A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekbántalmazás és elhanyagolás gyanúja esetén, felismerés, kezelés és megelőzés

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002262
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 évig érvényes

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Csecsemő- és gyermekgyógyászat Tagozat**
   Prof. Dr. Bereczki Csaba csecsemő- és gyermekgyógyász, csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia szakorvosa, nephrológus, klinikai farmakológus, elnök, társszerző
2. **Gyermek-alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat**
   Dr. Kovács Tamás csecsemő- és gyermekgyógyász, csecsemő- és gyermekkardiológus, neonatológus, elnök, társszerző
3. **Igazságügyi orvostan, orvosszakértés biztosítási orvostan Tagozat**
   Dr. Szabados György igazságügyi orvosszakértő, egészségbiztosítás szakorvosi ráépített szakképesítés, elnök, társszerző
4. **Gyermekpszichiátria és addiktológia Tagozat**
   Dr. Pászthy Bea gyermekpszichiáter, klinikai farmakológus, csecsemő-gyermekgyógyász, pszichoterápia szakorvos, elnök, társszerző
5. **Szülészet és nőgyógyászat Tagozat**
   Dr. Nagy Sándor szülész-nőgyógyász, klinikai genetika, szülészeti-nőgyógyászati ultrahang diagnosztika szakorvosa, elnök, társszerző
6. **Traumatológia és kézsebészet Tagozat**
   Dr. Bodzay Tamás traumatológus, sebész, ortopédia, mellkassérültek traumatológiai ellátása szakorvosa, elnök, társszerző
7. **Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat**
   Lőrinczi Orsolya védőnő, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Prof. Dr. Mészner Zsófia csecsemő- és gyermekgyógyász, infektológus, társszerző
Dr. Nagy Anikó csecsemő- és gyermekgyógyász, gyermeksürgősségi orvostan, egészségbiztosítás szakorvosa, gasztroentereológus, társszerző
Prof. Dr. Szabó Attila csecsemő- és gyermekgyógyász, nefrológus, gyermeksürgősségi orvostan, hipertonológia szakorvosa, alvásmedicina szakértője (szomnológus), társszerző
Dr. Kovács Zsuzsanna csecsemő- és gyermekgyógyász, társszerző
Dr. Scheiber Dóra csecsemő- és gyermekgyógyász, mediator, társszerző
Dr. Sonnevend Mária gyermek- és ifjúságpszichiáter, pszichoterápia szakorvosa, társszerző
Dr. Kassai Tamás traumatológus, kézsebészet, gyermektraumatológia szakorvosa, társszerző
Dr. Pásztor Gyula radiológus, gyermekradiológia szakorvosa, társszerző
Tománé Dr. Mészáros Andrea védőnő, társszerző
Gitidiszné Gyetván Krisztina védőnő, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Égés- és plasztikai sebészet Tagozat**
   Dr. Tamás Róbert sebész, plasztikai sebész, elnök, véleményező
2. **Háziorvostan Tagozat**
   Dr. Szabó János háziorvos, foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakorvos, elnök, véleményező
3. **Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**
   Dr. Kovács Péter klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, elnök, véleményező
4. **Megelőző orvostan és népegészségügy, kórházi higiénia Tagozat**
   Prof. Dr. Vokó Zoltán megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, elnök, véleményező
5. **Nukleáris medicina Tagozat**
   Dr. Györke Tamás radiológus, izotópdiagnosztika szakorvos, elnök, véleményező
6. **Oxyológia – sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan Tagozat**
   Dr. Varga Csaba sürgősségi orvostan szakorvos, oxyológia szakorvos, anaestheziológia-intenzív terápia szakorvos, addiktológus, elnök, véleményező
7. **Transzfuziológia és hematológia Tagozat**
   Prof. Dr. Vályi-Nagy István haematológus, klinikai onkológus, allergológia és klinikai immunológia szakorvos, belgyógyász, kórbonctan-kórszövettan szakorvos, elnök, véleményező (2024. június 16-ig)
8. **Infektológia Tagozat**
   Dr. Szlávik János, belgyógyász, fertőző betegségek szakorvosa, trópusi betegségek szakorvosa, elnök, véleményező
9. **Aneszteziológia és intenzív terápia Tagozat**
   Prof. Dr. Molnár Zsolt, aneszteziológia és intenzív terápia szakorvosa, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült."
„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek."

