

Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős
Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

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

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító: 001148

Tartalomjegyzék

I. ADATLAP	3
1. A dokumentum jellemzői	3
2. Kiadás és elérhetőség	3
3. Időbeli határok	3
4. Hatókör	3
5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja	5
6. A tartalomért felelősök köre	5
7. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel, népegészségügyi programmal	7
8. Kulcsszavak	8
II. CÍM	8
III. ELŐSZÓ	8
IV. DEFINÍCIÓK	9
1. Fogalmak	9
2. Rövidítések	12
3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja	13
4. Ajánlások rangsorolásának módja	13
V. BEVEZETÉS	14
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	14
2. Célok	15
VI. ÖSSZEFOGLALÓ	15
1. Felülvizsgálatkor változtatott ajánlások	16
2. Meghatározó ajánlások	16
3. Az ellátási folyamat algoritmus	22
VII. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	26
VIII. AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA	42
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban	42
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája	45
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok	46
4. Az ajánlások terjesztésének terve	47
IX. A DOKUMENTUM FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	47
X. IRODALOM	48
XI. MELLÉKLET	50
1. A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok	50
2. A fejlesztés módszerének leírása, és a kapcsolódó dokumentumok	50
3. Alkalmazást segítő dokumentumok	53

I. ADATLAP

1. A dokumentum jellemzői

Címe:	Egészségügyi szakmai irányelv – Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén
Azonosító:	001148
Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

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

2. Kiadás és elérhetőség

Kiadja:	Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
A megjelenés helye:	
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu

3. Időbeli határok

Az irodalomkutatás lezárásának ideje:	2015. 08.
A megjelenés dátuma:	2016.05.31.
A hatályba lépés dátuma:	2016.06.08.
Az érvényességének lejárat dátuma:	2019.12.31.

4. Hatókör

Egészségügyi kérdéskör:	0-18 éves gyermekekkel szembeni rossz bánásmód, bántalmazás/elhanyagolás formái és az ezekkel kapcsolatos egészségügyi tevékenységek. Jelen irányelv nem foglalkozik számos egyéb bántalmazási formával, pl.: koldulásra, lopásra, prostitúcióra, hazugságra kényszerítés, gyermekkel koldulás, a gyermek korának nem megfelelő, ill. rendszeres megterhelő munka végeztetése, szociális bántalmazás, gazdasági bántalmazás, méhmagzatot károsító magatartás, újszülött gyilkosság, alkohol és drog abúzus, média-erőszak, online abúzus (cyber-bullying), kortársbántalmazás, zaklatás (bullying).
Az ellátási folyamat szakasza(i):	A gyermekek bántalmazásának/elhanyagolásának felismerése, jelzés és együttműködés (család- és gyermekjóléti

központ, rendőrség, gyámhatóság),
gondozás.

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

Az érintett ellátók köre:

0200 sebészet,
0400 szülészeti-nőgyógyászat,
0500 csecsemő-és gyermekgyógyászat,
0501 neonatológia,
0502 PIC
0506 gyermeksebészet,
0507 gyermeknőgyógyászat,
0508 gyermek szemészet,
0509 csecsemő és gyermek fül- orr- gégegyógyászat,
0510 gyermekradiológia,
0511 gyermekneuroológia,
0515 csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia,
0521 fejlődésneuroológia,
0700 szemészet
0800 bőr- és nemibeteg-ellátás
0900 neurológia
1002 traumatológia,
1100 urológia
1300 fogászati ellátás
1304 gyermekfogászat,
1800 pszichiátria,
1801 addiktológia
2002 gyermek plasztikai és égéssebészet,
2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria
2302 gyermek- és ifjúságaddiktológia
4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás
5100 röntgendiagnosztika
6101 transzfúziológia
6200 mentés
6201 koraszülöttmentés és -szállítás
6302 házi gyermekorvosi ellátás,
6303 felnőtt- és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás,
6306 iskola- és ifjúságorvoslás
6500 izotópdiaagnosztika
7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia
7303 csecsemő- és gyermek szakápolás
7600 diétetika,
7901 területi védőnői ellátás,
7902 iskolai védőnői ellátás,
7903 családvédelmi szolgálatnál nyújtott ellátás
9400 megelőző orvostan és népegészségtan
9500 igazságügyi orvostan

Ellátási forma:	A1 alapellátás, J1 járóbeteg szakellátás, F1 fekvőbeteg szakellátás, F6 sürgősségi ellátás
Progresszivitási szint:	I-II-III. progresszivitási szint.
Egyéb specifikáció:	Nem egészségügyi szervezetek (pl.: rendőrség, gyámhatóság, család- és gyermekjóléti szolgálatok/központok, bölcsőde, oktatási intézmények) szakemberei (szociális munkás, gyermekgondozó, óvodapedagógus, pedagógus stb.)

5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja

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

6. A tartalomért felelősök köre

Társszerző Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

- 1. Igazságügyi orvostan, orvosszakértés és biztosítási orvostan Tagozat**
Prof. Dr. Keller Éva igazságügyi orvosszakértő; társszerző
- 2. Gyermekpszichiátria Tagozat**
Dr. Sonnevend Mária gyermek- és ifjúság pszichiáter; társszerző
- 3. Szülészeti és nőgyógyászati, asszisztált reprodukció Tagozat**
Dr. Major Tamás szülész- nőgyógyász; társszerző
- 4. Traumatológia és kézsebészet Tagozat**
Dr. Kassai Tamás traumatológus; társszerző
- 5. Gyermek alapellátás (házi-gyermekorvostan, Ifjúsági és iskolaorvoslás, védőnő) Tagozat (megjelenéskor önálló Védőnő Tagozat alakulása folyamatban van)**
Dr. Békefi Dezső csecsemő- és gyermekgyógyász; társszerző
Dr. Kovács Zsuzsanna csecsemő- és gyermekgyógyász; társszerző (kapcsolattartó)
Dr. Árki Ildikó háziorvos, csecsemő- és gyermekgyógyász, jogi szakokleveles orvos; társszerző
Bíróné Asbóth Katalin védőnő, mentálhigiénés szakember; társszerző
Dr. Rudas Gábor gyermekgyógyász, neonatológus, radiológus; társszerző
Dr. Scheiber Dóra csecsemő- és gyermekgyógyász, mediátor; társszerző
Tománé Mészáros Andrea védőnő; társszerző
Zsiros Emese pszichológus; társszerző

Dr. Lux Ágnes jogász, politológus; társszerző
Pápai Balázsne c. r. alezredes, jogi szakokleveles családvédelmi tanácsadó ifjúságvédelmi referens; társszerző Papp Krisztina szociálpolitikus; társszerző
Dr. Herczog Mária szociológus; társszerző
Mátyási Borbála szociális munkás; társszerző
Dr. Révész Magda szociálpolitikus; társszerző
Dr. Katonáné Dr. Pehr Erika jogász; társszerző
Dr. Gyurkó Szilvia jogász; társszerző
Csordás Ágnes Katalin védőnő; társszerző

Véleményező Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Égés- és plasztikai sebészet Tagozat

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

2. Házirovtan Tagozat

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

3. Megelőző orvtan és népegészségügy, kórház higiénia Tagozat

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

4. Nukleáris medicina Tagozat

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

5. Oxyológia - sürgősségi orvtan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvtan Tagozat

Dr. Bognár Zsolt gyermeksebész, sürgősségi szakorvos; véleményező

6. Transzfuziológia és haematológia Tagozat

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

7. Traumatológia és kézsebészet Tagozat

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

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

Dr. Noviczki Miklós sebész, traumatológus, kézsebész; véleményező

Dr. Farkas András gyermeksebész; véleményező

Dr. Sárközy Sándor sebész és gyermeksebész; véleményező

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

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

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

1. Család Gyermek Ifjúság Kiemelkedően Közhasznú Egyesület

(nyilvántartási szám: 5813)

Dr. Herczog Mária, elnök,

2. Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány

(nyilvántartási szám: 4514)

Papp Zsuzsanna, ügyvezető

3. Budapest Főváros Kormányhivatala XV. Kerületi Gyámhivatal (1153

Budapest, Bácska u. 14.)

Kovács Mónika Krisztina, vezető

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

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

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

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

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

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

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült:

- 1. Tudományos szervezet:**
National Collaborating Center for Women's and Children's Health – Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence
Cím: When to suspect child maltreatment
Megjelenés adatai: 2009, revízió: 2013 RCOG Press London, 2014 update
Elérhetőség:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK57167/pdf/Bookshelf_NBK57167.pdf
- 2. Tudományos szervezet:**
WHO& ISPCAN- International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect
Cím: Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence
Megjelenés adatai: 2006 WHO Press Geneva
Elérhetőség:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
- 3. Tudományos szervezet:**
American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect.
Cím: Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review
Megjelenés adatai: Pediatrics 1999;103(1):186-191
Elérhetőség:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/1/186.full.pdf+html>

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

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

Azonosító: 000670
Cím: Egészségügyi szakmai irányelv - A házi gyermekorvosok hatásköréről
Megjelenés adatai: Megjelenés alatt
Elérhetőség:

Kapcsolat népegészségügyi program(ok)kal:

Jelen irányelv az alábbi népegészségügyi programok megvalósításában játszik szerepet:

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

Megjelenés adatai: 2006. február 03.

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

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

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

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

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

8. Kulcsszavak

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

II. CÍM

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

Az érvényesség időtartama: 2016. 06. 08. - 2019. 12. 31.

III. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott

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

IV. DEFINÍCIÓK

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

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

Kiskorú veszélyeztetése:

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

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

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

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

b) bűncselekmény elkövetéséhez felajánl. ”

A1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (továbbiakban: Gyermekvédelmi Törvény) a zéró tolerancia elvét fogalmazza meg a 6.§ (5) bekezdésében: „A gyermeknek joga van emberi méltósága tiszteletben tartásához, a bántalmazással - fizikai, szexuális vagy lelki erőszakkal -, az elhanyagolással és az információs ártalommal szembeni védelemhez. A gyermek nem vethető alá kínzásnak, testi fenyegetésnek és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetésnek, illetve bánásmódnak.”

Veszélyeztetettség

Gyermekvédelmi Törvény 5. § n) pontja szerint:

„olyan – a gyermek vagy más személy által tanúsított – magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja vagy akadályozza”.

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

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

Az elhanyagolás fajtái:

- **Érzelmi elhanyagolás:** az érzelmi biztonság, az állandóság, a szeretetkapcsolat hiánya, a gyermek érzelmi kötődésének durva mellőzése.
- **Fizikai elhanyagolás:** az alapvető fizikai szükségletek, higiénés feltételek, a felügyelet hiánya, kiemelendő a csecsemő, kisgyermek magára hagyása, bezárása, a gyermek védelmének elmulasztása olyan esetekben, amikor veszélynek van kitéve. Ide sorolható az orvosi ellátás késleltetése, az orvosi utasítások be nem tartása, a védőoltások beadatásának indokolatlan elmulasztása, késleltetése, a gyermek egészségének, gyógyulásának veszélyeztetése a szükséges kezelés visszautasításával (pl.: az orvosi tanács ellenére a kórházból „saját felelősségre” való távozás). Számos véletlen baleset háttérében is feltételezhető az elhanyagolás (pl.: autóban biztonsági öv, gyerekülés használatának mellőzése, kerékpározásnál bukósisak hiánya, stb.). Az éheztetés háttérében számos ok állhat (szándékos éheztetés, indokolatlan diétáztatás, böjtölés, indokolt diéta elhagyása, de a gyermek saját maga is hanyagolhatja az evést (pl.: drog-függés, kezeletlen anorexia-bulimia, szociális okok stb.).
- **Oktatási-, nevelési elhanyagolás:** az iskola-/óvodai feladatokat, kötelezettségek elhanyagolása, iskolai feladatok, teljesítmény-problémák figyelmen kívül hagyása, együttműködés hiánya, vagy szembefordulás az oktatási intézménnyel, annak rendjével vagy a rendelkezésre álló és javasolt speciális képzési, fejlesztési szolgálatok igénybevételének elmulasztása.

