érzékelik, minden alkalommal újabb jelzéseket kell tenniük a család- és gyermekjóléti szolgálat felé, továbbá a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében a gyermeket ellátó házi orvos, házi gyermekorvos és az illetékes területi védőnő köteles egymással együttműködni és egymást kölcsönösen írásban haladéktalanul, de legkésőbb 72 órán belül tájékoztatni kell a fokozott gondozást igénylő esetekről.
- A család- és gyermekjóléti szolgálatnak a jelzést követően az első interjútól számított 15 napon belül kell visszajelzést adnia. A visszajelzés célja az együttműködési keretek és az ellátási garanciák megteremtése. A visszajelző tájékoztatás tartalmazza, a kapcsolatfelvételtől, annak idejéről és az ügyben megtett intézkedésekről szóló összefoglalást, valamint azt, ha a jövőben a család és gyermekjóléti szolgálat szükségesnek látja, bevonni a jelzést tevőt a szociális segítőmunkába.
- 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 gondozási, cselekvési tervnek megfelelően.

Súlyosan veszélyeztető magatartás esetén:

- Azonnali szakellátás, dokumentálás, ambuláns lap készítése (szükség esetén látélet 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, email, 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 és gyámhatóság felé a házi orvos/védőnő részéről az észlelés napján szóban, és legkésőbb 3 munkanapon belül írásban (fax, email, vagy azonnali postázás) is. Amennyiben kórházban, egyéb egészségügyi intézményben igazolódik a bántalmazás vagy elhanyagolás gyanúja, az első ellátó orvos köteles ambuláns lapot (lásd 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 és haladéktalanul 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 adatlapok” (XI. Melléklet szerinti Esetjelző adatlap általános problémák jelzésére; Esetjelző adatlap bántalmazás, elhanyagolás esetén) használata javasolt, ennek hiányában a jelzésnek tartalmaznia kell:

- az érintett gyermek(ek) legfontosabb adatait (név, születési hely, idő, anyja neve, lakcím, esetleges tartózkodási hely, a törvényes képviselő adatai, elérhetősége),
- a jelzést tevő intézmény megnevezését, címét,
- jelzést tevő személy nevét, elérhetőségét,
- a jelzés okát, a probléma rövid leírását, a veszélyeztető okok részletezését,
- a veszélyeztetettség megszüntetése érdekében eddig megtett intézkedéseket és javaslatokat.

A gyermek bántalmazása, elhanyagolása esetén a zártan kezelendő adatok:

- a probléma megoldása érdekében a jelzést tevő által megtett intézkedések;
- a gyermek védelme érdekében szükséges megoldások, javasolt ellátások (pl. a gyermek azonnali kiemelése a családból),
- a jelzést tevő neve, elérhetősége, munkahelye,
- a jelzést tevő aláírása.

A „Esetjelző adatlap” egy példányát (másolatát) visszakereshető módon az egészségügyi dokumentációban kell megőrizni. A „Esetjelző adatlap bántalmazás, elhanyagolás esetén” című dokumentumot zártan kell kezelni, hogy a szülő, törvényes képviselő ne vonhasson le következtetést a jelzést tevő intézményre, személyre vonatkozóan.

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

A jelzőrendszer működtetéséért a család- és gyermekjóléti szolgálat felel, a visszajelzések mellett az általuk szervezett esetmegbeszélésekre, esetkonferenciákra az egészségügyi szakemberek (házi orvos, védőnő) is meghívást kapnak.

Az esetmegbeszélés a problémákat feltáró megbeszélő, illetve a gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaforma, mely egy adott gyermek ügyében az összes, az aktuális probléma megoldásában érintett szakember bevonásával történik. Az esetkonferenciát egy adott esettel kapcsolatban, a segítő folyamat során akár több alkalommal is, a segített személy, az összes érintett és a lehetséges támaszt jelentő személy, intézmény képviselője részvételével szükséges tartani.

Évente egy alkalommal éves értékelést tartanak, ahol a jelzőrendszer tevékenységét szervezetenként/szakmánként értékelik. Az egészségügyben dolgozó szakemberek aktív részvétele szükséges ezeken a megbeszéléseken.

A járási szinten működő család- és gyermekjóléti központ nyitvatartási idején kívül (éjszaka, hétvégén, ünnepnapokon) felmerülő krízishelyzetekben történő azonnali segítség, tanácsadás vagy tájékoztatás nyújtására szolgál a gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálat, amit hívhatnak a jelzőrendszer tagjai is, így a házi orvos, házi gyermekorvos, védőnő is. A jelzőrendszeri készenléti szolgálatot állandóan hívható telefonszám biztosításával kell megszervezni oly módon, hogy a készenléten lévő szakember szakszerű segítséget tudjon nyújtani vagy ilyen segítséget tudjon mozgósítani.

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, figyelemmel arra, hogy a Gyermekvédelmi törvény szerint egyéb jelzés hiányában is súlyos veszélyeztető oknak minősül, ha a gyermeket gondozó szülő, más törvényes képviselő megtagadja az együttműködést a- házi orvossal, házi gyermekorvossal, védőnővel.

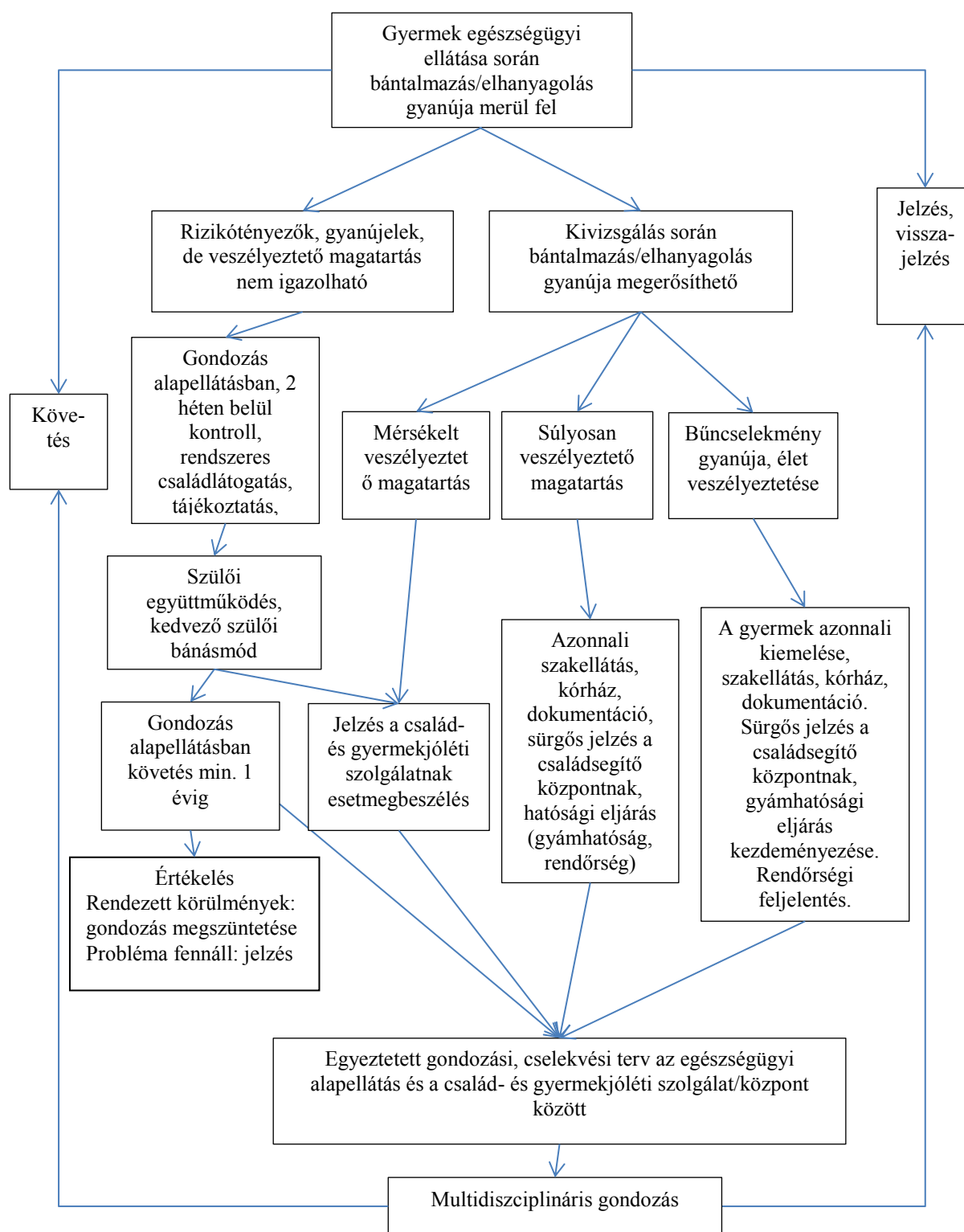
Az egyes szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények módosításáról szóló 2015. évi CXXXIII. törvény szerint családsegítés és gyermekjóléti szolgáltatás kizárólag egy szolgáltató keretében működhet. Polgármesteri hivatalt működtető települési önkormányzat lakosságszámtól függetlenül köteles család- és 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 prevenciók feladatainak ellátása a család- és gyermekjóléti szolgálatok feladata.

A jelzőrendszeri felelősnek a beérkezett jelzésekről és a megtett intézkedésekről rendszeresen jelentést kell készítenie a család- és gyermekjóléti központ számára. A gyermekjóléti központ feladata a hatósági feladatokhoz kapcsolódó gyermekvédelmi tevékenység (esetfelelősi funkció), valamint a speciális szolgáltatások (pl. kapcsolattartási ügyelet, gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálat stb.) biztosítása. Emellett szakmai segítséget nyújtanak a járásokban dolgozó szakemberek számára.

A családsegítés új feladata lett - a család szociális helyzetének vizsgálata alapján - a szociális diagnózis készítése, valamint a támogatott lakhatást igénybevevők utánkövetése. A család- és gyermekjóléti központok feladatai bővültek továbbá az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységgel. A segítő szolgáltatás a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében a szociális segítő munka eszközeivel támogatást nyújt a köznevelési intézménybe járó gyermeknek, a gyermek családjának és a köznevelési intézmény pedagógusainak.

2017. január 1-étől a Gyermekvédelmi törvény új elemeket vezetett be a hatékonyabb jelzőrendszeri munka érdekében. A jelzőrendszer működtetése során - a helyi és járási szint mellett - a gyermekvédelmi és gyámügyi feladatkörben eljáró megyei/fővárosi kormányhivatalok kijelölésével rögzítésre került a harmadik szint, amelynek feladata az észlelő-és jelzőrendszer jogszabályban meghatározott működésének elősegítése. Ennek keretében szakmai támogatást nyújt a járási család- és gyermekjóléti központok jelzőrendszeri tanácsadóinak, valamint a jelzőrendszeri tanácsadók részvételével évente egyszer értékelik illetékességi területükön a megye/fővárosi gyermekvédelmi jelzőrendszerének működését.

Az alábbi folyamatábra összefoglalja az egészségügyben dolgozó szakember feladatait a jelzőrendszerben:

2. számú ábra: Az ellátási folyamat algoritmus a fejlesztők által módosított folyamatábra (Forrás:[6])

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése és kezelése sokrétű, az egész társadalmat érintő feladat.

Az elsődleges prevenció a gyermekes családok általános védelme, mely számos területet érint:

- gazdasági (munka, jövedelem, lakás-lakókörnyezet),
- szociálpolitikai (gyermekes családok támogatása, foglalkoztatás segítése, hajléktalanság megelőzése),
- kulturális (tájékoztatás, ismeretek közvetítése, felvilágosítás, média szerepe), jogi (egységes fogalomrendszer és intézményrendszer kialakítása, szankciók alkalmazása).

A másodlagos prevenció a rizikó tényezőkre, illetve az érintettekire irányuló tevékenység, melyben az orvosnak, védőnőnek, család-és gyermekjóléti szolgálat szakembereinek kiemelkedő szerepe van (közepes és magas rizikójú családok szűrése és felkutatása; a szülői képességek és a családok működésének fejlesztése; szűrővizsgálatok, szakemberek felkészítése, segélyvonalak működtetése, a bántalmazás és elhanyagolása gyanújeleinek felismerése és segítségnyújtás).