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:
Alapvető Jogok Biztosának Hivatala – Dr. Kussinszky Anikó jogász, vezető főtanácsos

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:
Magyar Védőnők Egyesülete

Független szakértő(k):
Dr. Tisza-Papp Judit szakértő
Dr. Boros Zsuzsa Barbara szakértő
Dr. Bardóczi Krisztina szakértő
Bíróné Szunai Orsolya szakértő
Dr. Várnai Dóra pszichológus, kutató, egyéni szakértő

II. ELŐSZÓ

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

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör: 0–18 éves gyermekekkel szembeni rossz bánásmód, bántalmazás/elhanyagolás formái és az ezekkel kapcsolatos egészségügyi tevékenységek, valamint a jelzőrendszerben betöltött szerepből következő, jogszabályokban rögzített kötelezettségek.

Ellátási folyamat szakaszai: A gyermekek bántalmazásának/elhanyagolásának felismerése, jelzés és együttműködés (család és gyermekjóléti szolgálat, család- és gyermekjóléti központ, rendőrség, gyámhatóság), gondozás. Jelen egészségügyi szakmai irányelv nem foglalkozik számos egyéb bántalmazási formával, (pl. koldulásra, lopásra, prostitúcióra, hazugságra kényszerítés, gyermekkel koldulás, a gyermek korának nem megfelelő, illetve rendszeres megterhelő munka végeztetése, szociális bántalmazás, gazdasági bántalmazás, méhmagzatot károsító magatartás, újszülöttgyilkosság, alkohol és drog abúzus, média-erőszak), illetve az intézményi bántalmazással.

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

Érintett ellátók köre:
Szakterület:

0200 sebészet
0400 szülészet-nőgyógyászat
0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat
0501 neonatológia
0502 PIC
0506 gyermeksebészet
0507 gyermeknőgyógyászat
0508 gyermekszemészet
0509 csecsemő és gyermek fül-orr-gégegyógyászat
0510 gyermekradiológia
0511 gyermekneurológia
0515 csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia
0521 fejlődésneurológia
0800 bőr- és nemibeteg-ellátás
0900 neurológia
1002 traumatológia
1100 urológia
1300 fogászati ellátás
1304 gyermekfogászat
1800 pszichiátria
1801 addiktológia
2002 gyermek plasztikai és égéssebészet
2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria
2302 gyermek- és ifjúságaddiktológia
4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás
5100 röntgendiagnosztika
6101 transzfúziológia
6302 házi gyermekorvosi ellátás
6303 felnőtt- és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás
6306 iskola- és ifjúságorvoslás
6500 izotópdiagnosztika
7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia
7303 csecsemő- és gyermekszakápolás
7600 dietetika
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, alapellátás J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás J7 járóbeteg-szakellátás, gondozás F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás
Progresszivitási szint:	I–II–III. szint
Egyéb specifikáció:	Nem egészségügyi szervezetek (pl. rendőrség, gyámhatóság, család- és gyermekjóléti szolgálatok/központok, bölcsőde, oktatási intézmények) szakemberei (szociális munkás, gyermekgondozó, óvodapedagógus, pedagógus stb.).

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Kiskorú veszélyeztetése: „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, bűntett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő."[126]

„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 fenyítésnek és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetésnek, illetve bánásmódnak." Továbbá: „A gyermeknek joga van ahhoz, hogy a védelme érdekében eljáró szakemberek – különösen a gyermek bántalmazásának felismerése és megszüntetése érdekében – egységes elvek és módszertan alkalmazásával járjanak el." [127]

Veszélyeztetettség: A Gyermekvédelmi törvény szerint: „olyan – a gyermek vagy más személy által tanúsított – magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja vagy akadályozza".