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

A gyermekbántalmazás fajtái:

- **Érzelmi bántalmazás:** a gyermek érzelmeivel való tartós vagy rendszeres visszaélés, a gyermekekben az értéktelenség, a szeretetlenség, a nem 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, megszégyenítés, 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.

- **Fizikai bántalmazás:** fizikai sérülés okozása (ütés, rúgás, lekötözés, bezárás, rángatás, rázás, el- vagy ledobás, gondatlan leejtés, mérgezés, megégetés, leforrázás, vízbe fojtás, fojtogatás stb.) Magyarországon a leggyakrabban „testi fenyítés” formájában fordul elő a fizikai bántalmazás, amikor a szülők, a pozitív nevelési technikák ismeretének hiányában pofonnal, veréssel, esetleg büntetésből étel vagy ital rendszeres megvonásával fegyelmezik a gyermeküket. Számos országban ide sorolják a közlekedés során elkövetett gondatlan veszélyeztetést is.[5] A fizikai bántalmazás speciális formája a megrázott gyermek szindróma (Shaken Baby Syndrome, Shaken Impact Syndrome) [22], amikor a gyermek közvetlen megrázása, vagy közvetve valamely tárgyhoz való csapódása egyaránt okozhat károsodást. Sokszor tudatlanság, rossz szokások okozhatják, pl. mikor a jóakaró, de tudatlan szülő játékosan dobálja a kisbabát. Máskor a gyermek sírását elviselni képtelen, ideges szülő/gondozó idézi elő azzal, hogy a gyermeket erőteljesen megragadja, megrázza, hogy megijesztésével hagyja abba a sírást. A felismerése szempontjából igen alattomos bántalmazási forma, mert nincs külsérelmi nyom, igen nehéz felderíteni és halált vagy súlyos maradandó károsodást okozhat. A kórképet el kell különíteni a hirtelen csecsemőkori haláltól (SIDS), ahol sem a helyszíni, sem a toxikológiai, a mikrobiológiai, kórbonctani, igazságügyi orvostani vizsgálat nem képes azonosítani a halál okát.
- **Szexuális abúzus:** gyermek, vagy fiatal szexuális tevékenységekre való kényszerítését vagy ilyen irányú csábítását jelenti, függetlenül attól, hogy a gyermek tisztában van-e azzal, mi történik vele. E körbe tartozik a tényleges szexuális aktuson kívül a molesztáló, szexuális szándékkal simogató, csábító tevékenység, a magamutogatás is, a gyermek bevonása pornográf anyagok megtekintésébe, vagy készítésébe, vagy a szülő/gondozó szexuális tevékenységének figyelésébe. Incesztus vagy vérfertőzés során a bántalmazó egyenes ági rokonával (pl. gyermekével, unokájával) létesít szexuális kapcsolatot. A 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (Btk). büntethetőség szempontjából különbséget tesz, ha az elkövető is 18 évnél fiatalabb. A szexuális visszaélést elkövetők 70-80%-a a gyermek számára ismerős személy, rokon, hozzátartozó, családtag vagy barát. A szexuális visszaélés ma már nemzetközi problémává nőtt formája a gyermekkereskedelem, a kereskedelmi célú szexuális kihasználás, kizsákmányolás, szexturizmus, online szexuális zaklatás, gyermekprostitúció.
- Igen ritka, kevert bántalmazási forma a „**Münchhausen by proxy**” szindróma, amely súlyos lelki és fizikai (potenciálisan életveszélyes) következményekkel jár. A felnőtt gondviselő (legtöbbször az édesanya) folyamatosan betegség tüneteket talál ki vagy idéz elő szándékosan, esetleg a meglévő betegség tüneteit túlozza el, ezzel felesleges és fájdalmas orvosi beavatkozásoknak teszi ki gyermekét.

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

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

Az elkövetés helye szerinti felosztás:

- **Családon belüli erőszak:** ha valaki hozzátartozója biztonságát, testi - lelki épségét veszélyezteti, vagy károsítja, önrendelkezésében korlátozza, testi erőszakot követ el ellene vagy annak elkövetésével fenyeget, illetve tulajdontárgyait tönkretesz, a családtagnak tekintett házi kedvencét bántalmazza, az áldozat számára elviselhetetlenné teszi az együttélést. A partnerét bántalmazó szülő 50-70%-ban gyermekét is bántalmazza, illetve a gyermek tanújává válik a bántalmazásnak. Hazánkban a gyermekbántalmazás 80 %-át családon belül követik el, 41 %-ban a vér szerinti apa, 39 %-ban pedig a vér szerinti anya a bántalmazó, illetve gyakran az egy háztartásban élő nem vér szerinti szülő (nevelőapa, nevelőanya). [5]
Gyermekbántalmazás minden társadalmi rétegben előfordul, és kialakulásában számos családi és egyéni rizikófaktor játszik szerepet. [5]
- **Családon kívüli erőszak:**
 - **Bántalmazás idegenek által**
 - **Rendszer-abúzus:** a gyermekek ellátására és védelmére létrehozott rendszer diszfunkcionálisan működik, és ezzel hozzájárul a bántalmazás késedelmes elhárításához, vagy be nem avatkozásával, a jelentési kötelezettség elmulasztásával a további károsodáshoz. A tragikus kimenetelű esetek majd mindegyikében már hónapok, évek óta veszélynek voltak kitéve a gyermekek, azonban a jelzésre kötelezett szakemberek nem tettek eleget törvényi kötelezettségüknek, nem léptek közbe időben. Ide sorolható a gyermek tájékoztatásához és véleménynyilvánításhoz fűződő jogainak figyelmen kívül hagyása vagy megtagadása, valamint a szülőktől való indokolatlan elválasztás is.
 - **Intézményi bántalmazás** bekövetkezhet oktatási nevelési intézményben, az egészségügyi ellátás, a büntetőeljárás vagy hatósági eljárás során, a sportéletben.

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

2. Rövidítések

AAP: American Academy of Pediatrics

ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder- Figyelemhiányos hiperaktivitási zavar

ALTE: Apparent life threatening event – Életet veszélyeztető epizód

BNO: Betegségek nemzetközi osztályozása

ENYÜBS: Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészeti Bűnügyi Statisztikai Rendszer

ENYKK: Egészségügyi Nyilvántartási Képzési Központ

HIV: Human Immunodeficiency Virus

ISPCAN: International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

MAVE: Magyar Védőnők Egyesülete

OFTEX: Orvosok folyamatos továbbképzése elektronikus index

OGYEI: Országos Gyermekegészségügyi Intézet

SIDS: Sudden infant death syndrome - Bölcsőhalál

STD: Sexually transmitted disease – Szexuális úton terjedő betegségek

WHO: World Health Organisation

ET: Európa Tanács

3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja

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

Szint	Evidenciaforrás
1++	Erősen megbízható evidencia: Magas minőségű metaanalízis, vagy randomizált kontrollált vizsgálatok, ill. elfogultságmentes randomizált kontrollált vizsgálatok részletes irodalmi áttekintése
1+	Megebízható 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 megebízható 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. Ajánlások rangsorolásának módja

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

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

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

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

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

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

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

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

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

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

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

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

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

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

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

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

	2012	2013	2014
--	------	------	------

Veszélyeztetett gyermekek száma	190 564	139 213	130 585
Elhanyagolt gyermekek száma összesen	23 922	28 901	29 671
fizikai elhanyagolás	10 524	14 062	14 912
érzelmi elhanyagolás	13 398	14 839	14 759
Bántalmazott gyermekek száma összesen	6828	6853	7494
fizikai bántalmazás	2233	2412	2927
érzelmi bántalmazás	4285	4070	4113
szexuális abúzus	310	371	454

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

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

2. Célok

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

VI. ÖSSZEFOGLALÓ

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

1. Felülvizsgálatkor változtatott ajánlások

Az irányelv nem egy jelenleg is érvényben lévő irányelv felülvizsgálata.

2. Meghatározó ajánlások

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

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

Ajánlás1

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

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

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

2.2. Felismerés, diagnózis [1]

Ajánlás2

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

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

2.3. Elhanyagolás [1, 5, 13, 14, 15]

A gyermek 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 kielégítéshez az államnak minden segítséget, információt és támogatást meg kell adnia.

Ajánlás3

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

Vizsgálandó körülmények:

- **Alapvető szükségletek (4)**

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

- **Rossz táplálás**

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

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

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

- **Megfelelő felügyelet hiánya (3)**

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

- **Egészségügyi ellátás hiányossága (4)**

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

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

A hazai jogi szabályozás ezt a kérdéskört részletesen tárgyalja. A túl sok iskolai hiányzás az egészségügyi alapellátásban is észlelhető. Felveti bántalmazás/elhanyagolás gyanúját, amennyiben a gyermek nem indokolatlan (egészségi okokból vagy fogyatékoság miatt) hiányzik az iskolából vagy nem magántanuló. Megjegyzendő, hogy ha az iskolai hiányzás oka a család szociális helyzete, esetleg az iskola elutasító, kirekesztő magatartása, akkor a család megsegítése az elsődleges szempont.

2.4. Bántalmazás

2.4.1. Fizikai bántalmazás

Ajánlás4

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

Általános jellemzők (2+):

- a gyermekeken az előadott magyarázattal nem indokolható sérülések, hegek nyomai láthatók
- a sérülések önálló helyváltoztatásra nem képes gyermekeken láthatók
- többszörös sérülések

- szimmetrikus sérülések
- sérülések a ruházat által fedett területeken (hát, mellkas, has, hónalj, genitális területek)
- sérülések a szem körül, fülön, arcon
- lekötözés nyomai (nyakon, csuklón, bokán) [1].

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

- *Horzsolások, hámsérülések, hegek, zúzódások, véraláfutások (2+)*
 - önálló helyváltoztatásra nem képes gyermekek észlelhetők
 - a sérülés kéz, kötél, bot, harapás, markolás egyéb eszköz nyomait mutatja
 - szimmetrikus eloszlásuk van
 - többszörös vagy csoportos sérülések
 - hasonló alakú és méretű sérülések
 - lágy részek – szem, fül, farpofa - sérülései
 - fojtogatás nyomai a nyakon
 - lekötözés nyomai a csuklón, bokán.
- *Harapás (4):* Bántalmazásra gyanús, ha a gyermekek emberi harapás nyoma látható és kizárható, hogy azt egy másik kisgyermek okozta. Állati harapás nyoma a gyermekek inkább elhanyagolásra utal.
- *Fojtás, fulladás (4):* Ritka és gyakran halálos sérülés. Az esetek kevesebb, mint 10%-ában bizonyítható szándékos bántalmazás.
- *Hőhatás okozta sérülések:*
 - *Égés, forrázás (2+):* Égés, forrázás bekövetkezhet mind elhanyagolás, mind szándékos károkozás következtében.
 - *Fagyás (4):* Ha nincs elfogadható magyarázat az előzményben.
- *Hajvesztés (4):* Hajvesztést okozhat erőszakos hajtépés, ill. lehet önagresszió tünete is.
- *Csonttörés (2+) [1, 21]*
 - Bántalmazásra utal bizonyos betegségek (pl.: osteogenesis imperfecta) kizárása után, ha:
 - többszörös, különböző gyógyulási stádiumban lévő törések vannak,
 - korábbi csonttörések radiológiai jelei (callus) láthatók,
 - a sérült gyermek 18 hónaposnál fiatalabb,
 - a radiológiai vagy csontszcintigráfias vizsgálat rejtett törésekre utal,
 - bizonyos speciális helyeken következik be.
 - Speciális csonttörések, melyek bántalmazásra utalnak (2+):
 - bordatörés
 - combcsonttörés: Ez a töréstípus csecsemők, még járni nem tudó gyermekek esetében elsősorban bántalmazásra utal.
 - felkartörés: A felkartörések kb. fele bántalmazás következtében jön létre.
 - koponyatörés: A koponyacsonttörések mintegy harmadában igazolható bántalmazás.
 - gerinc, medence, kéz és láb, állkapocs, szegycsont törései.
- *Koponyán belüli sérülések (2++):* Bántalmazás feltételezhető, ha az előzményben nem szerepel súlyos baleset vagy az elváltozást indokoló betegség, ha nincs vagy nem egyértelmű az anamnézis, ha a gyermek 3 évnél fiatalabb, ha egyéb sérülések is társulnak.
- *Gerincsérülések (2+):* Bántalmazásra utal a gerinc sérülése, kivéve, ha súlyos baleset következtében lépett fel.