A harmadlagos prevenció, a bántalmazás szakszerű kezelése és a bántalmazások ismétlődésének megelőzése (az eredeti környezetbe való visszaintegrálás segítése, utánkövetés, újra áldozattá válás megelőzése).

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

A gyermekek egészségügyi ellátásában dolgozó szakemberek alapképzésében és továbbképzésében ugyan szerepelnek a gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának problémái, azonban nem kapnak kellő hangsúlyt a jogszabályokból adódó kötelezettségek és együttműködési lehetőségek.

A társszakmákkal való közös vagy egymás számára átjárható akkreditált továbbképzések rendszerének kialakításával szorosabb személyes kapcsolatokat lehetne kialakítani és ezzel az együttműködés is javulna. A tapasztalatok alapján a frontális előadások mellett nagyon hatékony az esetmegbeszélések beépítése a közös képzésbe.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

Gátló tényezők:

Az egészségügyi dolgozók részéről sokszor felmerülnek ellenvetések a bántalmazás azonosításával kapcsolatban, a leggyakoribbak a következők [1]:

- aggály, hogy kezelhető betegség ellátása elmarad,
- aggály attól, hogy a gondozásukra bízott családokkal való kapcsolat megromlik, bizalmukat veszítik,
- kellemetlen egy szülő/gondozó szavaiban kételkedni, gyanakodni vagy ellene vádaskodni,
- bántalmazás okainak elfogadása,
- annak elfogadása, hogy nem volt szándékos a gyermeknek okozott kár,
- nehéz annak kimondása, hogy valóban bántalmazás/elhanyagolás történt,
- bizonytalanság abban, hogyan fejezzük ki a gyanút, és ezt hogyan említsük a szülőnek, hogyan rögzítsük a gyermek dokumentációjában,
- aggály, hogy az igazságszolgáltatás nem tud segíteni, vagy a gyermek másodlagos viktimizációjához vezet (többszöri meghallgatás, szembesítés, vizsgálat) [38],
- a gyermekvédelmi eljárás a szakembereknek időigényes és sok stresszel jár,
- az ellátó saját biztonságának védelme (pl. a védőnőnek/orvosnak továbbra is el kell látnia a családot),
- félelem a további panaszoktól, pereskedéstől,
- nehéz kollégáktól segítséget kérni, nincs megfelelő segítség, információ.

Sokan arra hivatkoznak, hogy nem mernek fellépni az agresszív elkövetővel szemben. Azonban ez nem lehet mentség: ha ők félnek, vajon mennyire félhet a gyermek, és őt ki védi meg [28].

A szakemberek alapképzésében és továbbképzésében nem kapnak kellő hangsúlyt a gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának problémái, a jogszabályokból adódó kötelezettségek.

Jogszabályok írják elő esetmegbeszélések, esetkonferenciák tartását, azonban a gyakorlatban ennek megvalósítása problematikus, mert akadozik az érintett társszakmákkal való együttműködés, az esetmegbeszélések sokszor formálisak, azokon az egészségügyi dolgozók (házi orvos, védőnő, kórházi szociális munkás, első ellátó orvos) részvétele esetleges, személyes hozzáállásukon és lehetőségeiken múlik.

A bántalmazott gyermekek az egészségügyi ellátás különböző pontjain bukkannak fel az elkövetők ellenérdekeltsége miatt. Emiatt sokszor nem derül ki, hogy a gyermek esetleg már korábban is elszenvedett bántalmazást, így az ismétlődés esélye továbbra is fennmarad. Az EESZT rendszer további fejlesztése ezt a problémát megoldhatja.

Segítő tényezők:

A gyermek közvetlen ellátásában résztvevők közfeladatot látnak el, ezért fokozott védelem illeti meg őket. Ha a szakember fenyegetett helyzetben (akár az ügyfél jelenlétében) azt érzi, hogy testi épsége, élete veszélyben van, azonnal rendőrségi segítséget kell kérni. Ha a fenyegetés beváltásától komolyan kell tartani, írásban feljelentést kell tenni zaklatás bűncselekmény gyanúja miatt.

A szakembert védi, hogy a Gyermekvédelmi törvény a bántalmazás, elhanyagolás jelzése esetén bevezette a jelentéstevő anonimitását, vagyis a jelzést vagy kezdeményezést tevő intézmény, személy adatait erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli.

Az egyes szakembert védi továbbá, hogy nem egymagában kell intézkednie, a Gyermekvédelmi törvény szerint az érintett szakemberek kötelesek együttműködni és egymást kölcsönösen tájékoztatni.

A Gyermekvédelmi törvény bevezette az 24 órás, ingyenesen hívható országos telefonos szolgáltatást, a Gyermekvédelmi Hívószámot, melynek célja bármilyen, a gyermek veszélyeztetettségét jelző hívásra történő szakszerű, hatékony és időbeni reagálás biztosítása és elősegítése, függetlenül a jelzést tevő személyétől és annak jelzési kötelezettségétől. Ugyancsak minden járásban működik a gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálat (éjszaka, hétvégén, ünnepnapokon), amely a közismert számon állandóan hívható a gyermek veszélyeztetettsége, vagy más krízishelyzet esetén. A készenléti szolgálatok minden hívást Hívásfelvételi Adatlapon rögzítenek (lásd. XI. Melléklet 1.2.)

A jogszabályokban megfogalmazott jelzési kötelezettség elmulasztása felelősségre vonást von maga után.

Javaslatok:

Az Irányelv elkészítését indokló rossz gyakorlatok felszámolása érdekében - így különösen a jelzési kötelezettség hatékonyságának növelésére, a szociális és egészségügyi ellátórendszer közötti információcsere javítására, a hiányzó monitoring rendszer kialakítására - az alábbi javaslatokat tesszük:

- Javasolt az évtizedeken át az (ÁNTSZ, majd a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) szervezésében) jól működő rendszeres- járási, megyei, országos - szakfőorvosi szakmai tanácskozások, az ún. csecsemőhalálozási értekezletek hagyományát felelevenítve egy elemző és- értékelő szakmai rendszer kialakítása. Az egészségügyi ellátó-rendszer a halálozási statisztikákon túlmenően is a bántalmazással kapcsolatos információk hasznos forrásául szolgálhat. Amennyiben ugyanis a bántalmazás, elhanyagolás sérülésekkel, alutápláltsággal jár együtt, az orvosi vizsgálatok alkalmasak lehetnek a tünetek okainak feltárására [36]. Ezért az elemző és - értékelő rendszerben az ágazaton belül is elemezni lehetne a súlyos bántalmazási és elhanyagolási eseteket is.
- Javasolt a fentiekhez kapcsolódóan, hogy a járási család-és gyermekjóléti központok a jelzőrendszeri problémák feltárása és korrekciója érdekében hatékony és rendszeres kapcsolatot alakítsanak ki részben a járási gyámhivatalokkal, részben a járási hivatalok népegészségügyi szerveivel, mert az ő feladatuk a szakmai irányelvek, protokollok előírásai végrehajtásának betartatása. Mindezt az alapozza meg, hogy a család -és gyermekjóléti központ összegyűjti a települések észlelő-és jelzőrendszeri felelősei által készített éves jelzőrendszeri intézkedési terveket, továbbá fogadja az összegyűjtött jelzéseket és az azokhoz kötődő intézkedéseket, ezekről évente legalább egy alkalommal értékelést készít. Mindezek alapján statisztikát készít, amely kutatások-elemzések alapjául szolgálhatnak a jelzőrendszer működési problémáinak feltárására és javítására.
- Javasolt továbbá, hogy a jelzőrendszer harmadik szintjeként kijelölt megyei/fővárosi kormányhivatalok gyermekvédelmi jogkörükben hatékonyabban segítsék elő az észlelő-és jelzőrendszer Gyermekvédelmi törvény szerinti működését. Ennek érdekében el kell érni, hogy az éves megyei/fővárosi értékelő megbeszélésen a megye/főváros valamennyi család- és gyermekjóléti központjának jelzőrendszeri tanácsadója részt vegyen, továbbá meghívást kapjanak a kormányhivatal illetékes főosztályainak képviselői. Így különösen a népegészségügyi főosztály képviselői is, akik közreműködnek az egészségügyi szakmai irányelvek gyakorlati alkalmazásának végrehajtásának értékelésében, mert jelen egészségügyi irányelv monitorozása elengedhetetlen, arra figyelemmel is, hogy a gyermekek bántalmazása, elhanyagolása a WHO szerint is népegészségügyi kérdés [4].
- Bár a területi védőnői ellátásról szóló rendelet szerint a területi védőnő és a házi orvos/házi gyermekorvos között a jogszabályok együttműködési, kapcsolattartási, közreműködési és értesítési (jelzési) kötelezettséget írnak elő, a gyakorlatban azonban ez sok helyen nem működik. Ezért javasolt, hogy a házi orvos, házi gyermekorvos és a gyermek lakóhelye szerint illetékes területi védőnő között javuljon az együttműködés és a kölcsönös tájékoztatás különös figyelemmel a fokozott gondozást igénylő esetekre, illetve a rizikó-kérdőív alapján a bántalmazással, elhanyagolással érintett gyermekek esetére. Javasolt továbbá az ágazaton belüli és ágazatközi rendszeres esetmegbeszélések és esetkonferenciák tartása munkaidőben. Kívánatos, hogy a kiemelten súlyos ügyeket az érintett szakmák közösen tárják és dolgozzák fel. A feldolgozott esetek kerüljenek összegyűjtésre és ezek a későbbiekben legyenek hozzáférhetőek a szakemberek részére. Ez megkönnyítené az irányelv gyakorlati alkalmazását is. Az ágazati alapképzéseken, kötelező

- továbbképzéseken hangsúlyosan és a gyakorlatra fókuszálva szerepeljen ez a problémakör. Az együttműködés javítása érdekében legyenek közös, szakmaközi tréningek (pl: Gyermekvédelmi tudásközpont) [60].
- Az új elektronikus kommunikációs útvonalak - mint pl. EESZT - lehetővé teszik, hogy a térben és időben eltérő, adott esetben különböző egészségügyi szolgáltatók által rögzített veszélyeztetési esetek logikailag összekapcsolódjanak. Ezzel a bántalmazás és/vagy elhanyagolás könnyebben, hatékonyabban felismerésre kerülhet.
 - A bántalmazott/elhanyagolt gyermekek az egészségügyi ellátás különböző pontjain bukkannak fel a sérülés különböző jellege, a bántalmazott gyermek és családjának regionális mozgása, esetleg az elkövetők szándékossága miatt. Ezért sokszor nem derül ki a valódi probléma, azaz, hogy a tünetek háttérében bántalmazás vagy elhanyagolás áll, így az ismétlődés esélye továbbra is fennmarad. A bántalmazás/elhanyagolás mind egészségügyi, mind szociális adatnak minősül. A gyermek sérülésének vagy betegségének körülményeire vonatkozó egészségügyi információ a szociális, a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátó rendszer számára informatív, nélkülözhetetlen adat. Ugyanakkor az egészségügyi ellátó számára is fontos információ, ha egy gyermek bántalmazás vagy elhanyagolás okán a szociális, a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátó rendszerben gondozásba került. Ezért szükséges, hogy ez az adat is jelenjen meg az EESZT rendszerben az adatvédelmi szabályok betartása mellett.
 - Mivel a család és gyermekjóléti szolgálatok/központok és az alapellátó orvosok között veszélyeztetés esetén kölcsönös tájékoztatási és együttműködési kötelezettség áll fenn, ezért ajánlatos, hogy az erre vonatkozó mindenkor hatályos jogszabályok figyelembe vétele mellett, a gyermekvédelmi Esetvisszajelző lap és Egészségügyi adatlap (GYSZ4) egészségügyi vetülete kerüljön be az EESZT rendszerbe az adatvédelmi szabályok betartása mellett.
 - Jelenleg a gyermekek elhanyagolására, ill. bántalmazására vonatkozó adatokat a család és gyermekjóléti szolgálatok gyűjtik, továbbá a gyámhatóságok tevékenységére vonatkozó jelentés kitér a hozzátartozók közötti erőszakkal kapcsolatos feladatokra, a védelemben vételt megalapozó gyermekbántalmazásokra, a családból kiemelt gyermekek nevelésbe vételének okaira pl. szülői elhanyagolás, családon belüli bántalmazás (OSAP 1696, OSAP 1210). A rendőrség összesíti a kiskorúak sérelmére elkövetett bűncselekményeket, köztük a testi sértés különböző megvalósulási formáit, a kiskorú veszélyeztetését, az emberölést. Az egészségügyben a háziorvosok és házi gyermekorvosok éves jelentésében szerepel az elhanyagolás illetve elhagyás. A mortalitás külső okai között szerepelnek: közlekedés, mérgezés, esés, termikus trauma, fulladás, öngyilkosság, testi sértés, egyéb. Javasolt, hogy a háziorvosok és házi gyermekorvosok éves jelentésében szerepeljen a bántalmazás is, valamint, hogy a kórházban/szakrendelésen megjelent betegek esetén az orvosi BNO kódok mellett szerepeljenek a bántalmazásra/elhanyagolásra vonatkozó BNO kódok is, ezzel az egészségügy részéről is javulhat az adatgyűjtés (A 2022-től bevezetésre kerülő új kódrendszer ezt is tartalmazza) [61, 62].
 - Az érintett szakemberek számára a fokozott érzelmi terhelés miatt szupervízió biztosítása szükséges, a kiegészítő csökkentése céljából.
 - Álljanak rendelkezésre elérhető rendszerszerű és támogatott terápiás szolgáltatások - pl: mediáció, életvezetési tanácsok - mind az áldozatok, mind az elkövetők számára. Szakemberek sokasága foglalkozik a gyermekekkel való rossz bánásmóddal világszerte, s ennek kiterjedt irodalma is van. Közismert, hogy a bántalmazás, a káros nevelési szokások következményei egy életen át hatnak, sőt generációkon is átívelnek. Az intergenerációs hatások háttérében különféle - szociális, környezeti, genetikai stb.- okok állhatnak. Közös cél, hogy megelőzéssel, az érintett áldozatok és elkövetők megfelelő kezelésével próbáljuk megtörni ezt az ördögi kört [63, 64, 65, 66, 67, 70].