A veszélyeztetettség főbb tényezői:

- anyagi tényezők (a Gyermekvédelmi törvény kiemeli, hogy gyermeket kizárólag anyagi okokból nem lehet a családjából kiemelni),
- erkölcsi tényezők,
- egészségügyi tényezők,
- nevelési tényezők. [127]

A gyermek elhanyagolása és bántalmazása (rossz bánásmód): A veszélyeztetettséghez képest szűkebb fogalom. Magában foglalja a fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmód, a szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, a kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, mely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul [7, 21, 43, 48, 51, 61, 64, 71, 83, 87, 88, 112, 116].

Elhanyagolás: Minden olyan mulasztás vagy baj okozása (akár szándékos, akár tudatlanságból, óvatlanságból, nemtörődömségből ered), amely jelentősen árt a gyermek egészségének, vagy lassítja, akadályozza a szomatikus, mentális és érzelmi fejlődését [43, 48, 49, 51, 60, 61, 71, 83, 87, 88, 96, 116].

Az elhanyagolás fajtái:

- <u>érzelmi elhanyagolás:</u> az érzelmi biztonság, az állandóság, a szeretetkapcsolat hiánya, a gyermek érzelmi kötődésének durva mellőzése. Magában foglalhatja annak közvetítését, hogy értéktelen, el nem fogadott, nem szeretett – elutasítás, terrorizálás, semmibe vétel, elszigetelés, durva szidalmazás, súlyos büntetés, kiabálás, vesztegetés stb. [47, 48, 49, 51, 83, 87, 116].
- <u>fizikai elhanyagolás:</u> 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. Idesorolható az orvosi ellátás késleltetése, az orvosi utasítások be nem tartása, a védőoltások beadatásának indokolatlan elmulasztása, késleltetése, a gyermek egészségének, gyógyulásának veszélyeztetése a szükséges kezelés visszautasításával (pl. az orvosi tanács ellenére a kórházból„saját felelősségre" való távozás). Számos véletlen baleset hátterében is feltételezhető elhanyagolás (pl. autóban biztonsági öv, gyerekülés használatának mellőzése, kerékpározásnál bukósisak hiánya). Az éheztetés hátterében számos ok állhat (szándékos éheztetés, indokolatlan diétáztatás, indokolatlan diéta gyermekre való erőltetése, böjtölés, indokolt diéta elhagyása), de a gyermek saját maga is hanyagolhatja az evést (pl. drogfüggés, kezeletlen anorexia-bulimia, szociális okok stb.) [1, 48, 49, 51, 83, 87, 71, 75, 96, 116].

- oktatási, nevelési elhanyagolás: az iskola-/óvodalátogatási kötelezettség elhanyagolása, iskolai feladatok, teljesítményproblémák figyelmen kívül hagyása, együttműködés hiánya, vagy szembefordulás az oktatási intézménnyel, annak rendjével vagy a rendelkezésre álló és javasolt speciális képzési, fejlesztési szolgálatok igénybevételének elmulasztása. Az elhanyagolás mérlegelését az anyagi helyzettől el kell választani, és mindent meg kell tenni, hogy a rászoruló gyermekek megfelelő szociális támogatásban részesüljenek. Ennek elmaradása inkább intézményi bántalmazást/elhanyagolást jelent [48, 49, 51, 61, 83, 87, 112, 116].

A 2022-es HBSC-kutatás adatai szerint a tanulók családjainak közel harmada továbbra is a családi jómódúság alacsony kategóriájába tartozik [79].

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 [43, 48, 49, 51, 61, 71, 83, 87, 88, 116].