- *Megrázott gyermek szindróma (2++) [22]:* Többszörös sérülés fordulhat elő: subduralis haematoma, koponyatörés, szemén belüli vérzés, extrém esetben a gerincvelő sérülés, bordák törése. Igen nehéz felderíteni, mert nincs külsérelmi nyom.
- *Szem sérülései (2+):* Bántalmazásra utal a retina vérzése vagy sérülése, kivéve, ha az előzményben súlyos baleset, szülési sérülés vagy az elváltozást indokoló betegség szerepel.
- *Belső szervek sérülései (2-):* Bántalmazásra utalnak a mellkas és has belső szerveinek sérülései, kivéve, ha előzményben súlyos baleset szerepel. Különösen gyanús, ha a sérülés körülményeire nincs elfogadható magyarázat, vagy ha az ellátás késedelmet szenved.
- *Szájsérülések (2+):* Bántalmazásra utalnak a száj sérülései, ha a sérülés körülményeire nincs vagy nem elfogadható a magyarázat.

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

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

Ajánlás5

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

Ajánlás6

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

- *A végbél és genitális terület tünetei, jelei, sérülései, fertőzései (2+) [1, 3, 24]:* Szexuális abúzusra utal, ha egy fiú vagy egy lány külső nemi szervén vagy a végbél körüli területén, gáttájékon sérülés (zúzódás, duzzanat, hámsérülés - felmaródás, horzsolás, berepedés) látható és nincs vagy elfogadhatatlan a magyarázat. Vérzés, folyás, tágongó vagy tágult végbélnyílás, széklettartási zavar, vizeletelési nehézségek idegentest a hüvelyben vagy a végbélben.
A szájüregben észlelt sérülések esetén is gondolni kell szexuális abúzusra.
- *Szexuális úton terjedő betegségek (2+) [1, 3, 24]*
- *Várandósság adolescens korban (4) [1, 3, 24,]*

Ajánlás7

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

Ajánlás8

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

- terhességi teszt,
- szexuálisan terjedő betegségek (STD) szűrése: szifilisz, HIV, hepatitis B, Chlamydia, gonorrhoea,

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

2.5. Bántalmazás illetve elhanyagolás kapcsán fellépő életveszélyes állapotok

Ajánlás9

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

- *Életet veszélyeztető epizód – Apparent life threatening event (ALTE) (3):* Bántalmazás gyanúja merül fel, ha ismétlődik, csak az egyik szülő vagy gondozó észleli, nincs orvosi indok (pl.: SIDS).
- *Mérgezés (3):* Mérgezés előfordulása elsősorban elhanyagolásra utal. Szándékos mérgezés igen ritka.
- *Fuldoklás, nem halálos vízbe merülés (3):* Felvetheti szándékosság gyanúját, ha hiányzik vagy valószínűtlen az előadott történet. Gyakrabban elhanyagolás, a felügyelet hiánya vezet a gyermek vízben való elmerüléséhez.
- *Betegség előidézése vagy kitalált betegség (Münchausen by proxy) (2++):* Az anamnézis, a tünetek, a vizsgálati leletek és az ismert kór állapot között ellentmondás van, a tüneteket csak az egyik szülő/gondozó észleli, a gyógyszerek és a kezelés megmagyarázhatatlanul hatástalan, az egyik tünet megszűnése után jön a következő stb.

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

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

Ajánlás10

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

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

- viselkedésében, érzelmi állapotában gyökeres változás áll be,
- viselkedése, érzelmi állapota nem a korának és fejlettségi szintjének megfelelő és nem magyarázható egészségi okokkal
- érzelemszabályozási nehézséggel küzd [30,31] és ezt sem a gyermek fejlettségi szintje, sem idegrendszeri, gyermekpszichiátriai zavara nem indokolja.
- disszociáció tüneteit mutatja
- rendszeresen nem tesz eleget kötelezettségeinek pl.: iskolalátogatás,
- szokatlanul vagy nem a korának megfelelően viselkedik az orvosi vizsgálat során pl.: extrém passzivitás, ellenállás vagy visszautasítás.

Egyéb magatartási zavarok:

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

- *Evészavarok (3)*
- *Enuresis, encopresis (3):* Ha egy gyermeknél secunder éjszakai vagy nappali enuresis lép fel és ennek nincs sem orvosi sem egyéb lelki oka.
- *Szexualizált viselkedés (2-):* Bántalmazásra, elsősorban szexuális abúzusra utal, ha egy prepubertásban lévő gyermek korának nem megfelelően sexualizált viselkedést mutat.
- *Elszökés otthonról (3)*

Szülő-gyermek kapcsolat (3)

- *Érzelmi elhanyagolás [1, 5]* gyanúját veti fel, ha a szülő/gondozó nem mutat pozitív érzelmeket a gyermek, kiemelten a csecsemő, kisgyerek felé, nem figyel a jelzéseire, szükségleteire.
- *Érzelmi bántalmazás (3)[1]:* Ha szülő-gyermek kapcsolat ártalmas: elutasító, kritizáló, ellenséges, megalázó attitűd, a szülő kizárólag a gyermek rossz tulajdonságait és a gondozásával kapcsolatos problémákat hangsúlyozza. A gyermek korához/fejlettségéhez képest fokozott elvárások, megfélemlítés, a gyermek kihasználása, nem megfelelő szocializációja stb.

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

Ajánlás11

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

Ajánlás12

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

Kommunikáció a bántalmazás/elhanyagolás miatt ellátásba került gyermekkel:

- Adjuk a gyermek tudtára, hogy segítünk rajta, törődünk alapvető szükségleteivel - ne hagyjuk egyedül. Lássuk el a gyermeket információval. Kérdéseire életkorához igazodóan válaszoljunk.
- Tartsuk szem előtt, hogy a gyermeket a bántalmazás ellenére érzelmi szálak fűzhetik a bántalmazó személyhez. Az attitűd legyen elfogadó, megértő, törekedjünk a gyermek büntudatának enyhítésére.
- A gyermek életkora, belátási képessége szerint el kell neki magyarázni azt is, hogy vannak olyan esetek, amikor az, amit nekünk elmond, nem maradhat titokban, de nem kerül jogosulatlan személy tudomására, és hogy az ő helyzetének javítása érdekében beszélni fogunk más szakemberekkel.
- A bántalmazott a poszttraumás stressz miatt tompulttá, közömbössé válhat, egymásnak akár ellentmondó részletekről számolhat be, disszociatív elemeket mutathat. Számolni kell az elkövető iránti lojalitással, szeretettel, ragaszkodással is,

mely idealizálásig fokozódhat és a nyilvánvaló tények ellenére gátolja az áldozat adekvát helyzetértékelését („azonosulás az agresszorral”, vagy ú.n. „Stockholm szindróma”). Ezért a szakember által felajánlott segítséggel sokszor képtelen élni. [27, 31]

Kommunikáció a szülővel:

- A szülőt tájékoztatni kell a gyermek állapotáról, az elvégzendő vizsgálatokról emellett a jogi szabályozás által előírt kötelezettségünkre is hivatkoznunk kell.
- Mondjuk el, hogy a jelzés megtétele után több szakember is bekapcsolódik a vizsgálatba.
- Fontos kihangsúlyozni, hogy a bántalmazó szülő sokszor maga is következményes mentális zavarban szenvedhet, vagy egyszerűen tudatlan és nem feltétlenül az a célja, hogy gyermekének ártson. Ha a szülő is humánus eljárásban részesül, nagyobb az esélye, hogy meg lehet törni az erőszakhoz vezető folyamatot. Meg kell erősíteni a szülőt abban, hogy gyermekével együtt segítségre szorul. Ha a szülő az együttműködést megtagadja, el kell magyarázni, hogy ezzel mind a gyermeknek, mind önmagának árt és fel kell hívni a figyelmet annak jogszabályi következményeire.

3. Az ellátási folyamat algoritmus

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

Teendők az egészségügyi ellátáson túl a társszakmákkal együttműködésben [5, 6, 7, 14]: Egészségügyi ellátás során a gyermekkel szembeni rossz bánásmód - bántalmazás/elhanyagolás - gyanújának megerősítése esetén bármely egészségügyi szakember, kompetenciájának megfelelő mértékben és módon köteles az egészségügyi ellátás mellett a törvények által meghatározott jelzési kötelezettségnek eleget tenni [17], valamint köteles a hazai törvények és jogszabályok szerinti intézkedések megtételére.

Megelőzés, dokumentálás, mérlegelés, jelzés:

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

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

Mérlegelés: A gyermeket ellátó egészségügyi személyzetnek mérlegelnie kell a bántalmazás/elhanyagolás súlyosságát a megfelelő intézkedés céljából. Mérlegelést követően az alábbi álláspontra juthatunk:

- **Bántalmazás/ elhanyagolás kizárható:** Rizikótényezők fennállnak, de veszélyeztető magatartás nem igazolható
- **Bántalmazás/ elhanyagolás igazolható és besorolható:**
 - **Mérsékelt veszélyeztető magatartás:** orvosi utasítások be nem tartása, segítség késedelmes kérése, kötelező védőoltások, szűrővizsgálatok mellőzése, védőnői ellátás elutasítása, sérüléssel nem járó testi fenyítés, a vétséggel nem arányos büntetés, indokolatlan iskolai hiányzások, túlzott elvárások, a gyermek érzelmi manipulálása, zilált családi körülmények, a szülők alkoholizálása, a gyermek korának nem megfelelő dolgoztatása, a gyermek devianciája stb.
 - **Súlyosan veszélyeztető magatartás:** folyamatos vagy nagyon gyakori elhanyagolás, vagy az életet, egészséget, fejlődést súlyosan veszélyeztető magatartás, nyilvánvaló bántalmazás jelei.
 - **Élet veszélyeztetése:** akut életveszély gyanúja vagy hosszú távú/ életet veszélyeztető lélektani, fizikai károkozás.

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

Teendők a gyermekkel szembeni rossz bánásmód súlyosságának függvényében:

- **Rizikótényezők fennállnak, de bántalmazás/elhanyagolás nem igazolható:**
 - A gyermeket háziorvosa és védőnője (területi/iskolai) fokozott gondozásba veszi: segítséget nyújt a gyermek gondozásában, nevelésében, rendszeresen látogatja a családot.
 - A védőnő tájékoztatja a háziorvost, aki a szakma szabályai szerint szakellátóhoz irányítja a gyermeket/családot.
 - A szülőknél tapasztalható rizikófaktorok esetén egyéni mérlegelés szükséges. Enyhébb krízisek esetén a felvilágosítás, tájékoztatás saját hatáskörön belül. Súlyosabb rizikófaktorok esetén a szülőt felnőtt házi orvoshoz, család- és gyermekjóléti szolgálathoz 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 észlelés napján szóban, és legfeljebb 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 gyermekjóléti szolgálat felé. (A család- és gyermekjóléti szolgálatnak a jelzést követően 15 napon belül kell visszajelzést adnia.)
- A házi orvos és a védőnő (körzeti/iskolai) együttműködésben az esetet hosszú távon saját hatáskörben is követi (legalább 1 éven keresztül ajánlott) a család- és gyermekjóléti szolgálattal együtt kialakított cselekvési (gondozási) tervnek megfelelően.
 - o Súlyosan veszélyeztető magatartás esetén:
- Azonnali szakellátás, dokumentálás, ambuláns lap készítése (szükség esetén látlelet készítéséhez megfelelően, fényképes dokumentációra is szükség lehet), szükség esetén kórházi elhelyezés ajánlott.
- Bűncselekmény gyanúja, illetve 8 napon túl gyógyuló sérülés esetén az észlelő személyzetnek haladéktalan rendőrségi feljelentést kell tennie (szóban bejelentés a 107/112-re, és azonnal írásban is (fax, 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 felé a házi orvos/védőnő részéről az észlelés napján szóban, és legfeljebb 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 (ld. fent) készíteni, jelezni a kórházi szociális szakembernek, és az intézmény köteles jelezni a területileg illetékes család- és gyermekjóléti szolgálat felé.
- A család- és gyermekjóléti szolgálat a gyermeket fenyegető közvetlen és súlyos veszély esetén a család- és gyermekjóléti központ értesítése mellett közvetlenül tesz javaslatot a hatóság intézkedésére.
 - o Élet veszélyeztetése esetén:
- Teendők: az előbb felsoroltak a következő kiegészítéssel
- A bántalmazó/elhanyagoló helyzet **azonnali** megszüntetése, a gyermek **kiemelése**, biztonságba helyezése (kórház, csecsemőotthon, gyermekotthon).