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Gyermekbántalmazás minden társadalmi rétegben előfordul, és kialakulásában számos családi és egyéni rizikófaktor játszik szerepet. Annak ellenére, hogy a Gyermekvédelmi törvény kimondja a testi fenyegetés tilalmát, az még nem mindig elfogadott a társadalom többsége számára. Hosszú nevelési folyamat a társadalom attitűdjének megváltoztatása, melyet az óvodától kezdve valamennyi oktatási intézményre, a civil társadalom valamennyi területére, a médiára, a politikai-társadalmi közbeszédre ki kellene terjeszteni. Az elkövetők segítése is fontos megelőzési módszer, különös tekintettel a konfliktusok nem erőszakos módon történő feloldására. Erőfeszítéseket kell tenni továbbá a média szerepének megváltoztatására, annak érdekében, hogy a közmédia aktív szerepet játszhassanak a gyermekekkel szembeni erőszak visszaszorításában, a figyelemfelhívó és tájékoztató kampányokban. A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése tehát világszerte széleskörű társadalmi program [65, 67, 68, 69].

1.4. Egyéb feltételek

Törvények, rendeletek, jogszabályok (lásd. XI. Melléklet 1.5.)

2. Alkalmazást segítő dokumentumok

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

- Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet kiadványai:
 - Hogyan figyeljünk gyermekünkre?
 - Sose rázd a kisbabádat szórólap és DVD
- Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet, ill. jogutódja a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet gondozásában működő weboldal: www.gyermekbantalmazas.hu
- A TÁMOP 614 Koragyermekkori (0-7 éves) kiemelt projekt anyagai
- Gyermekvédelmi tudásközpont programjai <https://childhub.org/hu>
- Segítő szervezetek, segélyvonalak listája.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Orvosi látlet és vélemény <http://www.depot.hu/orvosi-latlet-es-velemenyszabadlap-a-4-negyoldalasp-9038>)

Egészségügyi adatlap (gyámhatóságok, gyermekvédelmi szakszolgálatok, a gyermekjóléti szolgálatok) <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700235.KOR>

Esetjelző adatlap általános problémák jelzésére http://www.szocialiskozpont.hu/get_file.php?id=55

Esetjelző adatlap bántalmazás, elhanyagolás esetén http://www.szocialiskozpont.hu/get_file.php?id=107

Eset visszajelző lap http://www.szocialiskozpont.hu/get_file.php?id=92

(lásd. XI. Melléklet 1.2.)

Táblázatok

1. számú táblázat: Bizonyítékok szintje NICE irányelv alapján

2. számú táblázat: Veszélyeztetett, bántalmazott, elhanyagolt gyermekek (Forrás: KSH)

2.4. Algoritmusok

1. számú ábra: A család- és gyermekjóléti szolgáltatás szakmai szabályrendszerek egymáshoz való viszonya

2. számú ábra: Az ellátási folyamat algoritmus a fejlesztők által módosított folyamatábrára

3. számú ábra: A jelzés fogadásának folyamata a család- és gyermekjóléti szolgálatoknál

2.5. Egyéb dokumentumok

Vonatkozó törvények, rendeletek, jogszabályok

A bántalmazással/elhanyagolással kapcsolatban jelenleg használható BNO 10 kódok

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Az Ombudsman által 2009-ben végzett átfogó vizsgálat adatai szerint az egészségügyben dolgozók igen alacsony arányban tettek eleget a törvény által előírt jelzőrendszeri kötelezettségüknek: „hat megyéből és Budapestről összesen 64 gyermekjóléti szolgálat nyújtott olyan információt, amelyből az egyes jelzőrendszeri szervek jelzéseinek arányát ki lehetett olvasni. Ez alapján a legtöbb jelzést az oktatási intézmények (óvodák, valamint általános- és középiskolák) teszik, az összes jelzésnek mintegy fele származik tőlük. A második leggyakrabban jelző szerv a védőnői szolgálat, amely a jelzéseknek 13%-át teszi meg a gyermekjóléti szolgálat felé, majd ezt követi a rendőrség 9%-os jelzési aránnyal. A jelzőrendszer többi tagja 5% alatti jelzési arányt képez. A legkevesebb jelzés a házi orvosok, illetve házi gyermekorvosok (0,2%), valamint az ügyészség és a bíróság (0,3%) részéről érkezik” [45]. A helyzet sajnos, azóta sem sokat javult és további ombudsmani vizsgálatok tárták fel a jelzőrendszer hiányosságait. A 2016.évi elemzések is megerősítik, hogy a jelzőrendszer tagjai közül a legtöbb jelzést oktatási intézmények dolgozói küldik. A jelzések harmada a települési önkormányzatok jegyzőitől érkezik, a rendőrség és egyéb bünyügyi szervek is számos esetben élnek ezzel a lehetőséggel. Az egészségügyi szervezetek közül a védőnői bejelentések száma a jelentősebb az egészségügyi szolgáltatókon belül [72].

Indikátorok:

Jelenleg a család és gyermekjóléti központ a szolgáltatóktól beérkezett jelentéseket folyamatosan gyűjti, összesíti és elemzi, melyről évente legalább egy alkalommal értékelést készít. Az értékelés célja, hogy segítse a települések éves tanácskozásait és az éves intézkedési tervek előkészítését. Az adott megyéhez tartozó többi

járási tanácsadóval, a kormányhivatal munkatársaival közösen értékeli az adott megyére vonatkozóan a gyermekvédelmi rendszer működését.

A jelentések adataiból a család és gyermekjóléti központok többféle információhoz juthatnak:

- a települési/járási szintű jelzőrendszer jellegzetességei:

honnan érkeznek a jelzések?

milyen problémákat jeleznek?

kik jeleznek, ill. kik nem jeleznek?

- ezek az adatok elemzések alapjául szolgálhatnak, a működés problémáinak feltárására nyújthatnak segítséget [46.a]

A gyermekek bántalmazására és elhanyagolására, a veszélyeztetett gyermekekre, az észlelő- és jelzőrendszer által küldött jelzésekre, a megtett gyámhatósági intézkedésekre vonatkozó adatok a KSH rendszeres éves adatgyűjtéseiből származnak, melyek az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) részei. A jelenleg érvényes adatszolgáltatási rendszerben a család- és gyermekjóléti szolgáltatások adatait ebben a tekintetben a család- és gyermekjóléti szolgálatok, és a család- és gyermekjóléti központok gyűjtik az OSAP 1696: „A család- és gyermekjóléti szolgáltatások adatai” című kérdőív szerint. A megtett gyámhatósági intézkedések tekintetében az adatokat a járási, fővárosi gyámhivatalok gyűjtik az OSAP 1210: „Jelentés a gyámhatóság tevékenységéről” szülő kérdőív szerint.

A bántalmazás/elhanyagolás tekintetében az egészségügyi ellátók fő indikátorai:

Figyelemmel arra, hogy a tisztiorvosi szolgálat jogszabályban meghatározott feladat és hatásköre kiterjed ezen irányelv gyakorlati végrehajtásának ellenőrzésére is, a bántalmazás/elhanyagolás tekintetében az egészségügyi ellátók fő indikátorait az alábbiak szerint határozzuk meg:

1. Hány bántalmazott/elhanyagolt gyermek részesült egészségügyi ellátásban a veszélyeztetettség időszakában, amikor észlelhetők lehettek a bántalmazás szakmai irányelvében leírt gyanújelei?
2. A gyermekvédelmi rendszerben nyilvántartott bántalmazott/elhanyagolt gyermek hány százaléka részesült a veszélyeztetettség időszakában egészségügyi ellátásban, amikor a bántalmazás szakmai irányelvben leírt jelei észlelhetők lehettek?
3. Hány elmaradt egészségügyi szolgáltatói bejelentés esetében állapítható meg, hogy az ellátás során észlelhető volt a bántalmazás szakmai irányelvében leírt gyanújelek legalább egyike?
4. Az elmaradt egészségügyi szolgáltatói bejelentések hány százaléka esetében állapítható meg, hogy az ellátás során észlelhető volt a szakmai irányelvben leírt gyanújelek legalább egyike?
5. Hány „Esetvisszajelző lap” érkezett a család- és gyermekjóléti szolgálattól/központtól a jelzést tett egészségügyi szolgáltatókhoz?
6. Milyen mértékben változott az esetmegbeszéléseken, esetkonferenciákon, éves konferenciákon való házi orvosi/házi gyermekorvosi, védőnői részvétel?

Ezek az indikátorok segítenék a rossz gyakorlat azonosítását, a rossz gyakorlat háttérében álló okok kezelését; talán még a szakmai ajánlás finomítását és a képzési programok továbbfejlesztését is.

A fentiekben leírt javaslatok megvalósulása lehetővé tenné, hogy a jelenlegi gyakorlaton belül kiemelt hangsúlyt kapjon az egészségügytől jövő jelzés. Szükséges, hogy ezeket az adatokat a család- és gyermekjóléti központ, illetve a megyei/fővárosi kormányhivatal gyámhivatala egyeztesse a járási, megyei/fővárosi tisztiorvosi szolgálattal, amely az egészségügyi szolgáltatóktól beérkező adatokat, mint a bántalmazással/elhanyagolással kapcsolatos tevékenység indikátorait évente értékelné járási, megyei/fővárosi és országos szinten.

Jelen irányelv átfogó célja, hogy:

- rövidtávon időben felismerjék és megfelelően kezeljék a bántalmazástól/elhanyagolástól szenvedő eseteket, ennek érdekében alkalmazzák jelen Irányelv Ajánlás1-Ajánlás12 alatt megfogalmazott útmutatásokat, amelyek egyértelműen megerősítik, ill. felvetik a gyermekkel való rossz bánásmód gyanúját.
- hosszú távon, hogy változzon a társadalmi attitűd a gyermekek bántalmazásával/elhanyagolásával kapcsolatban.

Várható hatások:

Rövidtávon:

Adott évben a család- és gyermekjóléti szolgálatok/központok részére az egészségügyi ellátórendszerből érkezett gyermekbántalmazásos, elhanyagolásos esetek jelzésének száma növekszik az előző évben érkezett jelzések számához viszonyítva.