A gyermekbántalmazás fajtái:

- érzelmi bántalmazás: a gyermek érzelmeivel való tartós vagy rendszeres visszaélés, a gyermekekben az értéktelenség, a szeretetlenség, a nem kívántság, a hasznavehetetlenség érzésének keltése, amely önértékelési zavarokhoz, kötődési nehézségekhez vezethet. Az életkornak vagy a fejlettségnek nem megfelelő elvárások támasztása (pl. a szobatisztaság idő előtti erőltetése, a képességekhez nem igazodó iskolai követelmények), félelemérzet vagy szorongás keltése, megszégyenítés, állandó kritizálás, az érzelmi zsarolás, a gyermek kihasználása. Idetartozik a bántalmazással, erőszakkal való rendszeres fenyegetés is, amikor az erőszakcselekmény ténylegesen nem következik be, de a gyermeket félelemben, rettegésben tartja (pl. a gyermek játékának, tulajdonának tönkretétele, izolálás, bezárás, társas kapcsolataitól való megfosztás). Az érzelmi bántalmazás súlyos formája, amikor a gyermek tanúja más, gyakran édesanyja bántalmazásának. Idetartozik 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 [8, 47, 48, 49, 51, 61, 71, 83, 87, 88, 116].
- fizikai bántalmazás: fizikai sérülés okozása (ütés, rúgás, lekötözés, bezárás, rángatás, rázás, el- vagy ledobás, gondatlan leejtés, kemény felülethez való ütés, 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 idesorolják a közlekedés során elkövetett gondatlan veszélyeztetést is. A fizikai bántalmazás speciális formája a megrázott gyermek szindróma (Shaken Baby Syndrome, Shaken Impact Syndrome), amikor a gyermek közvetlen megrázása, vagy közvetve valamely tárgyhoz való csapódása egyaránt okozhat károsodást. Sokszor tudatlanság, rossz szokások okozhatják, pl. amikor 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 [12, 36, 48, 49, 51, 62, 69, 71, 83, 87, 88, 94, 116].
- 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 (vérrokonok közötti tiltott szexuális viszony) 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 az emberkereskedelem, a kereskedelmi célú szexuális kihasználás, kizsákmányolás, szexturizmus, online szexuális zaklatás [7, 18, 26, 48, 49, 51, 61, 71, 80, 83, 87, 112, 116].

- „Münchausen by proxy"szindróma: igen ritka, kevert bántalmazási forma, amely súlyos lelki és fizikai (potenciálisan életveszélyes) maradandó súlyos fogyatékossággal, esetenként halálos következményekkel jár. A felnőtt gondviselő (legtöbbször a mentális betegségben szenvedő édesanya) folyamatosan betegségtüneteket talál ki vagy idéz elő szándékosan, esetleg a meglévő betegség tüneteit túlozza el, ezzel felesleges és fájdalmas orvosi beavatkozásoknak teszi ki gyermekét [6, 43, 47, 48, 49, 83].
- szülői elidegenítés szindróma (Parental Alienation Syndrome/PAS): új jelenség, ami a gyermek és az elutasított családtag ellen irányuló pszichológiai abúzusnak, lelki bántalmazásnak egy jellegzetes formája, és szinte kizárólag a házastársak különélése vagy válása esetén fordul elő, főleg azokban az esetekben, ahol jogi lépésekre is sor kerül vagy került. A kórkép ellentmondó szakmai megítélése miatt a DSM kódrendszerben a manipulatív szülői viselkedés új kódot kapott, melynek megnevezése„Szülő-gyermek kapcsolati probléma" DSM-5 V61.20. [34] A lelki bántalmazás jellemzően a másik szülővel szembeni indokolatlan félelem, tiszteletlenség vagy ellenségeskedés kialakulásához vezet. Ennek általában az az oka, hogy az egyik szülő ki akarja zárni a másik szülőt a gyermek életéből, és ezért a gyermek végül teljesen elidegenedik a másik szülőtől [8].
- agyermekönmagátveszélyezteti:azönsértés, azazagyereknekasajátmagaellenirányulóerőszakosmagatartása(pl. falcolás), melynek súlyosabb formája az öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet. Idesorolhatók az egyéb veszélyeztető magatartási formák: elszökés, csavargás, tankötelezettség nem teljesítése, drogfogyasztás, alkoholizálás stb. Ezek hátterében gyakran családi diszfunkció, félelem, elhanyagolás, családi erőszak, kortársbántalmazás, iskolai problémák, kudarc stb. állnak [47, 99, 116].