Jelzésre vonatkozó egyéb megfontolások:

- A jelzés során „Esetjelző adatlap” (XI. Melléklet 3.2.5.) használata javasolt, ennek hiányában a jelzésnek tartalmaznia kell:
 - az érintett gyermek(ek) legfontosabb adatait (név, születési hely, idő, anyja neve, családtagok felsorolása, lakcím, esetleges tartózkodási hely),
 - a jelzést tévő intézmény megnevezését, címét,
 - jelzést tévő személy nevét, elérhetőségét
 - a probléma rövid leírását, a veszélyeztető okok részletezését,
 - az eddig megtett intézkedéseket és javaslatokat
- A gyermekek védelmével foglalkozó szakemberek és intézmények tevékenységét össze kell hangolni:

A jelzőrendszer működtetéséért a család- és gyermekjóléti szolgálat felel, az általuk szervezett esetszbeszélésekre, esetkonferenciákra az egészségügyi szakemberek (házi orvos, védőnő) is meghívást kapnak. Évente egy alkalommal éves értékelést

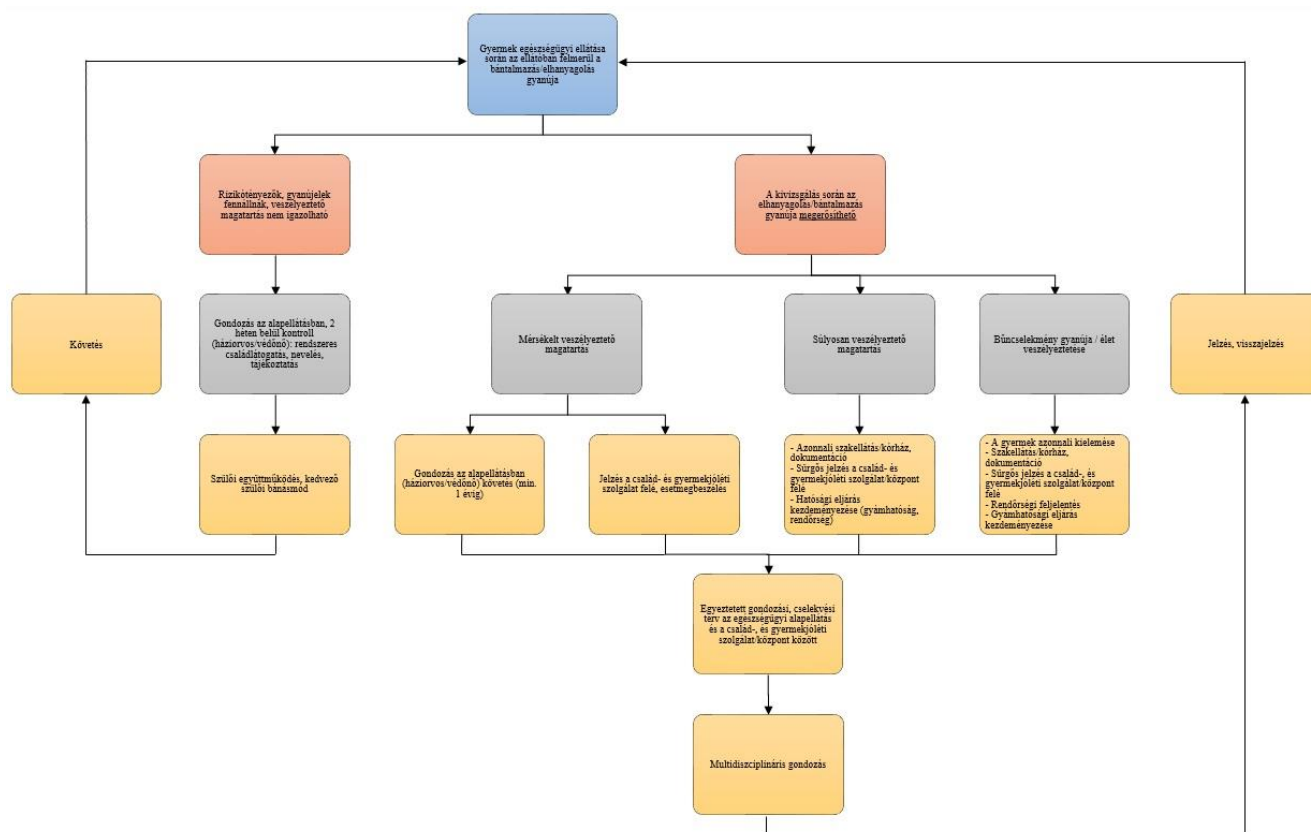
tartanak, ahol a jelzőrendszer tevékenységét szervezetenként/szakmánként értékelik. Az egészségügyben dolgozó szakemberek aktív részvétele szükséges ezen megbeszéléseken.

- Teendők amennyiben a bántalmazó a gyermek törvényes képviselője és az együttműködést elutasítja:
 - Ha az együttműködési nyilatkozat kitöltését elutasítja, az elutasítás és annak okának feljegyzése, lehetőség szerint annak szülő általi aláírása szükséges.
 - A szükséges vizsgálat és sürgősségi ellátás ennek hiányában is elvégzendő, ez esetben a szülői felügyelet felfüggesztésének indítványozása indokolt, ilyenkor eseti gyámot/gondnokot jelöl ki a gyámhivatal. Az együttműködés elutasítása természetesen súlyosbító tényező.
- A 2016. január 1-től hatályba lépő 2015. évi CXXXIII. törvény szerint családsegítés és gyermekjóléti szolgáltatás kizárólag egy szolgáltató keretében működhet. Polgármesteri hivatalt működtető települési önkormányzat lakosságszámtól függetlenül köteles család- és gyermekjóléti szolgálatot működtetni, járásszékhely (fővárosi kerületi) önkormányzat és megyei jogú város lakosságszámtól függetlenül köteles család- és gyermekjóléti központot működtetni. A szervezeti átalakítások révén a jelzőrendszeri munka összehangolása és megerősítése érdekében a család- és gyermekjóléti központ koordinálja és segíti a járások területén működő jelzőrendszerek munkáját. A helyi prevenciós feladatok ellátása a család- és gyermekjóléti szolgálatok feladata lesz. A jelzőrendszeri felelősnek a beérkezett jelzésekről és a megtett intézkedésekről rendszeresen jelentést kell készítenie a család- és gyermekjóléti központ számára. A család- és gyermekjóléti központhoz kerül a hatósági feladatokhoz kapcsolódó gyermekvédelmi tevékenység (esetfelelősi funkció), valamint a speciális szolgáltatások (pl. kapcsolattartási ügyelet, gyermekvédelmi készenléti szolgálat stb.) biztosítása. Emellett szakmai segítséget nyújtanak a járásokban dolgozó szakemberek számára. A családsegítés új feladata lesz szociális diagnózis készítése, valamint 2017. január 1-től a támogatott lakhatást igénybevevők utánkövetése.

Az ellátási folyamat algoritmus

Ábra száma: 1. számú ábra

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



VII. 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 még nehezebbé válik azonosításuk az egészségveszélyeztető és deviáns magatartásformák megjelenésekor. A gyanújelek lehetnek általánosak vagy specifikusak. Jelentkezhetnek testi, viselkedésbeli, érzelmi szinteken [1, 5].

Az alábbiakban összefoglaljuk azokat a jeleket, melyek széleskörű irodalmi adatok alapján egyértelműen megerősítik, ill. felvetik a gyermekkel való rossz bánásmód gyanúját. [1] 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 illetve megerősített gyanú). Az ellátási folyamat algoritmusa című alfejezet tárgyalja a bántalmazás illetve elhanyagolás súlyosságának függvényében elvégzendő, nagyrészt az egészségügyi ellátáson túli teendőket. Mivel ezeket nemzetközi egyezmények, jogszabályok és a szociális ágazat módszertani iránymutatásai határozzák meg, ebben a részben nem fogalmazunk meg ajánlásokat és ajánlásbesorolás sem alkalmazható. Mindazonáltal az itt leírtak ismerete az érintettek számára feltétlenül szükséges.

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

Ajánlás1

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

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

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 családok esetében nem feltétlenül kevesebb a bántalmazás, felfedésük azonban nehezebb, mivel ezek a családok tájékozottabbak, érdekeiket jobban védik. A szakemberek is kevésbé gyanakodnak rájuk, esetleg a szülők társadalmi helyzete miatt jobban félnek eleget tenni jelzési kötelezettségüknek.

- Társadalmi-gazdasági tényezők:
 - szocio-kulturális körülmények (149/ 1997 (IX.10.) Korm. rendelet 3/A melléklet)
 - helytelen nevelési hagyományok, rossz szokások, testi fenyegetés elfogadottsága
- Családi körülmények:
 - erőszak a családtörténetben (a szülő bántalmazott vagy elhanyagolt gyermek volt),
 - erőszak a családban (elfogadott a verbális és fizikai erőszak)
 - szegénység, hajléktalanság, munkanélküliség,
 - egyedülálló vagy különélő szülő, mostohaszülő, bizonytalan kapcsolódású partner,
 - a család diszfunkcionális működése,
 - zavarok a családi kapcsolatrendszerben,
 - elszigetelt család,
 - szüléskor az anya 18 évesnél fiatalabb,
 - az anya rövidebb-hosszabb időre külön él a gyermektől,
 - a szülő és a gyermek temperamentuma közötti diszharmónia
- a szülők hitéleti vagy meggyőződésbeli magatartása (pl. fényevő szekta).
(Megjegyzendő, hogy a lelkiismeret- és vallásszabadság 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,
 - mentális betegség (depresszió, bipoláris zavar, szkizofrénia, szorongás - kiemelendő a posztpartum depresszió és pszichózis!),
 - tanulási nehézség,
 - kötődési problémák,
 - alkohol-, drogfüggőség,
 - deviáns magatartás, bűnözés,
 - a szülőnek a saját szüleivel rossz vagy ambivalens kapcsolata volt,
 - a szülő is bántalmazott gyermek volt,

- a szülő intézetben nevelkedett.
 - o 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,
 - o veszélyeztetett életkorok:
 - újszülöttkor - különösen a nem várt vagy koraszülött gyermek,
 - csecsemőkor – sírósság, táplálási nehézség, éjszakai átválás 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. [5, 19]

2. Felismerés, diagnózis [1]

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.

Ajánlás2

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

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

3. Elhanyagolás [1, 5, 13, 14, 15]

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.

Ajánlás3: Az elhanyagolás gyanúját bármely, a következőkben felsorolt körülmény megerősíti (2++, megerősített gyanú) [1, 5, 13, 14, 15]

Ha a gyermeket ellátó egészségügyi szakember elhanyagolásra utaló jeleket észlel, jeleznie kell a területileg illetékes család- és gyermekjóléti szolgálat/központ felé, hogy a család megkapja a szükséges segítséget, ill. megtörténjen a gyermek védelembe vétele. Súlyos veszélyeztető magatartás esetén a hatályos jogi szabályozásnak megfelelően hatósági eljárást (gyámhatóság) kell kezdeményezni.

Vizsgálandó körülmények:**• Alapvető szükségletek (4)**

Felveti elhanyagolás gyanúját ha:

- 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 tápláltsága nem megfelelő,
- a gyermek környezete veszélyeket hordoz a korához, fejlettségi szintjéhez képest,
- a megfelelő felügyelet hiánya, a gyermek elhagyása is ide sorolható.