Az adatok további pontosítása várható, ha az egészségügyben is megvalósul a pontos adatgyűjtés (lásd javaslatok).

Amennyiben az irányelv ajánlásai szerint működik a jelzőrendszer, úgy várható, hogy

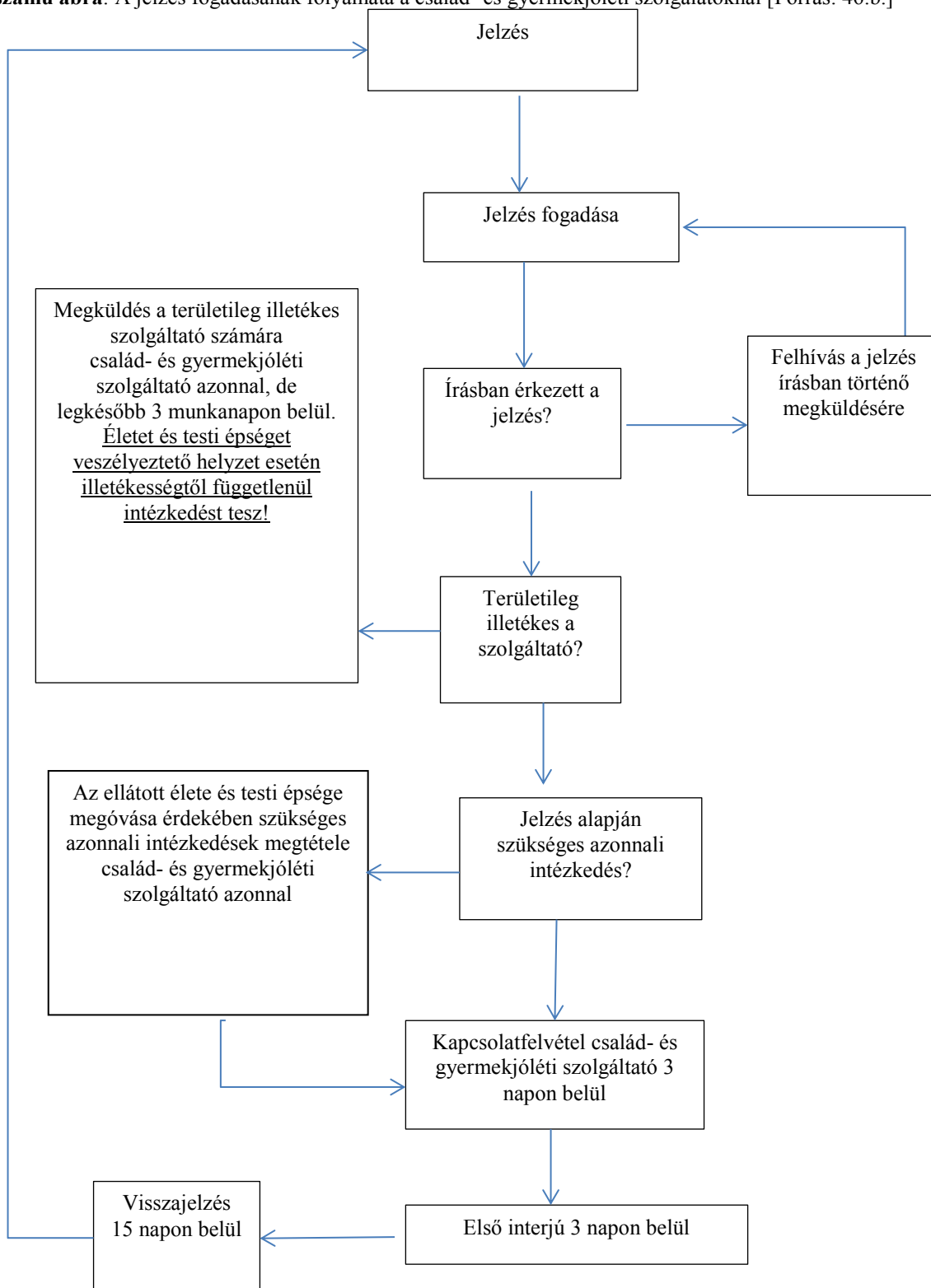
- javul az egészségügyi ellátók gyakorlata a gyermekbántalmazásos esetek felismerésében, azonosításában,
- hatékonyabbá válik az egészségügyi szakembereknek a gyermekvédelmi jelzőrendszerben betöltött szerepe,
- ismertebbé válik az egészségügyi szakemberek számára a jelzés fogadásának folyamata a család- és gyermekjóléti szolgálatoknál (lásd folyamatábra),
- az esetmegbeszélések, esetkonferenciák aktív résztvevőivé válnak az egészségügyi szakemberek,
- a család-és gyermekjóléti központok által végzett éves értékelések adatai alapján kimutathatóvá válik az egészségügy részéről érkezett jelzéseknek száma és azoknak következményei a gyermekvédelmi rendszerben,
- a járási/megyei tisztiorvosi szolgálatok éves ellenőrzései ezen irányelv gyakorlati végrehajtására is kiterjednek,
- kialakul az érintett gyermekek interdiszciplináris gondozása az egészségügyi szakemberek aktív részvételével,
- családokban észlelt és jelzett gyermekbántalmazási esetek száma nő, a látencia csökken.

Hosszútávon:

- az új elektronikus kommunikációs útvonalak lehetővé teszik, hogy a térben és időben eltérő, adott esetben különböző egészségügyi szolgáltatók által rögzített veszélyeztetési esetek logikailag összekapcsolódjanak,
- elterjed a köztudatban, hogy a gyermekek bántalmazása/elhanyagolása a szakemberek hatékony együttműködése révén nem maradhat rejtve,
- a gyermekbántalmazás/ elhanyagolás a széles nyilvánosság előtt is több figyelmet kap,
- változik a társadalom attitűdje, a nevelési szokások és ennek eredményeként csökken a bántalmazott/elhanyagolt gyermekek száma és csökken az ezen okból bekövetkezett halálozás.

Míndehhez az is szükséges, hogy az egészségügyi szolgáltatók ismerjék a jelzés fogadásának folyamatát a család és gyermekjóléti szolgálatnál.

A folyamatot az alábbi ábra foglalja össze:

3. számú ábra: A jelzés fogadásának folyamata a család- és gyermekjóléti szolgálatoknál [Forrás: 46.b.]

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelvek időről időre történő felülvizsgálata az irányelv megbízhatósága, hitelessége és ajánlásainak validitása miatt szükséges.

Az irányelv felülvizsgálatának terve:

- az aktuális szakirodalom és hazai vonatkozó jogszabályok változásának követéséért és az aktualizálás elvégzéséért az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek alapellátás tagozata felel;
- az aktuális szakirodalom és a jogszabályok követése folyamatos;
- az azonosított módosítás birtokában a felülvizsgálat szükségességéről, a hivatalos módosításokról és annak mértékéről az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek alapellátás tagozata dönt.

Az egészségügyi szakmai irányelvek felülvizsgálatát általában az ajánlások alátámasztását biztosító bizonyítékokban bekövetkezett változás, vagy a jogszabályokban, a hazai ellátórendszerben, körülményekben bekövetkezett változás indokolja. A felülvizsgálat lehet tervezett vagy soron kívüli.

- A jelen felülvizsgálat a korábbi irányelv ajánlásait megerősíti. Az egészségügyi szakmai irányelv hatályba lépése után 3 évente felülvizsgálják az irányelv aktualitását, amennyiben szükséges, módosítják vagy megerősítik az ajánlásokat, és ezzel újra érvényesítik az irányelvet. Az aktualitás felülvizsgálata során megismétlik a fejlesztéskor elvégzett teljes folyamatot az azóta eltelt időintervallumra, azaz elvégzik a szisztematikus irányelv- vagy egyéb irodalomkeresést új bizonyítékok után kutatva; szakértők véleményét felhasználva felméri a hazai ellátórendszer aktuális állapotát, azonosítják a változásokat, és eldöntik, hogy szükséges-e bármilyen módosítás.
- Soron kívüli felülvizsgálat: ha a szakirodalom és az ellátási eredmények folyamatos nyomon követése során az egészségügyi szakmai irányelv hatókörében a tudományos és/vagy tapasztalati bizonyítékokban és/vagy a hazai ellátórendszerben, ellátási körülményekben releváns és szignifikáns változás következik be, az irányelvben meghatározott időpontnál korábban kell elvégezni annak bizonyos mértékű felülvizsgálatát. A felülvizsgálat mértékét a felmerülő változás jellege és mértéke határozza meg.
- Ha a soron kívüli felülvizsgálat csak bizonyos ajánlásokat érintett, és az egész egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata nem történt meg, akkor a tervezett időpontban a teljes körű felülvizsgálatot is el kell végezni.

Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata során az alábbi döntések hozhatók:

- az egészségügyi szakmai irányelv teljes érvénytelenítése, visszavonása;
- az egészségügyi szakmai irányelven belül ajánlások érvénytelenítése, visszavonása;
- az egészségügyi szakmai irányelven belül ajánlások módosítása;
- a felülvizsgált ajánlások megerősítése.

Ha az egészségügyi szakmai irányelv az érvényességi idő lejártáig nem kerül felülvizsgálatra, akkor automatikusan érvényét veszti.

IX. IRODALOM

- [1] When to suspect child maltreatment National Institute for Health and Clinical Excellence - National Collaborating Center for Women's and Children's Health - 2009. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK57167/pdf/Bookshelf_NBK57167.pdf Revízió: Child maltreatment: When to suspect child maltreatment in under 18s (2017) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89>
- [2] Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence WHO & ISPCAN - International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect 2006. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
- [3] American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. Pediatrics.1999; 103 (1):186-191.o. <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/1/186.full.pdf+html> Revízió: Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children Pediatrics 2005.116; 506-512. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/116/2/506.full.pdf>
- [4] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health World Health Organization; 2002 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
- [5] Council of Europe Parliamentary Assembly Recommendation 1371 (1998) Abuse and Neglect of Children <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16615&lang=en>
- [6] Herczog Mária - Kovács Zsuzsa: A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése. 1. sz. Módszertani levél, Országos Gyermekegészségügyi Intézet 2004. <https://docplayer.hu/670772-A-gyermekbantalmazas-es-elhanyagolas-megelzese-felismerese-es-kezelese.html>
- [7] Kézikönyv a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtók számára a gyermekekkel szembeni rossz bánásmóddal kapcsolatos esetek ellátásához és kezeléséhez Budapest, 2006.