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 [43, 48, 49, 60, 64, 86, 95, 108].

- iskolai kortársbántalmazás (bullying): az iskolai agresszió egyik fajtája. Tanult viselkedésforma, mely mindig szándékos. Fontos jellemzője az erőviszonyok egyenlőtlensége. A bántalmazás általában ismétlődő jellegű és nem egyszeri támadás, de előfordulhat egyetlen eseményként is. Az iskolai kortársbántalmazás egy közösségi jelenség.

  A leggyakoribb formái:
  - fizikai kortársbántalmazás: pl. verés, lökdösés, a másik tulajdonának elvétele, tönkretétele.
  - verbális kortársbántalmazás: pl. megalázó beszólások, sértegetés, gúnynév, csúfolás.
  - kapcsolati kortársbántalmazás: pl. a kiközösítés, közeledés elutasítása, pletyka terjesztése, barát elcsábítása.
  - internetes kortársbántalmazás: amennyiben kortárs, iskolatárs (és nem idegen) követi el. (külön fejezetben tárgyaljuk)

A magyar diákok 40%-a közvetlenül érintett az iskolai erőszak valamely formájában (HBSC). A rendszeresen (legalább havonta 2–3 alkalommal) áldozattá váló tanulók aránya a 2000-es évek eleje óta lassan növekszik, a rendszeres bántalmazás elkövetésére stagnáló tendencia jellemző [15, 17, 28, 33, 38, 52, 55, 56, 79, 81, 91, 93, 106, 111, 127].

- Az internetes bántalmazás (más néven online abúzus, cyberbullying), az elektronikus térben, digitális eszközök használatával megvalósuló szándékos, agresszív cselekedet, tanult viselkedésforma. Az online veszélyek egyik fajtája, melyet kortárs és (idegen) felnőtt is elkövethet. Amennyiben idegen felnőtt követi el, úgy az érzelmi vagy szexuális gyermekbántalmazás ismérveit, megelőzési és kezelési módjait is figyelembe kell venni. A kortársak között megvalósuló internetes bántalmazást szintén elkövetheti ismerős vagy idegen kortárs és felismerése, megelőzése és kezelése egyformán igényli a kortársbántalmazásról, valamint az internetbiztonságról való tájékozottságot. Több formája ismert pl. kínos képek megosztása, személyiséglopás, online kibeszélés, önsértésre buzdítás stb. Időben és térben kiterjedtebb, nagyobb nyilvánosságot kap, a diákok az egyik legsúlyosabb bántalmazási formának tekintik. Az internetes bántalmazás kiterjedtségéről a különböző módszertannal végzett kutatások nagyon eltérő adatokat szolgáltatnak, a közvetlen érintettség a diákok 20–30%-ára lehet jellemző [28, 29, 82, 115].

Az elkövetés helye szerinti felosztás:

- családon belüli erőszak: ha valaki hozzátartozója biztonságát, testi-lelki épségét veszélyezteti vagy károsítja, önrendelkezésében korlátozza, testi erőszakot követ el ellene vagy annak elkövetésével fenyeget, illetve tulajdontárgyait tönkreteszi, a családtagnak tekintett házi kedvencét bántalmazza, az áldozat számára elviselhetetlenné teszi az együttélést. A partnerét bántalmazó szülő 50–70%-ban gyermekét is bántalmazza, illetve a gyermek tanújává válik a bántalmazásnak. Hazánkban a gyermekbántalmazás 80%-át családon belül követik el, 41%-ban a vér szerinti apa, 39%-ban pedig a vér szerinti anya a bántalmazó, illetve gyakran az egy háztartásban élő nem vér szerinti szülő (nevelőapa, nevelőanya) [86, 112]. Gyermekbántalmazás minden társadalmi rétegben előfordul, és kialakulásában számos családi és egyéni rizikófaktor játszik szerepet [43, 48, 49, 108].
- családon kívüli erőszak:
  - bántalmazás idegenek által
  - rendszer-abúzus/intézményi bántalmazás: a gyermekek ellátására és védelmére létrehozott rendszer diszfunkcionálisan működik, és ezzel hozzájárul a bántalmazás késedelmes elhárításához, vagy be nem avatkozásával, a jelentési kötelezettség elmulasztásával a további károsodáshoz. A tragikus kimenetelű esetek majd mindegyikében már hónapok, évek óta veszélynek voltak kitéve a gyermekek, azonban a jelzésre kötelezett szakemberek nem tettek eleget törvényi kötelezettségüknek, nem léptek közbe időben. Idesorolható a gyermek tájékoztatásához és véleménynyilvánításhoz fűződő jogainak figyelmen kívül hagyása vagy megtagadása, valamint a szülőktől való indokolatlan elválasztás is.
  - Intézményi bántalmazás bekövetkezhet a közélet különböző területein, oktatási-nevelési intézményben, az egészségügyi ellátás, a büntető- vagy hatósági eljárás, menekültügyi eljárás során, a sportéletben stb. [10, 11, 48, 54, 105, 108, 109].

2. Rövidítések

AAP: American Academy of Pediatrics / Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia
ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder / figyelemhiányos hiperaktivitási zavar
ALTE: Apparent Life Threatening Event / életet veszélyeztető epizód
ÁNTSZ: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
BNO/ICD: Betegségek Nemzetközi Osztályozása / International Classification of Diseases
CSVSZ: Családvédelmi Szolgálat
EESZT: Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér
EL: evidence level/bizonyíték szintje
EMMI: Emberi Erőforrások Minisztériuma
ENYÜBS: Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer
ENSZ: Egyesült Nemzetek Szervezete
ET: Európa Tanács
HIV: Human Immunodeficiency Virus
HPV: Humán papillomavírus
ISPCAN: International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect / Gyermekekkel Szembeni Visszaélések és Gondatlanságok Megelőzésének Nemzetközi Társasága
HBSC: Health Behaviour in School-Aged Children / iskoláskorúak egészségmagatartása
KSH: Központi Statisztikai Hivatal
NICE: National Institute for Health and Care Excellence / Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete
NNGYK: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
OSAP: Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program
PAS: Parental Alienation Syndrome / szülői elidegenítési szindróma
SBS/AHT: Shaken Baby Syndrome / Abusive Head Trauma / megrázott gyermek szindróma
SIDS: Sudden Infant Death Syndrome / bölcsőhalál
STD: Sexually Transmitted Disease / szexuális úton terjedő betegségek
UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund / Egyesült Nemzetek Gyermekkori Segélyalapja
WHO: World Health Organisation / Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

Tekintve, hogy a felismerés és diagnózis leírásánál a fejlesztő munkacsoport a NICE irányelvet adaptálta, így annak evidenciabesorolását vette át [116]. A szexuális abúzus gyanúja esetén elvégzendő vizsgálatoknál, az American

Academy of Pediatrics [7] ajánlásait alkalmazta, hogy az ajánlás bizonyítékszintjét a NICE irányelvben alkalmazott evidenciabesoroláshoz harmonizálja.

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

4. Ajánlások rangsorolása

A NICE irányelv [116] ajánlásrangsorolását adaptálta a fejlesztőcsoport az alábbi legfontosabb módosításokkal, figyelembe véve a hazai ellátórendszer és jogrendszer sajátosságait is:

- **„Megerősített gyanú" (2++)** Bántalmazás/elhanyagolás megerősített gyanúja, ezért az ellátónak jelzési kötelezettsége van. A jelzési kötelezettséget az alábbi szavakkal fejezzük ki: **kell, kötelező, szükséges.**
- **„Gyanú" (2+, 2–)** Bántalmazás/elhanyagolás gyanúja felmerül, ezért további megfigyelés, konzílium, esetmegbeszélés szükséges. A megfontolás tárgyát képező ajánlás: **ajánlott, célszerű, javasolt.**