• Rossz táplálás

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

Alul-/túltáplálás – ellátás hiánya, az előírt diéta be nem tartása - esetén fel kell vetni az elhanyagolás gyanúját. A kornak nem megfelelő ételek adása, túltáplálás, egészségtelen, káros ételek túlzott fogyasztása is felveti elhanyagolás gyanúját.

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

• Megfelelő felügyelet hiánya (3)

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

• Egészségügyi ellátás hiányossága (4)

Elhanyagolás gyanúját veti fel, ha a szülő/gondozó

- nem adja meg a gyermeknek a javasolt gyógyszert vagy kezelést,
- nem, vagy megkésve veszi igénybe szükséges egészségügyi ellátást (pl. sérülés, folyamatos fájdalom esetén) és ezzel a gyermek egészségét károsítja,
- rendszeresen nem veszi igénybe az egészségmegőrző szolgáltatást – védőoltás, szűrővizsgálatok, fejlődést követő korhoz kötött vizsgálatok, fogászati szűrések,
- illetve, ha fenti szolgáltatások igénybevételében akadályozva van (pl. közlekedés vagy több kisgyermek felügyelete) és azt nem jelzi, nem működik együtt az akadály elhárításában.

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

A hazai jogi szabályozás ezt a kérdéskört részletesen tárgyalja. A túl sok iskolai hiányzás az egészségügyi alapellátásban is észlelhető. Felveti bántalmazás/elhanyagolás gyanúját, amennyiben a gyermek nem indokoltan (egészségi okokból vagy fogyatékoság miatt) hiányzik az iskolából vagy nem magántanuló. Megjegyzendő, hogy ha az iskolai hiányzás oka a család szociális helyzete, esetleg az iskola elutasító, kirekesztő magatartása, akkor a család megsegítése az elsődleges szempont.

4. Bántalmazás

4.1. Fizikai bántalmazás

Ajánlás4

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

Általános jellemzők:

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

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

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

- *Fojtás, fulladás (4)*: Ritka és gyakran halálos sérülés. Az esetek kevesebb, mint 10%-ában bizonyítható szándékos bántalmazás. Visszatérő fojtogatási kísérlet előfordulhat Münchhausen by proxy esetén.
- *Hőhatás okozta sérülések*:
 - Égés, forrázás (2+): Égés, forrázás bekövetkezhet mind elhanyagolás, mind szándékos károkozás következtében.
Bántalmazásra utal, ha:
 - a sérülés körülményei hiányoznak vagy összeegyeztethetetlenek a sérüléssel
 - ha sérülések önálló helyváltoztatásra nem képes gyermekek láthatóak
 - ha olyan lágyrészekre 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.
 - Fagyás (4): Fagyás ill. hypothermia elhanyagolásra, ill. bántalmazásra utal, ha nincs elfogadható magyarázat az előzményben.
- *Hajvesztés (4)*: Hajvesztést okozhat erőszakos hajtépés, ill. lehet önagresszió tünete is. Figyelembe kell venni a körülményeket
- *Csonttörés (2+) [1, 21]*
 - Bántalmazásra utal (bizonyos betegségek kizárása után pl.: osteogenesis imperfecta, osteopenia) ha:
 - többszörös, különböző gyógyulási stádiumban lévő törések vannak,
 - korábbi csonttörések radiológiai jelei (callus) láthatók,
 - a sérült gyermek 18 hónaposnál fiatalabb,
 - a radiológiai vagy csontszcintigráfias vizsgálat rejtett törésekre utal,
 - bizonyos speciális helyeken következik be.
 - Speciális csonttörések, melyek bántalmazásra utalnak (2+):
 - Bordatörés
 - bántalmazásra utal, ha nincs egyéb súlyos sérülés,
 - többszörös bordatörés
 - Combcsonttörés
 - ez a töréstípus csecsemők esetében elsősorban bántalmazásra utal
 - ha a még járni nem tudó gyermekek esetében észlelhető
 - 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.
 - Felkartörés: a felkartörések kb. fele bántalmazás következtében jön létre, a supracondiláris törések főleg baleset következményei.
 - csecsemők vagy kisgyermekek hosszú csöves csontjainak speciális metaphysis törése („bucket handle”)
 - törés nélkül megjelenő koncentrikus óriás callus (subperiostealis hematomára utal)
 - Koponyatörés: a koponyacsonttörések mintegy harmadában igazolható bántalmazás.
 - Gerinc, medence, kéz és láb, állkapocs, szegycsont törései következhetnek bántalmazás következtében is. Megfelelő radiológiai vizsgálat szükséges.
- *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).
- *Gerincsérülések (2+)*: A gerinc sérülése bántalmazásra utal, kivéve, ha súlyos baleset következtében lépett fel.
- *Megrázott gyermek szindróma (2++) [22]*: Többszörös sérülés fordulhat elő: subduralis haematoma, koponyatörés, szemén belüli vérzés, extrém esetben a gerincvelő sérülése, bordák törése. Igen nehéz felderíteni, mert sokszor nincs külsérelmi nyom.
- *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.
- *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.

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

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

Ajánlás5

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

Ajánlás6

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

- *A végbél és genitális terület tünetei, jelei, sérülései, fertőzései (2+) [1, 3, 24]*
 - 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),
- tátongó vagy tágult végbélnyílás (kizárandó: neurológiai betegség, súlyos székrekedés), széklettartási zavar,
- vizelési nehézségek vagy diszkomfort érzés, ami orvosilag nem indokolt (pl.: férgesség, 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+) [1, 3, 24]**
 - Kizárandók a dokumentáltan szülés során vagy vérkészítmény útján, vagy a családban bekövetkező nem szexuális úton történt fertőzések, valamint a kortársak közötti beleegyező szexuális kapcsolat. (Magyarországon 14 év a beleegyezői 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 fertőzést kap.
 - A fentiek mellett beleegyezői 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 fiatalat kihasználja, kizsákmányolja.
- **Várandósság adolescens korban (4) [1, 3, 24]**

Szexuális abúzusra utal, ha:

 - 14 évnél fiatalabb lány várandós
 - Beleegyezői 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 kihasználja, kizsákmányolja,
 - feltételezhető, hogy a szexuális kapcsolat nem beleegyezéssel jött létre.

Ajánlás7

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

Ajánlás8

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

- terhességi teszt,
- szexuálisan terjedő betegségek (STD) szűrése: szifilisz, HIV, hepatitis B, chlamydia, gonorrhoea,
- 72 órán belül az igazságügyi orvostani vizsgálathoz szükséges váladék levétele a szájból, hüvelyből, végbélből, hímvesszőről; valamint köröm alatti kaparék, hajsza, szennyezett ruhadarab lezárt borítékba helyezése.

5. Bántalmazás illetve elhanyagolás kapcsán fellépő életveszélyes állapotok

Ajánlás9

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

- *Életet veszélyeztető epizód – Apparent life threatening event (ALTE) (3)*
Bántalmazás gyanúja merül fel, ha:
 - ismétlődik,
 - csak az egyik szülő vagy gondozó észleli,
 - nincs orvosi indok (pl.: SIDS),
 - orvosi indok nélkül az orrból vagy a szájból vérzés észlelhető.
- *Mérgezés (3)*
Mérgezés előfordulása elsősorban elhanyagolásra utal. Szándékos mérgezés igen ritka, nem található rőla 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 ismételtelen előfordul a családban,
 - felveti szándékosság gyanúját a hypernatremia, amennyiben nincs orvosilag magyarázható indok (hányás, hasmenés, tévesen elkészített tápszer).
- *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.
- *Betegség előidézése vagy kitalált betegség – Münchausen by proxy - (2++)*
Betegség kitalálásának vagy előidézésének – Münchausen by proxy - 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.: kerekesszék).

6. Érzelmi, viselkedésbeli és szociális funkciók [1, 2, 5, 14, 26, 27, 28, 29, 30, 31]

A gyermekkel való rossz bánásmód valamennyi formája veszélyeztetheti a gyermek 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) [2, 14, 27, 28]. 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.

Ajánlás10

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

Viselkedés, érzelmi állapot (2+)

- 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,
 - emlékbetörés: az áldozat a bántalmazást gyakran újraéli, akaratán kívül és váratlan helyzetekben is – ha van olyan inger, ami kulcsingerként előhívja a traumát. A fenti tünetek egy része ennek tudható be.
- Tartósabb rossz bánásmód gyanúját veti fel, ha egy gyermek viselkedése, érzelmi állapota nem a korának és fejlettségi szintjének megfelelő és nem magyarázható egészségi okokkal (pl.: érzékszervi vagy értelmi fogyatékos, beszédfejlődési elmaradás, ADHD, autizmus spektrum zavar) vagy egyéb stresszt kiváltó eseménnyel (gyász, válás, veszteség). Ezek lehetnek:
 - Érzelmi állapotok:
 - visszahúzódik,
 - alacsony az önértékelése [29]
 - szorong
 - rossz hangulatú, levert, örömtelen, depressziós
 - öngyilkossági gondolatokról számol be
 - pszichoszomatikus tünetei vannak.[27]
 - sztereotip ringatózás, fej ütögetése észlelhető.
 - Érzelemszabályozási nehézségek [30, 31]:
 - 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,
- o 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 megnyugtatást 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

- A gyermek 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 secunder 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. [21]
- Szexualizált viselkedés (2-): Prepubertásban lévő gyermek korának nem megfelelően érdeklődik a szexualitás iránt, szexualizált viselkedést mutat (szexuális tartalmú beszélgetést folytat/chatel, nemi szerveket rajzol, másik gyermekkel szexuális tevékenységet utánoz, erőszakosság is előfordul).
- Elszökés otthonról (3)
 - a gyermek vagy fiatal elszökik otthonról vagy a lakóhelyéről
 - a szülő/gondozók beleegyezése nélkül máshova megy lakni.

Szülő-gyermek kapcsolat (3)

- Érzelmi elhanyagolás [1, 5] gyanúját veti fel, ha a szülő/gondozó
 - nem mutat pozitív érzelmeket a gyermek, kiemelten a csecsemő, kisgyerek felé,
 - nem reagál rá, nem figyel a jelzéseire, szükségleteire.
- Érzelmi bántalmazásra utal [1], ha a szülő-gyermek kapcsolat ártalmas
 - elutasító, kritizáló, ellenséges, megalázó attitűd a gyermekkel szemben,
 - ha a szülő kizárólag a gyermek rossz tulajdonságait és a gondozásával kapcsolatos problémákat hangsúlyozza,
 - a gyermek korához/ fejlettségéhez/ képességeihez képest fokozott elvárások (pl.: iskolaválasztás),
 - túlzott fenyegetés, megfélemlítés, fájdalmas fegyelmezési módszereket
 - 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.

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

Ajánlás11

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

Ajánlás12

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

Kommunikáció a bántalmazás/elhanyagolás miatt ellátásba került gyermekkel:

- Adjuk a gyermek tudtára, hogy azért beszélgetünk vele, hogy segítsünk rajta, törődjünk 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 félelmeiről is. Kérdéseire életkorához igazodóan válaszoljunk. Kisebb gyermek esetén ezt a gyermek számára érthető rajzok is segíthetik.

- Várakozási idő alatt lássuk el a gyermeket életkorának megfelelő tevékenységgel, játékkal. Biztosítsunk 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”) [27, 31]. 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 ártalmas értékrendet követ, és a legtöbb esetben nem tudatosul benne, hogy gyermekének árt. Ha a szülő is humánus és empátikus 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.

8. Az ellátási folyamat algoritmusa

Noha az egészségügyi ellátórendszer érintő feladatokat a fent leírtak foglalják magukban, a fejlesztőcsoport deklarálja, hogy a gyermekek bántalmazása/elhanyagolása esetén a teljes folyamat az egészségügyi ellátáson túlmenően is tartalmaz teendőket, melyek részletes eljárásrendjeit a hatályos jogszabályok határozzák meg. Itt jegyezzük meg, hogy az alábbiakban leírtak, bár ismeretük az ellátók számára szükséges, a vonatkozó hatályos jogszabályok ismeretét nem helyettesítik!