- http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/bantalmazas_kezikonyv_080409.pdf
- [8] Veszélyeztetettség fogalma, hatékony alkalmazásának szakmai megalapozása 2011. (TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002 sz. kiemelt projekt) <http://docplayer.hu/969438-Veszelyeztetettseg-fogalma-hatekony-alkalmazasanak-szakmai-megalapozasa.html>
- [9] Módszertani útmutató: A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan. <http://www.kormany.hu/download/b/52/00000/gyermek%20b%C3%A1ntalmaz%C3%A1s%C3%A1nak%20felismer%C3%A9s%C3%A9re%20%C3%A9s%20megsz%C3%BCntet%C3%A9s%C3%A9re%20ir%C3%A1nyul%C3%B3%20egys%C3%A9ges%20elvek%20%C3%A9s%20m%C3%B3dszertan.pdf>
- [10] Herczog Mária: Gyermekbántalmazás Budapest: Complex Kiadó Kft; 2007.
- [11] Pászthy Bea: A gyermekek bántalmazása és elhanyagolása in Békefi Dezső szerk.: Gyermekgyógyászati Vademecum Budapest: Melinda Kiadó és Reklámügynökség; 2007. I/201-209. o.
- [12] HM Government. Working Together to Safeguard Children. London: The Stationery Office; 2006. www.everychildmatters.gov.uk/socialcare/safeguarding/workingtogether
- [13] Meadow, Roy. ABC of Child Abuse. BMJ Publishing Group, Bristol, 1997. (magyar nyelvű rövidített változat elérhető: www.gyermekbantalmazas.hu/.../szakembereknek?task)
- [14] Révész György: Szülői bánásmód - Gyermekbántalmazás Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó; 2004.
- [15] Gyurkó Szilvia: A gyermekek bántalmazásának és veszélyeztetettségének jogi háttere, a veszélyeztetettség fajtái, magyarországi és nemzetközi helyzet in: Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016.(13-29.o.)
- [16] Katonáné Pehr Erika: A gyermekbántalmazás nemzetközi megítélése OKRI Szemle 2012 2. kötet (144-163 o.). https://www.okri.hu/images/stories/OKRISzemle2009/OKRISzemle_2011/012_pehr.pdf
- [17] Szabó László: A veszélyeztetett gyermek és fizikai bántalmazás gyermekgyógyászati vonatkozásai és megelőzése in Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016 (309-318 o.)
- [18] Herczeg Ilona: A gyermekkori bántalmazás gyermekpszichiátriai következményei. Kórképek, differenciáldiagnózis, kezelési lehetőségek in. Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016. (183-206 o.)
- [19] Nagy Anikó: Éheztetés, elégtelen táplálás és következményei in: Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016. (145-162. o)
- [20] AB határozat alkotmányjogi panasz elutasításáról https://www.alkotmanybirosag.hu/uploads/2019/04/sz_iv_1089_2018.pdf
- [21] Németh Ágnes (szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. - Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2016. http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/asset/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf
- [22] Flaherty E.G.; Perez-Rossello J.M.; Levine M.A.; Hennrikus W.L. and the American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect: Evaluating children with fractures for child physical abuse. Pediatrics Vol.133 No.2. February1,2014. <http://pediatrics.aappublications.org/content/133/2/e477.full.html>
- [23] Maguire S.: Which injuries may indicate child abuse Arch Dis Child Educ Pract Ed 2010; 95:170–177. doi:10.1136/adc.2009.170431 <http://ep.bmj.com/content/95/6/170.full>
- [24] Ács Géza: Gyermekbántalmazás - a traumatológus felelőssége. Magyar traumatológia, ortopédia, kézsebészet, plasztikai sebészet 2008 51.évf. 4. sz. 315-327.o.
- [25] Törő Klára: A gyermekkori fizikai bántalmazás igazságügyi orvostani vonatkozásai in Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016. (31-50.o)
- [26] Sárközy Sándor: A fizikai bántalmazás traumatológiai és sebészeti aspektusai in. Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016 (51-80.o.)
- [27] King, W. J., MacKay, M., & Sirnack, A. (2003). Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. Canadian Medical Association Journal, 168(2), 155-159. <http://www.ecmaj.ca/content/168/2/155.full>
- [28] Responding to children and adolescents who have been sexually abused WHO Clinical guidelines <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>
- [29] Carole Jenny, James E. Crawford-Jakubiak and COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT: The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected Pediatrics; originally published online July 29, 2013; <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/07/23/peds.2013-1741>
- [30] Noll J.G., Shenk C.E., Putnam K.T.: Childhood Sexual Abuse and Adolescent Pregnancy: A Meta-analytic Update Journal of Pediatric Psychology 2009 May; 34(4) 366-378

- [31] Demjén László, Kiss András: A szexuális gyermekbántalmazás nőgyógyászati és urológiai vonatkozásai in. Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016. (83-110 o.)
- [32] Almássy Zsuzsanna: A gyermekkori bántalmazás toxikológiai vonatkozásai in. Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016 (251-265 o.)
- [33] Amy Baker- Paul Fine: EXtelen döntések- Kézikönyv a szülői elidegenítés kezeléséhez L Harmattan Könyvkiadó Budapest, 2018.
- [34] Szalai Zsuzsanna: Artefakt börtünetek gyermekkorban in: Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016. (123-143 o.)
- [35] Sófi Gyula: A gyermekkori bántalmazások pszichés és mentális összefüggései. Az igazságügyi gyermekpszichiáter szakértő szempontjai in. Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016. (207-225.o.)
- [36] Pintér Kálmán-Tóth Judit Nikoletta: A bántalmazott gyermekek - Gyermekjogok és gyermekbántalmazás Statisztikai Szemle 95. évfolyam 8.-9. szám 2017.
- [37] UNCRF The right of the child to freedom from all forms of violence http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf
- [38] Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-3070/2012. számú ügyben <http://www.ajbh.hu/-a-gyermekbarat-igazsagszolgalatasrol>
- [39] https://unicef.hu/wp-content/uploads/2014/10/UNICEF-sport-jelentes_2014.pdf
- [40] UN Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG_violencestudy_en.pdf
- [41] Egyezmény a gyermek jogairól http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100064.TV
- [42] Council of Europe Strategy for the Rights of the Child 2016-2021. Building a Europe for and with children, July 2016. <https://rm.coe.int/1680693342>
- [43] Gyermekvédelmi jelzőrendszer 2010 Statisztikai Tükör V. évf. 42. sz. 2011. június www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/gyermekvedelem10.pdf
- [44] Gyermekjogi jelentés 2017. Híntalovon Alapítvány <https://hintalovon.hu/sites/default/files/hintalovon-jelentes-2017final.pdf>
- [45] Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosának jelentése AJB 2227/2010) in Dr. Kovács Orsolya Ágota szerk.: Gyermekjogi projekt. ÁJOB Projektfüzetek 2010/1; 54-65. o. <http://www.ajbh.hu/documents/10180/124840/gyermekjogi.pdf/3c3583bf-c65a-499d-b1f1-21949d229c97?version=1.1>
- [46] A család- és gyermekjóléti szolgáltatás szakmai szabályozó dokumentumai:
- Szakmai ajánlás - A család-és gyermekjóléti szolgáltatás által működtetett észlelő- és jelzőrendszer működésének és működtetésének szabályairól (2. kiadás)
 - Protokoll - A család- és gyermekjóléti szolgáltatás által működtetett észlelő- és jelzőrendszer folyamatairól (2. kiadás)
 - Protokoll - A család- és gyermekjóléti szolgáltatás keretében biztosított szociális és segítő munka folyamatairól (2. kiadás)
 - Protokoll - A gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó család- és gyermekjóléti szolgáltatások folyamatairól (2. kiadás)
http://www.macsgyoe.hu/szakmai_informaciok/szakmai_hirek/2017-08-22/frissultek_a_hivatalos_szabalyozo_dokumentumok.html
- [47] Szakmai ajánlás - Gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálat speciális szolgáltatást biztosítók számára http://szocialisportal.hu/documents/10181/206271/Szakmai+aj%C3%A1nl%C3%A1s_Gyermekvedelmi_jelzorendszer.pdf/bfd39636-9aa7-47ea-e839-b6dd8fa80958
- [48] Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai iránymutatása a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre Egészségügyi Közlöny LXVI évf. 12. sz. 2792. o.-http://feszgyi.hu/letoltesek/GYV_SZGYIR_a_teruleti_vedonok_szamara.pdf
- [49] Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S.: A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse Negl.1998. Nov;22 (11):1065-78.
- [50] Katona Gábor: A fizikai bántalmazás és veszélyeztetés gyermek fül-orr-gégészeti megjelenései in Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016. (111-121 o.)
- [51] Harkányi Zoltán, Polovitzer Mária, Kovács Éva, Molnár Diana: A gyermekbántalmazás képalkotó diagnosztikája in Nagy Anikó, Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás Medicina 2016. (163-182 o.)
- [52] Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. Pediatrics. 2011; 128(2):233–238
- [53] Ritual genital cutting of female minors AAP Policy statement Pediatrics 2010;125;1088. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/125/5/1088.full.pdf>

- [54] Hermann Judith: Trauma és gyógyulás, Budapest: Háttér Kiadó-KáVé Kiadó-NANE Egyesület; 2003.
- [55] Subic-Wrana et al.: Childhood trauma and it's relation to diagnoses and psychic complaints in patients of a psychosomatic university ambulance. *Psychoter Psychosom Med Psychol.* 2011 61 (2) 54-61.
- [56] Tanaka et al.: The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health and self-compassion in child welfare adolescents *Child Abuse Negl* 2011 Oct; 35(10): 887-98
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22018519>
- [57] Jungmeen K. Cicchetti D.: Longitudinal pathways linking childhood maltreatment, emotion regulation, peer relations and psychopathology, *J Child Psychol Psychiatry*, 2010 51 (6) 706-716
- [58] Moretti M.; Craig S.: Maternal vs. paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood. *Child Abuse Negl* 2013 37 (1): 4-13
- [59] Namnyak, M., Tufton, N., Szekely, R., Toal, M., Worboys, S. and Sampson, E. L. (2008), 'Stockholm syndrome': psychiatric diagnosis or urban myth? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117:4-11.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2007.01112.x/abstract>
- [60] <https://childhub.org/hu/gyermekvedelmi-hirek/magyarorszag-inspire-sorozat-webinariumainak-felvetelei>
- [61] [www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- [62] <https://icd.who.int/en/>
- [63] Alink L.Cyr C., Madigan S.: The effect of maltreatment experiences on maltreating and dysfunctional parenting: A search for mechanisms
Development and Psychopathology (2019), 1-7 Cambridge University Press 2019
doi:10.1017/S0954579418001517
- [64] Kreatsoulas c. et al.: Young Adults and Adverse Childhood Events: A Potent Measure of Cardiovascular Risk *The American Journal of Medicine* (2019) 132:605-613 [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(19\)30050-6/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(19)30050-6/fulltext)
- [65] Foley S., Kovács Z.et al.: International collaboration on prevention of shaken baby syndrome – an ongoing project/intervention
Paediatrics and International Child Health 2013. VOL.33 NO.4 233-238.
<https://doi.org/10.1179/2046905513Y.0000000093>
- [66] A negatív gyermekkori élmények hatása a szenvedélybetegségek kialakulására és a megelőzés lehetőségei Konferencia 2019. https://www.webdoki.hu/kepek/2019_06/programfuzet0611.pdf
- [67] INSPIRE Seven strategies for ending violence against children
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=1>
- [68] Trent M., Dooley DG., Dougé J.:The Impact of Racism on Child and Adolescent Health AAP Policy statement
Pediatrics Vol. 144, Issue 2, August 2019: e20191765
<https://pediatrics.aappublications.org/content/144/2/e20191765>
- [69] A familiar face - Violence in the lives of children and adolescents
https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf
- [70] Ujhelyi Nagy et al.: Measuring the prevalence of adverse childhood experiences by survey methods. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(6): E1048. doi:10.3390/ijerph16061048
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6466446/>
- [71] Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-2026/2017. számú ügyben
https://www.ajbh.hu/documents/10180/2602747/Jelent%C3%A9s+egy+anyagi+okb%C3%B3l+gyermekv%C3%A9delmi+szakell%C3%A1t%C3%A1sba+ker%C3%BCl%C3%A9s+vizsg%C3%A1lat%C3%A1r%C3%B3l+2026_2017/5de6d64a-83bb-ae08-3d5f-69fb69ea106b?version=1.0
- [72] Infojegyzet Gyermekvédelmi jelzőrendszer
https://www.parlament.hu/documents/10181/1202209/Infojegyzet_2017_27_gyermekvedelmi+jelzorendszer.pdf/104dd04a-dca3-47bc-944e-bfb07067676f
- [73]. Mohai Zsuzsanna -Pénesz Melinda: A kötelező védőoltásokkal szembeni ellenállás megjelenése a népegészségügyi hatósági ügyekben *Egészségtudomány/ Health Science* 2018.3-4/82-100.
<http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2018-3-4/EgTud.2018.3-4.82.pdf>
- [74] ENYÜBS <https://bsr.bm.hu/document/details?id=74>
- [75] WHO Newsroom 15 April 2020: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/violence-against-women-during-covid-19>

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az eredeti szakmai irányelv kidolgozását az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek alapellátás (házi-gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás, védőnő) Tagozat, valamint az Országos Gyermekegészségügyi Intézet kezdeményezte. Tekintettel arra, hogy az irányelv érvényessége 2019. december 31-én lejárt, a Gyermek

alapellátás (házi-gyermekorvostan, Ifjúsági és iskolaorvostan) Tagozat az irányelv felülvizsgálatát kezdeményezte a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával a 18/2013.(III.5.) EMMI rendeletben foglaltak alapján. Az irányelv felülvizsgálatát az eredeti irányelvfejlesztő csoport három tagja végezte.