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

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

„Semmilyen gyermekkel szemben elkövetett erőszak nem igazolható, de minden erőszak megelőzhető." A gyermekjogok elismerése nem fakultatív lehetőség, hanem a nemzetközi emberi jogi konvenciókból – különösen a Gyermekjogi Egyezményből – fakadó, az Európai Unió 2009 óta kötelező erejű Alapjogi Chartájának 24. cikkéből, továbbá hazánk alkotmányos előírásaiból, az Alaptörvény XVI. cikkéből is következő kötelezettség. A „Gyermek Jogairól" szóló 1989. évi ENSZ Egyezmény külön kiemeli a gyermekek elleni erőszakkal szembeni védelemhez való jogot: 19. cikk [41].

„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" [30]. A Gyermekjogi Egyezményt hazánk 1991-ben a LXIV. törvénnyel hirdette ki. Az ENSZ főtitkárának felkérésére 2006-ban átfogó, globális felmérés készült a gyermekekkel szembeni erőszak feltárására [110]. 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 széles körű tájékoztatás és képzés [30, 108, 110]. Az ENSZ Gyermekjogi Bizottsága 2011-ben megjelent 13. átfogó kommentárja gyermekjogi megközelítésben részletezi a részes államok feladatait a gyermekek elleni erőszak megelőzéséről és kezeléséről [108]. 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 [21]. Az Európa Tanács által elfogadott Szófiai Gyermekjogi Stratégia 2016–2021 között zajló programciklusa öt prioritást határoz meg, amelyen belül kiemelt terület az erőszakmentes gyermekkor [22].

A WHO partnereivel közösen kidolgozott javaslata a bizonyítékon alapuló gyermekbántalmazás megelőzési stratégia az INSPIRE: A gyermekek elleni erőszak felszámolására szolgáló hét stratégia. A stratégiák egy kiválasztott csoportját azonosítja, amelyek sikeresnek bizonyultak a gyermekek elleni erőszak csökkentésében. Ezek a következők: törvények végrehajtása és betartatása; normák és értékek; biztonságos környezet; szülői és gondozói támogatás; jövedelem és gazdasági erősödés; válasz- és támogató szolgáltatások; valamint az oktatás és az életvezetési készségek [96].

A globális adatok igen aggasztóak, így pl. az UNICEF legfrissebb, 2022-es adatai szerint a 2–4 év közötti gyermekek közül 4-ből 3 (kb. 300 millió) szenved el rendszeresen valamilyen erőszakos fizikai büntetést vagy érzelmi bántalmazást a szüleitől vagy a gondozóitól [69], a WHO szintén 2022. évi adatai szerint a lányok 20%-a, a fiúk esetében 13-ból 1 szenved el szexuális abúzust 0–17 éves kor között [123]. A WHO azonban már 2002-ben megállapította, hogy a gyermekbántalmazás és -elhanyagolás nemcsak társadalmi, hanem népegészségügyi probléma, mert az ebben való érintettség hatással van az egészségre. A gyermekkel való rossz bánásmód következményei között megtalálható az egész életen át tartó testi és lelki egészség romlása, amelyek végső soron lelassítják egy ország gazdasági és társadalmi fejlődését. A bántalmazott gyermek felnőttként nagyobb valószínűséggel bántalmaz másokat, így az erőszak egyik generációról a másikra öröklődik. Ezért rendkívül fontos az erőszak körforgását megtörni, ezáltal a felnövekvő generációkra pozitív hatást gyakorolni [130, 131]. A rossz bánásmód megelőzése multiszektoriális megközelítést igényel.
Külön kiemelik jelentősége miatt az ifjúsági erőszakot, melynek érintettjei a 10–19 éves korosztály. A bántalmazás, az erőszakos cselekmények skálája széles az offline és online zaklatástól és a fizikai verekedéstől kezdve a súlyosabb szexuális és fizikai támadásokig, a bandák által elkövetett erőszakig vagy az emberölésig terjed és egymással nem kapcsolatban álló, egymást esetleg nem is ismerő személyek között történik [122].
A WHO meghatározása szerint az egészség az ember testi, lelki és szociális jólétét jelenti, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányát. Erre és a kialakult joggyakorlatra is figyelemmel, a lelki bántalmazások az egészségsértés körében kerülhetnek értékelésre [64]. Ez a megállapítás sajnos hazánkra is érvényes, amit számos adat támaszt alá. Az ENYÜBS'18 (Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer) adatai az alábbi táblázatban találhatók [4, 101].