Teendők az egészségügyi ellátáson túl a társszakmákkal együttműködésben [5, 6, 7, 14]: Egészségügyi ellátás során a gyermekkel szembeni rossz bánásmód -

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

Megelőzés, dokumentálás, mérlegelés, jelzés:

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

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

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

Mérlegelést követően az alábbi álláspontra juthatunk:

- **Bántalmazás/ elhanyagolás kizárható:** Rizikótényezők fennállnak, de veszélyeztető magatartás nem igazolható
- **Bántalmazás/ elhanyagolás igazolható és besorolható:**
 - **Mérsékelt veszélyeztető magatartás:** orvosi utasítások be nem tartása, segítség késedelmes kérése, kötelező védőoltások, szűrővizsgálatok mellőzése, védőnői ellátás elutasítása, sérüléssel nem járó testi fenytés, 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.
 - **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 észlelés napján szóban és legfeljebb 3 munkanapon belül írásban (fax, email vagy postázás) is. A család- és gyermekjóléti szolgálat a gyermeket fenyegető közvetlen és súlyos veszély esetén a család- és gyermekjóléti központ értesítése mellett közvetlenül tesz javaslatot a hatóság intézkedésére. A továbbiakban a gyámhivatal a gyermeket védelembe veszi, annak keretében egyéni gondozási nevelési terv készül, melynek végrehajtásában bevont segítőként szükség esetén az egészségügyi ellátást végzők is szerepet vállalnak. A család- és gyermekjóléti szolgálat és a gyámhatóság a gyermek bántalmazása, elhanyagolása miatt jelzést vagy kezdeményezést tevő intézmény, személy adatait erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli.

Teendők a gyermekkel szembeni rossz bánásmód súlyosságának függvényében:

- Rizikótényezők fennállnak, de bántalmazás/elhanyagolás nem igazolható:
 - A gyermeket háziorvosa és védőnője (területi/iskolai) fokozott gondozásba veszi: segítséget nyújt a gyermek gondozásában, nevelésében, rendszeresen látogatja a családot.
 - A védőnő tájékoztatja a háziorvost, aki a szakma szabályai szerint szakellátóhoz irányítja a gyermeket/családot.
 - A szülőknél tapasztalható rizikófaktorok esetén egyéni mérlegelés szükséges. Enyhébb krízisek esetén a felvilágosítás, tájékoztatás saját hatáskörön belül. Súlyosabb rizikófaktorok esetén a szülőt felnőtt házi orvoshoz, család- és gyermekjóléti szolgálathoz 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 háziorvos/védőnő, ill. az egészségügyi intézmény erre kijelölt szakembere részéről lehetőleg az észlelés napján szóban, és legfeljebb 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. (A család- és gyermekjóléti szolgálatnak a jelzést követően 15 napon belül kell visszajelzést adnia.)
 - A háziorvos 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 felé a háziorvos/védőnő részéről az észlelés napján szóban, és legfeljebb 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 (ld. fent) készíteni, jelezni a kórházi szociális szakembernek, és az intézmény köteles jelezni a területileg illetékes család- és gyermekjóléti szolgálat felé.

- A család- és gyermekjóléti szolgálat a gyermeket fenyegető közvetlen és súlyos veszély esetén a család- és gyermekjóléti központ értesítése mellett közvetlenül tesz javaslatot a hatóság intézkedésére.
 - o Élet veszélyeztetése esetén:
- Teendők: az előbb felsoroltak a következő kiegészítéssel
- A bántalmazó/elhanyagoló helyzet azonnali megszüntetése, a gyermek kiemelése, biztonságba helyezése (kórház, csecsemőotthon, gyermekotthon).

Jelzésre vonatkozó egyéb megfontolások:

- A jelzés során „Esetjelző adatlap” (XI. Melléklet 3.2.5.) használata javasolt, ennek hiányában a jelzésnek tartalmaznia kell:
 - az érintett gyermek(ek) legfontosabb adatait (név, születési hely, idő, anyja neve, családtagok felsorolása, lakcím, esetleges tartózkodási hely),
 - a jelzést tévő intézmény megnevezését, címét,
 - jelzést tévő személy nevét, elérhetőségét
 - a probléma rövid leírását, a veszélyeztető okok részletezését,
 - az eddig megtett intézkedéseket és javaslatokat
- A gyermekek védelmével foglalkozó szakemberek és intézmények tevékenységét össze kell hangolni:

A jelzőrendszer működtetéséért a család- és gyermekjóléti szolgálat felel, az általuk szervezett esetmegbeszélésekre, esetkonferenciákra az egészségügyi szakemberek (házi orvos, védőnő) is meghívást kapnak. Évente egy alkalommal éves értékelést tartanak, ahol a jelzőrendszer tevékenységét szervezetenként/szakmánként értékelik. Az egészségügyben dolgozó szakemberek aktív részvétele szükséges ezen megbeszéléseken.
- Teendők amennyiben a bántalmazó a gyermek törvényes képviselője és az együttműködést elutasítja:
 - Ha az együttműködési nyilatkozat kitöltését elutasítja, az elutasítás és annak okának feljegyzése, lehetőség szerint annak szülő általi aláírása szükséges.
 - A szükséges vizsgálat és sürgősségi ellátás ennek hiányában is elvégzendő, ez esetben a szülői felügyelet felfüggesztésének indítványozása indokolt, ilyenkor eseti gyámot/gondnokot jelöl ki a gyámhivatal. Az együttműködés elutasítása természetesen súlyosbító tényező.
- A 2016. január 1-től hatályba lépő 2015. évi CXXXIII. törvény szerint családsegítés és gyermekjóléti szolgáltatás kizárólag egy szolgáltató keretében működhet. Polgármesteri hivatalt működtető települési önkormányzat lakosságszámtól függetlenül köteles család- és gyermekjóléti szolgálatot működtetni, járásszékhely (fővárosi kerületi) önkormányzat és megyei jogú város lakosságszámtól függetlenül köteles család- és gyermekjóléti központot működtetni. A szervezeti átalakítások révén a jelzőrendszeri munka összehangolása és megerősítése érdekében a család- és gyermekjóléti központ koordinálja és segíti a járások területén működő jelzőrendszerek munkáját. A helyi prevenciós feladatok ellátása a család- és gyermekjóléti szolgálatok feladata lesz. A jelzőrendszeri felelősnek a beérkezett jelzésekről és a megtett intézkedésekről rendszeresen jelentést kell készítenie a család- és gyermekjóléti központ számára. A gyermekjóléti központhoz kerül a hatósági feladatokhoz kapcsolódó gyermekvédelmi tevékenység (esetfelelősi funkció), valamint a speciális szolgáltatások (pl. kapcsolattartási ügyelet, gyermekvédelmi készenléti szolgálat stb.) biztosítása. Emellett szakmai segítséget nyújtanak a járásokban dolgozó szakemberek számára. A családsegítés új feladata

lesz szociális diagnózis készítése, valamint 2017. január 1-től a támogatott a támogatott lakhatást igénybevevők utánkövetése.

VIII. AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

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

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

A társzakkal 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 károkozás 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)
 - 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? [5]
- A szakemberek alapképzésében és továbbképzésében nem kapnak kellő hangsúlyt a gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának problémái, a jogszabályokból adódó kötelezettségek.
- Jogszabályok (1993. évi III. tv.; 15/1998 (IV. 30) NM rendelet) írják elő esetmegbeszélések, esetkonferenciák tartását, azonban a gyakorlatban ennek

megvalósítása problematikus. Akad az érintett társzakkal 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.

Segítő tényezők:

- A jogszabályokban megfogalmazott jelzési kötelezettség elmulasztása felelősségre vonást von maga után.
- 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 bevezette a jelentéstevő anonimitását, vagyis a jelzést vagy kezdeményezést tevő intézmény, személy adatait erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli. (Gyvt 17§ (2a)).
- Az egyes szakembert védi továbbá, hogy nem egymagában kell intézkednie, a Gyermekvédelmi törvény szerint az érintett szakemberek "... kötelesek együttműködni és egymást kölcsönösen tájékoztatni...",(Gyvt 17§ (3))

Javaslatok:

- Javasolt az ágazaton belüli és ágazatközi rendszeres esetmegbeszélések és esetkonferenciák tartása munkaidőben.
- Az ágazati alapképzéseken, kötelező továbbképzéseken hangsúlyosan és a gyakorlatra fókuszálva szerepeljen ez a problémakör. Az együttműködés javítása érdekében legyenek közös, szakmaközi tréningek.
- 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 informatikai rendszerek működtetése tegye lehetővé a gyors, biztonságos és hatékony információáramlást, ezzel is hozzájárulva a diagnózis és kezelés hatékonyságának javításához, valamint az ismétlődés megelőzéséhez.
- Jelenleg a gyermekek elhanyagolására, illetve bántalmazására vonatkozó adatokat a gyermekjóléti szolgálatok gyűjtik (OSAP 1775). A rendőrség összesíti a kiskorúak sérelmére elkövetett bűncselekményeket, köztük a testi sértés különböző megvalósulási formáit, a kiskorú veszélyeztetését, az emberölést. Az egészségügyben a házi orvosok 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. Javasoljuk, hogy a házi orvosok 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.
- Az érintett szakemberek számára a fokozott érzelmi terhelés miatt szupervízió biztosítása szükséges, a kiégés veszélyének csökkentése céljából.

- Álljanak rendelkezésre elérhető rendszerszerű és támogatott terápiás szolgáltatások – például mediáció, életvezetési tanácsok - mind az áldozatok, mind az elkövetők számára.

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 fenytés tilalmát, az még 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.

1.4. Egyéb feltételek

Vonatkozó törvények, rendeletek, jogszabályok:

- 16/1969. (Eü.K.7.)EüM. utasítás a testi sérülést szenvedett személyekről orvosi láttelelet és vélemény kiállításáról
- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásokról és szociális ellátásokról
- 1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről
- 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről,
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
- 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
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról
- Igazságügyi Orvostani Intézet 16. sz. módszertani levele a testi sérülések és egészségkárosodások igazságügyi orvosszakértői véleményezéséről (Eü. K. 7/1998. 619.)
- 2002. évi LVIII. törvény egyes, az egészségügyet és a társadalombiztosítást érintő törvények módosításáról
- 2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól
- 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 2005. évi CXXXV. törvény a bűncselekmények áldozatainak segítéséről és az állami kárenyhítésről

- 331/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a gyermekvédelmi és gyámügyi feladat- és hatáskörök ellátásáról, valamint a gyámhatóság szervezetéről és illetékességéről
- 32/2007 (OT 26) ORFK utasítás a családon belüli erőszak kezelésével és a kiskorúak védelmével kapcsolatos rendőri feladatok végrehajtására
- 2009. évi LXXII. törvény a hozzátartozók közötti erőszak miatt alkalmazható távoltartásról
- Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)
- 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról
- 2011. évi CXC. (2011. XII.29.) törvény a nemzeti köznevelésről
- 2012. évi C. (2012. VII. 13.) törvény a Büntető Törvénykönyvről (Btk.)
- 2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről
- 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról
- 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (2014. március 15.)
- Módszertani útmutató: A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan
<http://www.csqyk02.hu/dok/Gybant%20egyseges%20elvek%20es%20modszertan.pdf>
- 2015. évi CXXXIII. törvény egyes szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények módosításáról

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

2.1.1. Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet több kiadványt készített a „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program keretében:

- Hogyan figyeljünk gyermekünkre?
<http://www.ogyei.hu/upload/files/hogyan.pdf>
- Sose rázd a kisbabádat szórólapon
<http://www.ogyei.hu/upload/files/Sose%20r%C3%A1zd%20a%20kisbab%C3%A1dat%20sz%C3%B3r%C3%B3lap.pdf>
- Sose rázd a kisbabádat DVD
<http://www.youtube.com/watch?v=i7SWkcpv2Jw>

2.1.2. Az Országos Gyermekegészségügyi 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.

2.1.3. A TÁMOP 614 Koragyermekkori (0-7 éves) kiemelt projekt keretében történt fejlesztések, tapasztalatok és javaslatok a szakmaközi együttműködésről, esetmegbeszélésről:
<http://www.gyermekalapellatas.hu/egyuttmukodes/esetmegbeszeles>

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok (ld. XI.3.2.)