Az irányelv kialakítási folyamat során a fejlesztőtagok önálló munkája a tagok közt elektronikus úton folyamatosan megosztásra és véleményezésre került, az irányelv hangsúlyos és problematikus kérdéseiben pedig személyes, csoportos konzultációk zajlottak.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalomkeresés folyamatos. Az eredeti irányelv irodalmi forrását aktualizáltuk. Forrás: hazai irodalom, GIN; AAP; WHO; MEDLINE adatbázisok. A felhasznált nemzetközi irodalom fő forrása a „Child Abuse and Neglect” nemzetközi folyóirat. A korábban használt NICE guideline aktualizált változatát is használtuk, emellett feltüntettük az irányelv megjelenése után hozott jogszabályokat is.

Keresés kulcsszavai: child maltreatment - gyermekkel való rossz bánásmód, child abuse - gyermekbántalmazás, abúzus, child protection - gyermekvédelem, domestic violence - családon belüli erőszak, neglect - elhanyagolás, risk factors - rizikótényezők, shaken baby - megrázott gyermek, veszélyeztetettség, violence - erőszak.

A keresés során a 2000-2019 között megjelent releváns irodalmat tekintettük át, de egyes esetekben ennél korábbi tanulmányokat is felhasználtunk. Az irodalomkutatót 2020. április 15.-vel zártuk.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A felismerésnél és a diagnózis felállításánál a NICE guideline-ban [1] alkalmazott evidencia-szinteket vettük át. (lásd Bizonyítékok szintje 1. számú táblázat)

A szexuális abúzus gyanúja esetén elvégzendő vizsgálatoknál, az AAP guideline aktualizált változatának [3] ajánlásait vettük át azzal, hogy az ajánlás bizonyíték szintjét a NICE irányelvben alkalmazott evidencia besoroláshoz harmonizáltuk.

4. Ajánlások kialakításának módszere

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

„**Gyanú**” (2-; 2+) Bántalmazás/elhanyagolás gyanúja felmerül, ezért további megfigyelés, konzílium, esetmegbeszélés szükséges.

A megfontolás tárgyát képező ajánlást ezekkel a szavakkal fejezzük ki: ajánlott, célszerű, javasolt.

„**Megerősített gyanú**” (2++): Bántalmazás/elhanyagolás megerősített gyanúja, ezért az ellátónak jelzési kötelezettsége van.

A jelzési kötelezettséget ezekkel a szavakkal fejezzük ki: kell, kötelező, szükséges.

A szexuális abúzus gyanúja esetén elvégzendő vizsgálatoknál az AAP guideline [3] ajánlásait vettük át.

Az ajánlásokat a fejlesztő munkacsoport a hazai napi gyakorlat nyelvére átültetve informális - Delphi - konszenzussal fogalmazta meg.

Mivel „Az ellátási folyamat algoritmusa” c. fejezetben az egészségügyi ellátáson túli teendőket nemzetközi egyezmények, jogszabályok és a szociális ágazat módszertani iránymutatásai határozzák meg, ajánlásbesorolás nem alkalmazható, azonban az itt leírtak ismerete az érintettek számára feltétlenül szükséges.

5. Véleményezés módszere

A fejlesztőcsoport informális megegyezéssel (3) hozta meg a döntéseit [1], emellett figyelembe vette külső szakmai szervezetek véleményét is.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Az irányelvet az alábbi szervezetek véleményezték:

- Család Gyermek Ifjúság Egyesület
- Kék Vonal Gyermekkrízis alapítvány
- Magyar Védőnők Egyesülete
- Budapest Főváros Kormányhivatala XV. Kerületi Gyámhivatal

Az eredeti irányelvet az OBDK részéről független módszertani szakértők véleményezték.

XI. MELLÉKLET**1. Alkalmazást segítő dokumentumok****1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok**

- Az Országos Gyermkegészségügyi Intézet kiadványai:

Hogyan figyeljünk gyermekünkre?

<http://www.ogyei.hu/upload/files/hogyan.pdf>

Sose rázd a kisbabádat szórólappal és DVD

<http://www.ogyei.hu/upload/files/Sose%20r%C3%A1zd%20a%20kisbab%C3%A1dat%20sz%C3%B3r%C3%B3lap.pdf>

<http://www.youtube.com/watch?v=i7SWkcpv2Jw>

- Az Országos Gyermkegészségügyi Intézet, ill. jogutódja a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet gondozásában működik a www.gyermekbantalmazas.hu weboldal, melyen számos anyag megtalálható a témában mind szakemberek, mind laikusok számára.

- A TÁMOP 614 Koragyermekkor (0-7 éves) kiemelt projekt keretében történt fejlesztések, tapasztalatok és javaslatok az a szakmaközi együttműködésről, esetmegbeszélésről:

<http://www.gyermekalapellatas.hu/egyuttmukodes/esetmegbeszeles>

- Gyermekvédelmi tudásközpont programjai <https://childhub.org/hu>

Segítő szervezetek, segélyvonalak listája:

- Hintalovon Gyermekjogi Alapítvány <https://hintalovon.hu/hu>

- Kék Vonal/anonim telefon és internet segélyvonal <http://www.kek-vonal.hu/index.php/hu/>

- Magyar Gyermek és Ifjúsági Telefonos Lelkiségi Szolgálatok Országos Szövetsége (GYITOSZ) <http://www.ifjusagi-lelkisegely.hu/>

- NANE (Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület) <http://nane.hu/>
tel.: 06-80-505-101

- Országos Kríziskezelő Információs Telefonszolgálat <http://www.bantalmazas.hu/> email: okit@csbo.hu tel: 06-80-20-55-20

- Telefonanút: 8-20 óráig bűncselekményekkel kapcsolatos anonim bejelentések. tel.: 06-80/555-111

- Drog Stop <https://www.drogstoponline.hu/>

- Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Budapest

<http://www.kekpont.hu/>

- Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (MEJOK) <http://mejokalapitvany.blogspot.hu/>

- Józan babák klub <http://jozanbabak.blogspot.hu/>

- Krízisterhesség, örökbeadás, örökbefogadás:

Bölcső Alapítvány <http://bolcso.hu/>

Gólyahír Egyesület <http://www.golyahiregyesulet.hu/>

Fészek Alapítvány www.feszekalapitvany.hu

- Gyermekvédelmi hívószám: +36 80 21 20 21

<https://szgyf.gov.hu/1747-gyermekvedo-hivoszam>

- A gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálatok listája

http://szocialisportal.hu/documents/10181/206271/Gyermekvedelmi_jelzorendszeri_keszenleti_szolgalatok_2019_+junius_21_napjan_frissitett_listaja.pdf/3f5e5de2-3fb7-7be7-7504-638ecff69efc

- Beszélj róla projekt <http://beszeljrola.hu/>

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Orvosi látélet és vélemény (<http://www.depot.hu/orvosi-latelet-es-velemen-y-szabadlap-a-4-negyoldal-as-p-9038>)

A kiállító orvos, gyógyintézet neve és címe

Orvosi látlet és vélemény

A sérült neve: _____

Születési helye és ideje: _____

Anyja születési neve: _____

Foglalkozása _____ Szem. ig. sz.: _____

Lakáscíme: _____

Munkáltatója neve és címe: _____

Az orvosi ellátásra jelentkezés ideje: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra.

Módja: saját lábán – mentőgépkocsival – vagy _____

A kísérő neve és lakáscíme: _____

Az előzményi adatok (a sérült vagy kísérő közlése alapján a sérülés elszenvetésének ideje, helye és körülményei, az eszméletlen állapot időtartama, a fogyasztott szeszes ital megjelölése és mennyisége): _____

A sérüléssel összefüggő panaszok: _____

Jelen állapot (általános fizikális, belgyógyászati állapot): _____

RR: _____ Hgmm, P: _____ /min.

Az idegrendszeri állapot (reflexek, Romberg-tünet, pupillák stb.), valamint az agyrázkódásra utaló tünetek (eszméletvesztés, emlékezetkiesés, vegetatív tünetek): _____



Egészségügyi adatlap

235/1997. (XII. 17) Kormányrendelet a gyámhatóságok, a területi gyermekvédelmi szakszolgálatok, a gyermekjóléti szolgálatok és a személyes gondoskodást nyújtó szervek és személyek által kezelt személyes adatokról, 2. számú melléklet VI. számú adatlapja

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700235.KOR>

Kitöltés kezdete:

Név:

Névváltozás (dátummal):

Születési hely (kerület is), idő:

Anyja születési neve:

Az egészségügyi iratokról a GYSZ-4 adatlap tájékoztató:

Milyen a gyermek általános egészségi állapota?

Maradt-e el a gyermeknek kötelező védőoltása, s ha igen, mi és miért?

Kapott-e a gyermek a kötelezőn felüli védőoltást:

Ha igen, milyen és mikor?

(influenza, agyhártyagyulladás stb.)

Megtörtént-e a gyermek életkorának megfelelő kötelező rendszeres szűrések?

Milyen gyermekbetegségeken esett át a gyermek:

(kanyaró, rubeola, skarlát, bárányhimlő, mumpsz, egyéb)

Volt-e a gyermeknek balesete, ebből visszamaradt-e maradandó károsodása (Mikor, mi történt)

Volt-e a gyermeknek műtétje, mikor, hol és miért?

Szüksége van-e a gyermeknek korrekciós beavatkozásra, gyógyászati segédeszközre, s ha igen, mire, miért?

A kórházi kezelések ideje, helye, oka, orvos neve (Ha szükséges, akkor használjon pótlapot!):

Ismertek-e az anya terhességének, a gyermek születésének körülményei:

Tüntesse fel az információ forrását! (nem várt, túl korai, késői, vagy veszélyeztetett terhesség, vetélések, terhesség alatti egyéb problémák, szülés körüli komplikációk: felsírt-e a gyermek, vér- és oxigén-ellátási zavarok, testileg épen született-e, egyéb)

A védőnő és a gyermekorvos észrevételei a gyermek életének első 3 évében:

Egyéb kiegészítő információk:

Lezárás időpontja:

Az adatközlő aláírása:

**Útmutató a kitöltéshez
„GYSZ-4”****Az adatlap funkciója:**

- 1. a gyermek egészségügyi adatainak rögzítésével a veszélyeztetett gyermek alapellátási gondozásának elősegítése,
- 2. átmeneti gondozás, otthont nyújtó ellátás esetén az ellátó tájékoztatása.
- Az adatlap kitöltője: a gyermek védelembe vétele, előreláthatólag 15 napot meghaladó átmeneti gondozása, nevelésbe vétele vagy egyéb, a családgondozó által indokoltnak ítélt esetben a gyermekjóléti szolgálat felkérésére a gyermek háziorvosa.
- A kitöltés ideje: a külön jogszabályban meghatározott idő.

- Az adatlap továbbítása: a gyermekjóléti szolgálat feladata az adatlap továbbküldése a gyermek gondozását ellátó helyettes szülőhöz, gyermekek átmeneti otthonába vagy a szakellátást nyújtó intézménybe az elhelyezéstől számított 8 napon belül.

ESETJELZŐ ADATLAP általános problémák jelzésére

(Forrás:http://www.hoszkp.hu/images/jegyzolap/eszlelo_es_jelzorendszer_protokoll_kiadott.pdf) (Letölthető: http://www.szocialiskozpont.hu/get_file.php?id=55)

**ESETJELZŐ ADATLAP
általános problémák jelzésére**

A címzett Család-és Gyermekjóléti Szolgálat/Központ megnevezése és címe:

A jelzést küldő neve/megnevezése és elérhetősége:

A gyermek(ek)neve:.....

Születési helye és ideje:,

Anyja neve:.....

TAJ szám:.....

lakcím/tartózkodási hely:.....

A szülő, gondviselő neve, címe, telefonszáma, elérhetősége:

A jelzés oka:

Mit tett a jelzést küldő a probléma megoldásának érdekében?

Miben kérik a Család-és Gyermekjóléti Szolgálat/Központ segítségét?

Dátum:.....év.....hó.....nap

PH.

aláírás

esetet jelző szakember

ESETJELZŐ ADATLAP bántalmazás, elhanyagolás esetén

(Forrás:http://www.hoszkp.hu/images/jegyzolap/eszlelo_es_jelzorendszer_protokoll_kiadott.pdf) (Letölthető: http://www.szocialiskozpont.hu/get_file.php?id=107)

**ESETJELZŐ ADATLAP
bántalmazás, elhanyagolás esetén**

Kérjük, hogy a Gyermekvédelmi 17.§ (2a) bekezdés rendelkezéseinek betartását szem előtt tartva a jelzőlapot úgy töltsse ki, hogy a jelző személyre/intézményre utaló adatok, információk csak az elkülönített -zártan kezelendő -részben jelenjenek meg.

A címzett Család-és Gyermekjóléti Szolgálat/Központ/ gyámhatóság megnevezése és címe:

A gyermek(ek)neve:

tartózkodási helye:

születési helye és ideje:, anyja neve:.....

TAJ száma:.....

A szülő, gondviselő neve, címe, telefonszáma, elérhetősége:

A jelzés oka, az érzékelt probléma rövid leírása:

Szóban, telefonon történt-e jelzés az esettel kapcsolatban:

Ha igen: időpontja:.....évhó nap,óraperc

A jelzést fogadó neve:

ZÁRTAN KEZELENDŐ ADATOK!

Tett-e valamit a jelzést küldő a probléma megoldásának érdekében? Ha igen mit?

Milyen megoldást lát szükségesnek a gyermek(ek)száma?

Javasolt ellátás/intézkedés (jelölje a megfelelő!):

alapellátás,- védelembe vétel, - ideiglenes hatályú elhelyezés, – nevelésbe vétel

A jelzést küldő neve/megnevezése és elérhetősége:

Dátum: év. hó. nap

PH.
aláírás
esetet jelző szakember

Eset visszajelző lap

A személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló /1998. (IV. 30.) NM rendelet szerint (http://www.szocialiskozpont.hu/get_file.php?id=92)

ESETVISSZAJELZŐ LAP

Család és Gyermekjóléti Szolgálatnak/Központnak a megtett intézkedésről szóló tájékoztatási kötelezettségének teljesítéséhez [15/1998. (VI.30.) NM r.]

Az intézkedés megtételéért felelős személy neve, címe, elérhetősége:

1.A jelzés alapján kezdeményezett kapcsolatfelvételre vonatkozó információk:

Az érintett gyermek neve: _____ születési hely és ideje: _____

lakó/tartózkodási helye: _____

Válsághelyzetben levő várandós anya neve: _____ lakó/tartózkodási helye: _____

A szülés várható időpontja: _____

A jelzés fogadásának dátuma: _____ év _____ hó _____ nap

Jelzéssel érintett személlyel való kapcsolatfelvétel ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Kapcsolatfelvétel helye: _____

Kapcsolatfelvétel módja (jelölje a megfelelőt!): személyesen, telefonon, e-mailben

Visszajelzés időpontja: _____ év _____ hónap _____ nap* (*15 napon belül)

2. A jelzés hatására eddig megtett intézkedés (ek) rövid leírása:

A jelzés továbbítása megtörtént a hatáskörrel rendelkező szervek (pl. gyámhatóság, rendőrség) felé, mert:

A helyzet jelenlegi állása, további javaslatok:

Kelt: _____ év, _____ hó, _____ nap

PH.

aláírás

visszajelző szakember

HÍVÁSFELVÉTELI ADATLAP

(forrás: http://www.tamogatoweb.hu/letoltes2019/2019_szakmai_ajanlas_keszenleti_szolgalat.pdf)

HÍVÁSFELVÉTELI ADATLAP

(tartalma szerint)

Hívás időpontja:

Hívó személyre/szervezetre vonatkozó adatok:

Neve:

Elérhetősége:

Veszélyeztetett személlyel fennálló kapcsolata:

Veszélyeztetett személyre vonatkozó adatok:

Neve:

Születés helye és ideje:

Anyja neve:

Lakcíme/tartózkodási helye:

Telefonos elérhetősége:

Gyermek esetében megtett hívás esetén, a szülő/gondviselő neve, címe, telefonszáma:

A hívás oka:

Mit tett a hívó a probléma megoldásának érdekében?

Miben kéri a segítséget?

Segítségnyújtás módja:

Megtett intézkedések:

Bevont szakemberek, szervezetek neve, elérhetősége:

Dátum:

.....
aláírás

1.3. Táblázatok

1. számú táblázat: Bizonyítékok szintje NICE irányelv alapján

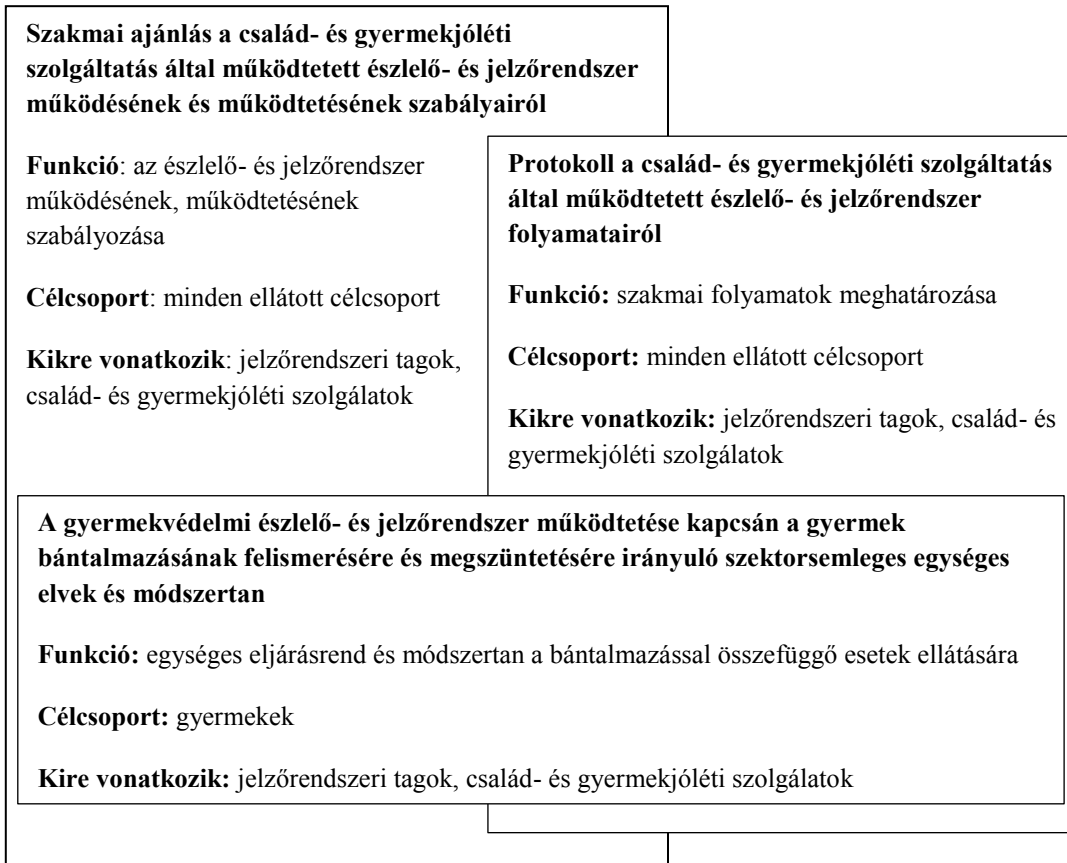
Szint	Meghatározás
1++	Erősen megbízható evidencia: Magas minőségű metaanalízis, vagy randomizált kontrollált vizsgálatok, ill. elfogultságmentes randomizált kontrollált vizsgálatok részletes irodalmi áttekintése
1+	Megbízható evidencia: Jó minőségű metaanalízis, vagy randomizált kontrollált vizsgálatok, 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 mérsékelten 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)

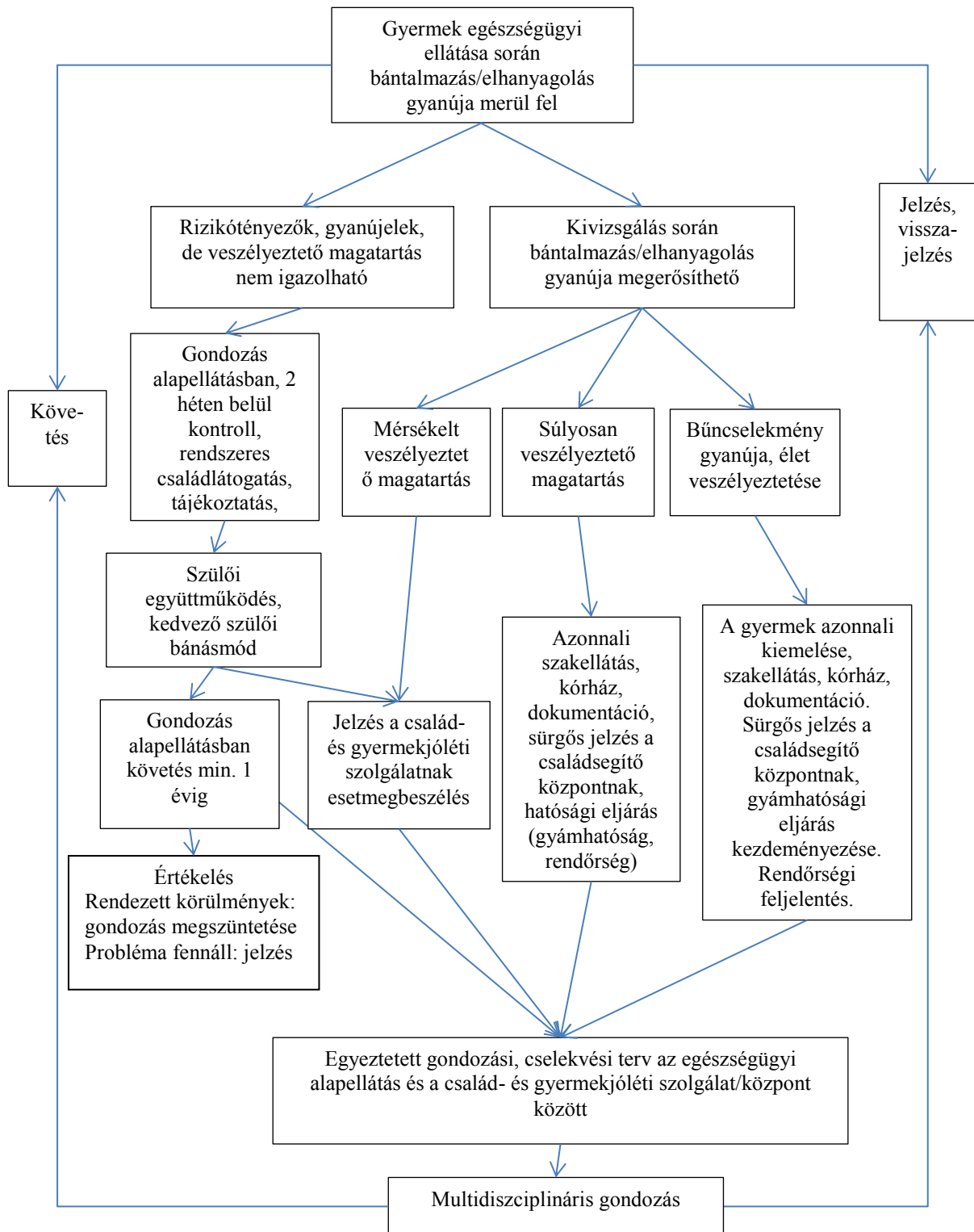
2. számú táblázat: Veszélyeztetett, bántalmazott, elhanyagolt gyermekek (Forrás: KSH-OSAP)