2.2.1. Orvosi látlelet és vélemény

(A.3510-274 sz. nyomtatványúrlap megrendelhető: <http://www.depot.hu/orvosi-latlelet-es-velemeney-szabadlap-a-4-negyoldal-as-p-9038>)

2.2.2. Eset észlelő lap és eset visszajelző lap

Szakfelügyeleti Iránymutatás a várandós anyák és a gyermekek védelemével kapcsolatos területi védőnői feladatok helyi eljárásrendjének kialakításához (OTH 568-18/2010.) 2. sz. melléklet

http://www.macsgyoe.hu/downloads/szakmai_anyagok/vedono.pdf

2.2.3. 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

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700235.KOR

2.2.4. Esetjelző adatlap

http://www.szocialiskozpont.hu/get_file.php?id=55

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

- Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa által 2009-ben végzett 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” [17].
- A gyermekek bántalmazására és elhanyagolására vonatkozó adatok a KSH rendszeres éves adatgyűjtéseiből származnak, melyek az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) részei. A jelenleg érvényes adatszolgáltatási rendszerben gyermekjóléti alapellátások működési adatait ebben a tekintetben a család- és gyermekjóléti szolgálatok töltik ki (OSAP 1775).
- Indikátor: adott évben a család- és gyermekjóléti szolgálatok részére az egészségügyi ellátórendszerből érkezett gyermekbántalmazásos/elhanyagolásos esetek jelzésének száma a 2015-ben érkezett jelzések számához viszonyítva
- Célérték 5 év múlva: az érték minimum 20% -os növekedése

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

4. Az ajánlások terjesztésének terve

Javasolt az irányelv terjesztése a kötelező továbbképzések keretében az egészségügyben dolgozók számára (OFTEX, ENYKK, MAVÉ), emellett a segítő társszakmák (pedagógus, gyermekjóléti szolgálat, bölcsődei gondozó stb.) számára is.

IX. A DOKUMENTUM 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 Gyermekek alapellátási 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 Gyermekek alapellátási Tagozata dönt;**

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

- Tervezett felülvizsgálat: az egészségügyi szakmai irányelv hatályba lépése után 3 évvel 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.

X. IRODALOM

Felhasznált külföldi szakmai irányelvek:

1. When to suspect child maltreatment National Collaborating Center for Women's and Children's Health – Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence 2009 (revízió 2013)
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK57167/pdf/Bookshelf_NBK57167.pdf
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
<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/1/186.full.pdf+html>
4. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI. POA.2).
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

Felhasznált hazai módszertani ajánlások:

5. A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése Országos Gyermekegészségügyi Intézet 2004
<http://www.ogyei.hu/upload/files/A%20gyermekbantalmazas.pdf>
Revízió:2010
http://www.ogyei.hu/upload/files/gyermekb_modszertani_ajanlas.pdf
6. 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
Veszélyeztetettség fogalma, hatékony alkalmazásának szakmai megalapozása2011 (TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002 sz. kiemelt projekt)
<http://docplayer.hu/969438-Veszelyeztetettseg-fogalma-hatekony-alkalmazasanak-szakmai-megalapozasa.html>

Felhasznált nemzetközi joganyagok:

7. Council of Europe Parliamentary Assembly Recommendation 1371 (1998) Abuse and Neglect of Children
<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta98/EREC1371.htm>
8. Egyezmény a gyermek jogairól
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100064.TV
9. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG_violencestudy_en.pdf
10. 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
11. World report on violence against children
http://www.crin.org/docs/UNVAC_World_Report_on_Violence_against_Children.pdf

Felhasznált tudományos közlemények:

12. Herczog Mária: Gyermekbántalmazás Budapest: Complex Kiadó Kft; 2007.
13. Pászthy Bea: A gyermekek bántalmazása és elhanyagolása in Békefi Dezső szerk.: Gyermekgyógyászati Vademecum Budapest: Melinda Kiadó és Reklámügynökség; 2007. I./201-209. o.
14. HM Government. Working Together to Safeguard Children. London: The Stationery Office; 2006
www.everychildmatters.gov.uk/socialcare/safeguarding/workingtogether
15. Meadow, Roy. ABC of Child Abuse. BMJ Publishing Group, Bristol, 1997 magyar nyelvű rövidített változat elérhető:
www.gyermekbantalmazas.hu/.../szakembereknek?task
16. Gyermekvédelmi jelzőrendszer 2010 Statisztikai Tükör V. évf. 42. sz. 2011. június 22. www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/gyermekvedelem10.pdf
17. 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>
18. 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.
19. Révész György: Szülői bánásmód – Gyermekbántalmazás Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó; 2004
20. Flaherty E.G.; Perez-Rossello J.M.; Levine M.A.; Henrikus 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. February 1, 2014
<http://pediatrics.aappublications.org/content/133/2/e477.full.html>
21. 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>
22. King, W. J., MacKay, M., & Sirnick, 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>
23. 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>
24. 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
25. Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. Pediatrics. 2011; 128(2):233–238
26. Hermann Judith: Trauma és gyógyulás, Budapest: Háttér Kiadó-KáVé Kiadó-NANE Egyesület; 2003

27. 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.
28. 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>
29. Jungmeen K. Cicchetti D.: Longitudinal pathways linking childhood maltreatment, emotion regulation, peer relations and psychopathology, *J Child Psychol Psychiatry*, 2010 51 (6) 706-716
30. 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
31. 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>

XI. MELLÉKLET

1. A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok

Témaválasztási javaslat	Igen
Delegálás a fejlesztőcsoportba	Igen
Fejlesztőcsoport felkérése	Igen
Egyéni összeférhetlenségi nyilatkozatok	Igen
Egyéni összeférhetlenségi nyilatkozatok összefoglaló	Igen
Csoportos nyilatkozata fejlesztés során igénybe vett külső támogatásról, a szponzori függetlenségéről és az elfogulatlanságról	Igen
Konzultációs feljegyzés(ek)	Igen
Módszertani szűrőértékelés	Igen
Részletes módszertani értékelés(ek)	Igen
Tagozatvezetői nyilatkozatok az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről	Igen

2. A fejlesztés módszerének leírása, és a kapcsolódó dokumentumok

2.1. Fejlesztőcsoport megalakulása, folyamat, és feladatok dokumentálása

A kapcsolattartó (Dr. Kovács Zsuzsanna) 2013 januárjától a korábban felállt gyermekbántalmazás munkacsoport tagjait személyesen kérte fel az irányelv fejlesztésében való részvételre. További szakemberek felkérése a Szakmai Kollégium tagozatok ajánlása, illetve szakmai kapcsolatok révén történt.

Tekintve, hogy a felkért fejlesztők részben vidéken élnek, részben igen elfoglaltak, a kommunikáció elsősorban elektronikus formában volt kivitelezhető, folyamatos levélváltások, hozzászólások, ill. a munkaanyag módosításai révén. A munkafolyamat részletes leírása a csatolt mellékletben található (Irányelv készítés folyamata).

2.2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalomkeresés részben a több mint 10 éves szakmai tevékenység során összegyűjtött anyagokból, részben a felhasznált nemzetközi guideline-ok segítségével történt.

Forrás: hazai irodalom, GIN; AAP; WHO; MEDLINE adatbázisok.

A fejlesztő munkacsoport konszenzussal döntött a NICE guideline adaptálása mellett, mivel módszertani minősége megfelelő, és szakmai tartalma lefedi a fejlesztőcsoport által tárgyalni kívánt hatókört, jól illeszthető a hazai jogszabályokhoz.

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

2.3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték, vagy ajánlás mátrix”)

A felismerésnél és a diagnózis felállításánál a NICE guideline-ban alkalmazott evidencia-szinteket vettük át. (táblázatban ld. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja, 13. old)

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

2.4. Ajánlások kialakításának módszere

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

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

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

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

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

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

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

Mivel „Az ellátási folyamat algoritmus” c. fejezetében 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.

2.5. Véleményezés módszere, és dokumentációja

Az irányelvet az alábbi szervezetek véleményezték:

Család Gyermek Ifjúság Egyesület

Kék Vonal Gyermekkrízis alapítvány

Magyar Védőnők Egyesülete

Budapest Főváros Kormányhivatala XV. Kerületi Gyámhivatal

2.6. Független szakértői véleményezés módszere és dokumentációja

Az irányelvet az OBDK részéről két független módszertani szakértő véleményezte.

3. Alkalmazást segítő dokumentumok

3.1. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

3.1.1. A bántalmazással/elhanyagolással kapcsolatban használható BNO kódok

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 neveltetésben

3.1.2. Orvosi látogatás és vélemény

(A.3510-274 sz. nyomtatványúrlap) (megrendelhető: <http://www.depot.hu/orvosi-latogat-as-velemen-y-szabadlap-a-4-negyoldal-as-p-9038>)

A kiállító orvos, gyógyintézet neve és címe

Orvosi látogatás 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 elszívásának 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): _____



3.1.3. Eset észlelő lap és eset visszajelző lap

Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás a várandós anyák és a gyermekek védelemével kapcsolatos területi védőnői feladatok helyi eljárásrendjének kialakításához (OTH 568-18/2010.) 2. sz. melléklet

http://www.macsgyoe.hu/downloads/szakmai_anyagok/vedono.pdf

Eset észlelő lap

Iktató szám:.....

Gyermekjóléti Szolgálat megnevezése:.....

Címe:

Védőnői helyzetértékeléshez is felhasználható

Gyermek / válsághelyzetű várandós anya (megfelelő aláhúzendó)

A gyermek gondviselőjének/törvényes képviselőjének a

neve:

Bejelentett lakcíme:.....

Tartózkodási helye ahol a védőnői gondozást igénybe veszi:

.....

Telefonon történő elérhetősége:.....

A gyermek (ek) neve:

Anyja neve:

Születési helye: ideje

A válsághelyzetben levő várandós anya neve:

Születési helye:.....ideje:

Bejelentett lakcíme:.....

Tartózkodási helye:

Telefonon történő elérhetősége:.....

A szülés várható időpontja:.....

A területileg illetékes védőnő neve:.....

Elérhetősége (tanácsadó címe):.....

Telefonszáma:

Iktató szám:.....

Védőnői Szolgálat megnevezése:.....

Címe:

Eset visszajelző lap

A gyermekjóléti szolgálatnak a megtett intézkedésről szóló tájékoztatási kötelezettségének teljesítéséhez [15/1998. (VI. 30.) NM r.]

Gyermek neve:.....

Születés ideje:.....

Lakcíme:

Válsághelyzetben levő várandós anya neve:

A szülés várható időpontja:

Lakcíme:

A jelzést tevő neve:

A jelzés időpontja, módja:

A jelzés fő indoka (csak egyet karikázzon bel!): 1. Anyagi; 2. Gyermeknevelési; 3. Családi konfliktus;

4. Szülők vagy a család életvitele; 5. Szülői elhanyagolás; 6. Családon belüli bántalmazás;

7. Fogyatékoság, retardáció; 8. Szenvedélybetegség; 9. Várandós anya szociális válsághelyzete

A probléma rövid ismertetése a felmerülő veszélyeztetettségi okok leírásával:

.....

Az észlelés időpontja:

Eddig megtett intézkedések, egyéb észrevétel:

.....

Telefonos értesítés:Nem történt

Történt:év..... hó.....nap;óra.....perc

Fogadó fél neve:.....

A veszélyeztetettség azonnali beavatkozást igényel, ezért a gyermekjóléti szolgálat értesítésével egy időben szükséges volt a

gyámhatóság, ill. a rendőrség értesítésére is. (Aláhúzással jelölje a megfelelőt!)

Kelt:

PH.

védőnő aláírása

nyilvántartási száma:

Az esetgazda neve:

Elérhetősége

(címe):.....

Telefonszáma:

A jelzés fogadásának dátuma:

A szociális szakember részéről a jelzés hatására eddig megtett intézkedés(ek):

.....
.....
.....

A helyzet jelenlegi állása, további javaslatok:

.....
.....
.....

Kelt:

.....