	2012	2014	2017	2018 előzetes
18 éven aluliak száma (fő)	1 904 339	1 850 824	1 812 672	1 811 329
Veszélyeztetett gyermekek száma (fő)	190 564	130 586	172 808	173 604
Veszélyeztetett gyermekek aránya (%)	10%	7%	10%	10%
Elhanyagolt gyermekek összesen (fő)	23 922	29 671	20 875	20 572
Elhanyagolt gyermekek aránya (%)	1,26%	1,60%	1,15%	1,14%
fizikai elhanyagolás	10 524	14 912	14 468	14 547
érzelmi elhanyagolás	13 398	14 759	6 407	6 025
Bántalmazott gyermekek összesen (fő)	6 828	7 494	6 542	7 067
Bántalmazott gyermekek aránya (%)	0,36%	0,40%	0,36%	0,39%
fizikai bántalmazás	2 233	2 927	3 235	3 607
érzelmi bántalmazás	4 285	4 113	2 687	2 856
szexuális abúzus	310	454	620	604

2.3. Algoritmusok

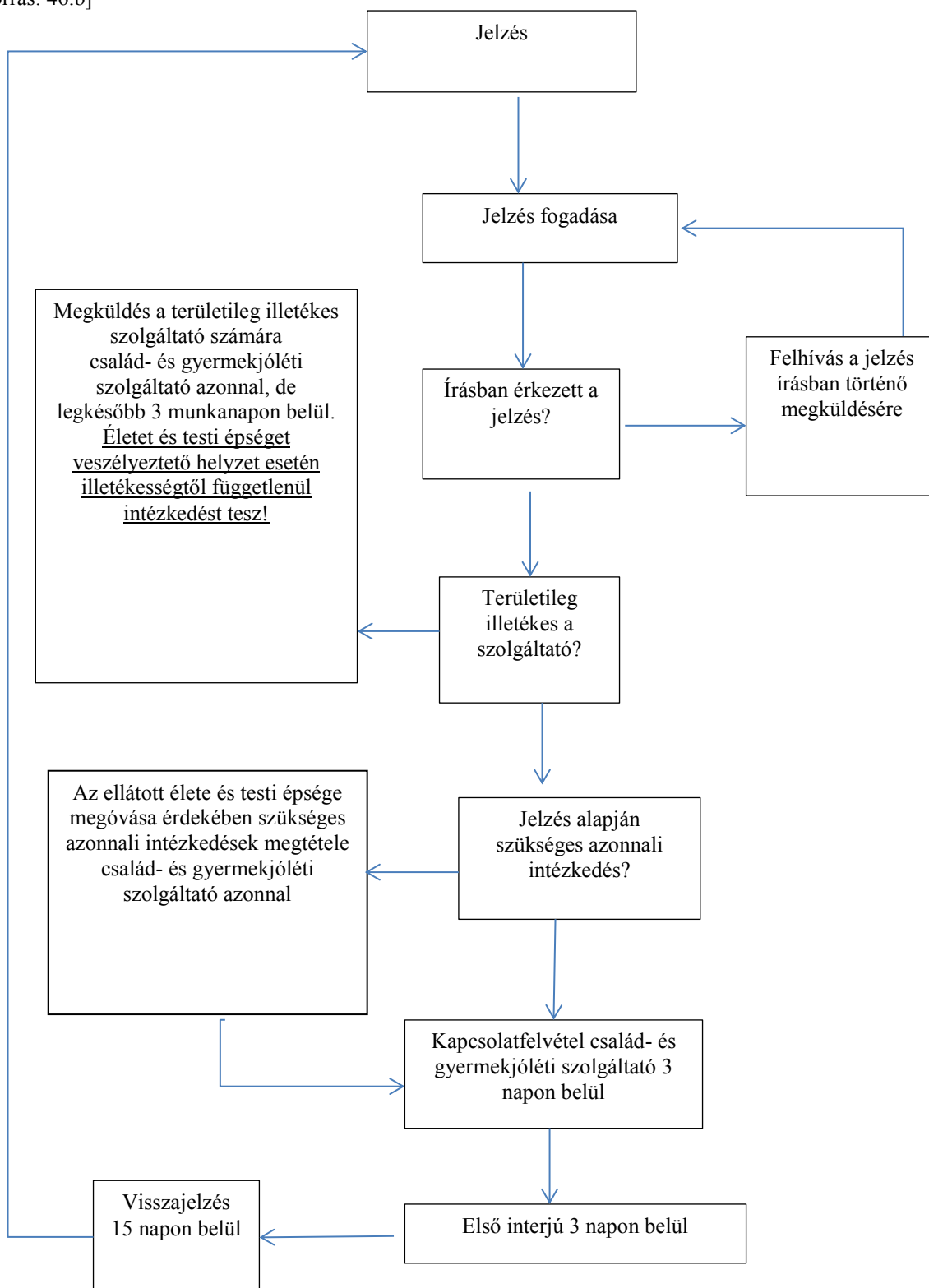
1. számú ábra: A család- és gyermekjóléti szolgáltatás szakmai szabályrendszerek egymáshoz való viszonya
[Forrás: 46. a]



2. számú ábra: Az ellátási folyamat algoritmus a fejlesztők által módosított folyamatábrára (Forrás:[6])

3. számú ábra: A jelzés fogadásának folyamata a család és gyermekjóléti szolgálatoknál

[Forrás: 46.b]



1.5. Egyéb dokumentumok

Vonatkozó törvények, rendeletek, jogszabályok

Nemzetközi szerződések:

1991. évi LXIV. törvény a Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről

2009. évi CLXI. törvény a gyermekek eladásáról, a gyermekprostitúcióról és a gyermekpornográfiáról szóló, a Gyermekek jogairól szóló egyezményhez fűzött Fakultatív Jegyzőkönyv megerősítéséről és kihirdetéséről Magyarország Alaptörvénye (Alaptörvény 2011. április 25.)

Törvények:

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásokról és szociális ellátásokról

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (Gyvt.)

1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről (Eüak.)

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.)

2005. évi CXXXV. törvény a bűncselekmények áldozatainak segítségéről és az állami kárenyhítésről

2009. évi LXXII. törvény a hozzátartozók közötti erőszak miatt alkalmazható távoltartásról

2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról

2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (Btk.)

2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (Ptk.)

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

2015. évi CXXXIII. törvény egyes szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények módosításáról (1997. évi XXI. törvény módosítása: 20.§ (1) bekezdés: család- és gyermekjóléti szolgálata; 21.§ (1) bekezdés: család- és gyermekjóléti központ)

2016. évi CL. törvény az általános közigazgatási rendtartásról (Ákr.)

2017. évi XC. törvény a büntetőeljárásról (Btk.)

2017. évi CLXXVII. törvény a tizenkettedik életévüket be nem töltött gyermekek sérelmére elkövetett szexuális erőszakkal szembeni fokozottabb büntetőjogi védelemről

2017. évi CXLIX. törvény egyes törvényeknek a gyermekek fokozottabb védelme érdekében szükséges módosításáról

2017. évi XCV. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997.évi XXXI törvénynek a gyermekvédelem rendszerének megerősítése érdekében történő, valamint egyéb törvények módosításáról. (1997. évi XXXI. törvény módosítása: 130/A.§ (3)bekezdés: Egyéb jelzés hiányában is súlyos veszélyeztető oknak minősül, ha a gyermeket gondozó szülő megtagadja az együttműködést az egészségügyi alapellátást nyújtószolgáltatóval – háziorvossal, házi gyermekorvossal, védőnővel, illetve a gyermekgondozása tekintetében a bölcsődei ellátást nyújtó szolgáltatóval, intézménnyel és a köznevelési intézménnyel.)

2018. évi CXVIII. törvény egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú, valamint az egészségüggyel összefüggő egyes törvények módosításáról (Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII tv. 8.§ (3a) bekezdés: A gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében a gyermeket ellátó háziorvos, házi gyermekorvos és a gyermek lakóhelye szerint illetékes területi védőnő köteles egymással együttműködni és egymást kölcsönösen írásban haladéktalanul, de legkésőbb 72 órán belül tájékoztatni:

a) a nyilvántartásba vétellel az alapellátás megkezdéséről,

b) a fokozott gondozást igénylő esetekről,

c) a nyilvántartás megszűnésével az alapellátás befejeződéséről.

Kormányrendeletek:

149/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról (jogszabály 3/A. melléklete: Környezettanulmány hátrányos helyzet, halmozottan hátrányos helyzet megállapításához)

235/1997. (XII. 17.) Korm. rendelet a gyámhatóságok, a területi gyermekvédelmi szakszolgálatok, a gyermekjóléti szolgálatok és a személyes gondoskodást nyújtó szervek és személyek által kezelt személyes adatokról

331/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a gyermekvédelmi és gyámügyi feladat- és hatáskörök ellátásáról, valamint a gyámhatóság szervezetéről és illetékességéről

Miniszteri rendeletek:

15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
47/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről (15.§ (9) bekezdés d) pont és 15.§ (10) bekezdés a látélet adásáról
49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról
385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet a fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről

Egyéb jogszabályok, jogi iránymutatások, módszertani útmutatók:

16/1969. (Eü. K.7.) EüM. utasítás a testi sérülést szenvedett személyekről orvosi látélet és vélemény kiállításáról

Igazságügyi Orvostani Intézet 16. sz. módszertani levele a testi sérülések és egészségkárosodások igazságügyi orvosszakértői véleményezéséről (Eü. K. 7/1998. 619.)

32/2007 (OT 26) ORFK utasítás a családon belüli erőszak kezelésével és a kiskorúak védelmével kapcsolatos rendőri feladatok végrehajtására

29/2016. (VI. 24.) EMMI utasítás az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Szervezeti és Működési Szabályzatáról

Módszertani útmutató: A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan EMMI. 2017.

Szakmai, gyakorlati iránymutatás a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre EMMI 2017

A bántalmazással/elhanyagolással kapcsolatban jelenleg használható BNO 10 kódok

(A WHO 2018 júniusában hirdette ki az új ICD-11 kódrendszert, melyet 2020-tól vezetnek be.) [59, 60]

R95-R99 A halálozás rosszul meghatározott és ismeretlen okai

T74 Rossz bánásmód szindrómák

T74.0 Elhanyagolás vagy elhagyás

T74.1 Fizikai erőszak

T74.2 Nemi erőszak, abúzus

T74.3 Pszichológiai erőszak, abúzus

T74.8 Egyéb rossz bánásmód szindrómák

T74.8 Rossz bánásmód szindróma k.m.n.

X85-Y09 Testi sértés

Y04 Testi erővel elkövetett testi sértés

Y06.1 Elhanyagolás és elhagyás szülő által

Y07.1 Egyéb rossz bánásmód szülő által

Y07.9 Egyéb rossz bánásmód k.m.n. személy által

Y08 Egyéb megjelölt módon elkövetett testi sértés

Y09 K.m.n. módon elkövetett testi sértés

Z59 Lakással és gazdasági körülményekkel kapcsolatos problémák

Z59.0 Lakástalanság

Z59.1 Rossz lakáskörülmények

Z59.4 Megfelelő táplálék hiánya

Z59.5 Nagyfokú szegénység

Z60 A szociális környezettel kapcsolatos problémák

Z60.1 Rendellenes nevelési körülmények

Z60.9 Gondok a szociális környezettel

Z61 A gyermekkor negatív élményeihez kapcsolódó problémák

Z61.4 Probléma a gyermek kárára elkövetett nemi visszaélés

Z61.5 Probléma a gyermek kárára elkövetett nemi zaklatás

Z61.6 Gyermek fizikai kihasználása

Z61.8 Egyéb kedvezőtlen hatású gyermekkori esemény

Z62 A neveltetéshez kapcsolódó egyéb problémák

Z62.0 Alkalmatlan szülői gondozás

Z62.3 Ellenséges viselkedés a gyermekkel szemben

Z62.4 Gyermek érzelmi mellőzése

Z62.5 Nevelés során átélt mellőzésből kialakult gondok

Z62.6 Nem megfelelő szülői szigor, ill. befolyás, vagy egyéb abnormis minőségű tényezők a neveletésben

F32-33 Depresszió

F40-48 Neurotikus, stresszhez társuló szomatiform rendellenességek

F40 Fóbiás szorongás rendellenességek

F41 Egyéb szorongásos rendellenességek

F43 Súlyos stressz által kiváltott reakció és alkalmazkodási rendellenességek

F44 Disszociatív (konverziós) zavarok

F45 Szomatiform rendellenességek

F50-51 Viselkedészavarok (evési, alvási zavarok)

F90-98 A viselkedés és érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban kezdődő zavarai