PH. gyermekjóléti szolgálat szakemberének aláírása

3.1.4. 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, http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700235.KOR

Kitöltés kezdete:

Név:

Névváltozás (dátummal):

Születési hely (kerület is), idő:

Anyja születési neve:

Az egészségügyi iratokról a GYSZ-2 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.)

Megtörténtek-e a gyermek életkorának megfelelő kötelező rendszeres szűrések?

Milyen gyermekbetegségeken esett át a gyermek

(kanyaró, rubeola, skarlát, bányahimlő, 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.

3.2.5. ESETJELZŐ ADATLAP a családsegítő szolgáltatásbanhttp://www.szocialiskozpont.hu/get_file.php?id=55.**ESETJELZŐ ADATLAP**
Gyermekjóléti Szolgálat részére

Az esetet jelző intézmény neve:

Címe:

Telefonszáma:

Az esetet jelző személy neve:

A gyermek neve:

Születési helye, ideje:

Anyja neve:

Lakcím/tartózkodási hely:

Rövid eseteírás, a probléma bemutatása:

--

Megtett intézkedések:

--

Kelt: 201 év, hó nap.....
az esetet jelző szakember aláírása

3.3.1. Beszélgetés-vázlat gyermekorvosoknak, védőnőknek a bántalmazás tényének, hátterének feltárására (Ruth Bang nyomán)

Forrás: A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése 1. sz. Módszertani levél Országos Gyermekegészségügyi Intézet 2003 V. sz. melléklet <http://www.ogyei.hu/upload/files/A%20gyermekbantalmasas.pdf>

Ne tévesszük szem elől, hogy a bántalmazás, elhanyagolás feltárása, beismerése nagyon nehéz és fájdalmas folyamat. Adjunk időt és lehetőséget arra, hogy az anya (szülő, gondozó) legyőzhesse a félelmeit és elmondhassa az érzéseit, problémáit, helyzetét, és bátorítsuk azzal, hogy jó és fontos dolog az, amit tesz.

KOMMUNIKÁCIÓS KÉSZSÉGEK:

Nyitottság és megközelítőség

- Ne legyenek előfeltevéseink, előítéleteink, ne kritizáljunk, és ne minősítsünk.
- Mérjük fel és fogadjuk el a szülő ismereteinek szintjét, se túl sokat, se túl keveset ne feltételezzünk.
- Vegyük figyelembe, hogy a különböző élet- és társadalmi helyzetű, korú, identitású, vallású és kultúrájú, egészségi állapotú embereket saját tapasztalataik nagyban befolyásolják gondolkodásukban, lehetőségeikben.
- Győződjünk meg róla, hogy a szülő érti, amit mondunk, mert gyakran a szóhasználat vagy a helyzet idegen, szokatlan és félelmet keltő, de nem mer visszakérdezni, szégyenkezik.

Aktív hallgatás

- Figyeljünk arra, amit a szülő mond, érezzük meg a szavak mögötti tartalmat, érzéseket, szükségleteket.
- Fogadjuk el, hogy a bántalmazás áldozatai bizonyos dolgokat nem tudnak, vagy nem akarnak elmondani.

Elfogadás

- Fogadjuk el, hogy a szülő kompetens leginkább saját és gyermeke dolgában, ő tudja legjobban, hogy milyen segítségre, tanácsra van szüksége, de ezt nem biztos, hogy meg tudja fogalmazni, vagy, hogy a lényegről és a jelenségről beszél.
- Ismerjük fel és értsük meg, hogy mindenkinek mást jelentenek a saját tapasztalatai, minden egyes élethelyzet – minden hasonlósága ellenére – neki speciális és egyedi.
- Ne kérdőjelezzük meg az áldozat történetének igazságát.

Empátia

- Legyünk érzékenyek abban a tekintetben is, hogy nem könnyű olyan kérdésekről beszélni, amelyek fájdalmat, szégyenérzetet okozhatnak (gyermekkorai traumák, bántalmazás, szexualitás stb.)
- Vegyük figyelembe, hogy a szülők nincsenek hozzászokva ahhoz, hogy nyíltan beszélhetnek, elfogadják őket, és a szakember nem azt akarja megmondani, hogy mi a jó, mi a rossz, hanem kíváncsi rájuk és a véleményükre.
- Segítsük a szülőt abban, hogy feltárhassa a saját rossz élményeit, félelmeit, ismerethiányát, haragját stb.

Bizalom és határozott szakmai fellépés

- Tegyük világossá és egyértelművé, hogy bízhat bennünk, melyek a titoktartás keretei, azt is, hogy mi az, ami biztosan kettőjük között marad, és milyen esetekben kell továbbítani a megismert problémákat.
- Gyűjtsük össze az alapvető információkat olyan támogató beszélgetés formájában, ami nem fenyegető, nem sért érzékenységet, de megfelelően informatív.

- Vázzuk fel a lehetséges további lépéseket, illetve tegyük világossá, ha azonnali beavatkozásra van szükség.

Szakmai határozottság és kompetens segítségnyújtás

- Kerüljük a pánikkeltést, a sokkoló hatást.

- Kérjük beleegyezését, hogy a megállapodás szerint kérünk további segítséget, illetve tárjuk fel másnak – szakember, intézmény, hatóság – a tudomásunkra jutott információkat.

- Vázzuk fel a lehetséges további lépéseket, illetve tegyük világossá, ha azonnali beavatkozásra van szükség

- Erősítsük és támogassuk az önerő és döntéskéesség fokozását.

- Ha lépéseket teszünk, információt továbbítunk, magyarázzuk el a szülőnek, hogy mire készülünk, miért és ő mire számíthat.

- Ismerjük fel és tájékoztassuk a szülőt, hogy veszélyeztetés esetén a gyermek számára az a legjobb megoldás, ha nem marad a veszélyeztető szülővel, családtaggal.

Bántalmazás gyanúja esetén a beszélgetést a szülővel négy szemközt, esetleg csecsemő vagy kisdedkorú gyermek jelenlétében folytassuk akkor is, ha a jelzés mástól származik.

BÁTORÍTÓ MONDATOK:

- Sokkal több családban vannak gondok, mint az első pillanatban gondolnánk, de ezekről az emberek nemigen beszélnek.

- Családi vagy egyéni titkokról, fájdalmas eseményekről nem könnyű beszélni.

- Gyerekek, akik elszennvedik a bántalmazást, elhanyagolást sokszor évtizedekig, vagy örökké titkolják ezt, mert azt hiszik, ők tehetnek arról, ami velük történt.

- Szülőnek lenni nem könnyű, és ma senki sem tanítja meg a gyerekeket arra, hogy mit is jelent ez és hogyan kell csinálni.

- Nem az a probléma, ha valaki nem készült fel a szülői feladatokra, vagy krízishelyzetbe kerül, hanem az, ha nem tud segítséget kérni és elfogadni.

- Sokszor egy beszélgetés, megerősítés vagy éppen néhány információ megoldja a megoldhatatlannak hitt nehézségeket.

- Olyan gyorsan változnak a szülővel kapcsolatos elvárások, hogy nem csoda, ha egyre többen elbizonytalanodnak, és nem tudják, mi a legjobb, vagy az elfogadható.

- Félelmetes érzés olyasmiről beszélni, ami komoly érzelmi és anyagi veszteségekkel járhat.

A feltett kérdéseknek olyannak kell lenniük, ami nem tartalmaz állítást, minősítést, ezek között vannak direkt és indirekt kérdések.

INDIREKT KÉRDÉSEK:

- Hogy érzi magát? Milyen érzései vannak a gyerekekkel, anyasággal kapcsolatban?

- Megkap minden segítséget, amire szüksége van a családtagoktól, szakemberektől?

- A közelmúltban milyen feszültségek okoztak gondot? A partnere, családtagjai, a gyereknevelés, egészségügyi problémái, anyagi gondok stb.

- Milyen változást hozott a gyerek születése, nevelése a partnerkapcsolatban?

- Fél valamitől? Bántották valaha a szülei, partnere?

- A szülei nevelési módszereit szeretné folytatni? Jó volt gyerekeknek lenni az ön családjában? És a partnere családjában?

- Úgy látom, gondjai vannak a partnere, családja viselkedésével. Tudna erről egy kicsit bővebben beszélni?

- A gyerek ellátása, viselkedése okoz bármiféle gondot? A partnere segít, illetve támogatója önt?
- Említette, hogy sokszor elveszti a türelmét (ön vagy más családtag). Beszélne erről részletesebben? Bántotta fizikailag is a gyereket valaki? Miért és hogyan?
- Említette, hogy anyagi (lakás) gondjaik vannak. Beszélne erről részletesebben? Kértek segítséget? Kaptak? Szüksége van további információkra?
- Említette, hogy alkohol/drog problémák vannak (önnél, partnernél, családban) Beszélne erről egy kicsit részletesebben? Kértek, kaptak segítséget. Tudják, hová kell, lehet fordulni?
- Említette, hogy gondot okoz a gyerek ellátása, felügyelete? Kapott, kért ehhez segítséget? Van akivel meg tudja osztani a gondjait?
- Hogyan tudják a felmerülő konfliktusokat kezelni a családban, a partnerével? Mi történik, ha nem értenek egyet? Hogyan oldja meg ezeket a helyzeteket a gyerekekkel, gyerekekkel?

DIREKT KÉRDÉSEK:

- Különböző horzsolásokat, sérüléseket látok a gyereken. Mi történt, hogyan keletkeztek ezek?
 - Nagyon szorongónak, ijedtnak látom Önt és/vagy a gyereket – talán bántotta valaki?
 - Előfordul, hogy megüti a gyereket, vagy dühében odacsapja?
 - Sápadtak és/vagy vékonyak találom a gyereket. Nagyon nehéz a gyerek rendszeres ellátása? Van valami speciális probléma?
 - Sápadtak, fáradtnak látom, segíthetek valamit? Eleget eszik, van módja pihenni, problémáit, érzéseit megbeszélni valakivel?
 - Előfordul, hogy kihagynak egy étkezést, tisztába tételt, fürdetést stb? Fáradtnak, túlterheltnak érzi magát?
 - Gondot okoz a bevásárlás, ügyintézés? Egyedül hagyta már a gyereket, ha el kellett mennie?
 - Úgy érzem, nem jó a levegő a szobában. Mikor szellőztetnek? Bent dohányoznak?
 - A partnere/ szülője bántotta valaha Önt/gyerekét? Mi történt?
 - Vannak viták, problémák a szexuális életükben?
- Kényszerítették valaha szexuális aktivitásra akarata ellenére? És a gyerekekkel nem történt hasonló?
- A partnere/családtagjai ijedtnak látszanak. Jelentheti ez azt, hogy félnek attól, hogy ön elmond valamit, vagy segítséget kér?
 - Voltak valaha kapcsolatban a gyermekjóléti szolgálattal, gyámüggyel, rendőrséggel? Mi történt?
 - Felmerült Önben már, hogy segítséget kérjen annak érdekében, hogy megvédje valaki? Szeretne külön költözni?

3.3.2. Segítő szakemberek, szervezetek

Országos szervezetek, segélyvonalak:

- Kék Vonal / anonim telefon és internet segélyvonal <http://www.kek-vonal.hu/index.php/hu/>
- Magyar Gyermekek és Ifjúsági Telefonos Lelkiségi Szolgálatok Országos Szövetsége /GYITOSZ/ <http://www.ifjusagi-lelkisegey.hu/>
- ESZTER Alapítvány/Ambulancia <http://eszteralapitvany.hu/ambulancia/> tel: 06-1- 466 9872
- NANE (Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület) <http://www.nane.hu/>

tel: 06- 06-80-505-101

- Országos Kríziskezelő Információs Szolgálat (családon belüli erőszak, bántalmazás stb.) <http://www.bantalmazas.hu/> email: okit@ncsszi.hu tel: 06-80-20-55-20
- Telefontanú:8-20 óráig bűncselekményekkel kapcsolatos anonim bejelentések. tel.: 06-80/555-111
- Drog Stop <http://drog-stop.hu/> tel: 13-770;
- Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Budapest (megelőzés, kortársképzés és terápia) <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