1. táblázat: *A 0–17 éves gyermekek összesített bántalmazási adatai 2020–2022 Magyarország* [42]

Bűncselekmény sértettje 0—17 éves korosztály mindösszesen	**2020 mindösszesen**	**2021 mindösszesen**	**2022 mindösszesen**
	49 855	49 150	48 885
Emberölés és minősített esetei	209	131	210
Életveszélyt vagy halált okozó testi sértés	192	214	208
A nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni bűncselekmények mindösszesen (alább részletezve 1. szexuális erőszak, 2. szeméremsértés, 3. gyermekpornográfia)	1324	1371	1507
1. szexuális erőszak	343	323	396
2. szeméremsértés	420	384	442
3. gyermekpornográfia	270	390	359
A gyermekek érdekét sértő és a család elleni bűncselekmények mindösszesen (alább részletezve 1. tartási kötelezettség elmulasztása, 2. kiskorú veszélyeztetése, 3. kapcsolati erőszak)	2863	2968	3110
1. tartási kötelezettség elmulasztása	1186	1089	1036
2. kiskorú veszélyeztetése	1005	1102	1277
3. kapcsolati erőszak	650	757	761

A KSH-OSAP adatai szerint a gyermekjóléti szolgálatok a gyermekpopuláció közel 10%-át tartják nyilván veszélyeztetettként, azonban a meghatározás pontatlansága és az adatgyűjtés esetlegessége miatt ezeket az adatokat alábecsültnek tekinthetjük [42].

2. táblázat: *Veszélyeztetett, bántalmazott, elhanyagolt gyermekek száma* [32]

Megnevezés	2012	2014	2017	2018	2020	2022
18 éven aluliak száma, január 1.	1 783 846	1 734 421	1 713 887	1 715 113	1 709 048	1 707 018
Nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma (fő)[a)]	190 564	139 818	172 808	173 604	162 985	164 209
Nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak aránya (%)	10,68	8,06	10,08	10,12	9,54	9,62
Nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúakból elhanyagolt gyermekek összesen (fő)[b)]	26 591	29 671	20 875	20 572	18 596	20 103
Elhanyagolt gyermekek aránya (%)	1,49	1,71	1,22	1,20	1,09	1,18
– fizikai elhanyagolás	11 879	14 912	14 468	14 547	12 376	13 812
– érzelmi (lelki) elhanyagolás	14 712	14 759	6 407	6 025	6 220	6 291
Nyilvántartott kiskorúakból bántalmazott gyermekek összesen (fő)[b)]	7 856	7 494	6 542	7 067	7 355	8 220
Bántalmazott gyermekek aránya (%)	0,44	0,43	0,38	0,41	0,43	0,48
– fizikai bántalmazás	2 532	2 927	3 235	3 607	3 499	3 946
– érzelmi (lelki) bántalmazás	4 973	4 113	2 687	2 856	3 078	3 552
– szexuális (abúzus) bántalmazás	351	454	620	604	778	722
Védelembe vett kiskorúak száma	25755	22884	28307	29014	27143	28678

a) Az adatok forrása: 2012. évben OSAP 1210, 2014. évben OSAP 1775, 2016. évtől OSAP 1696. 2012–2014. évben az adatok tárgyév december 31-re, 2016-tól tárgyévre vonatkoznak.
b) Az adatok forrása 2012–2014. évben OSAP 1775, 2016. évtől OSAP 1696

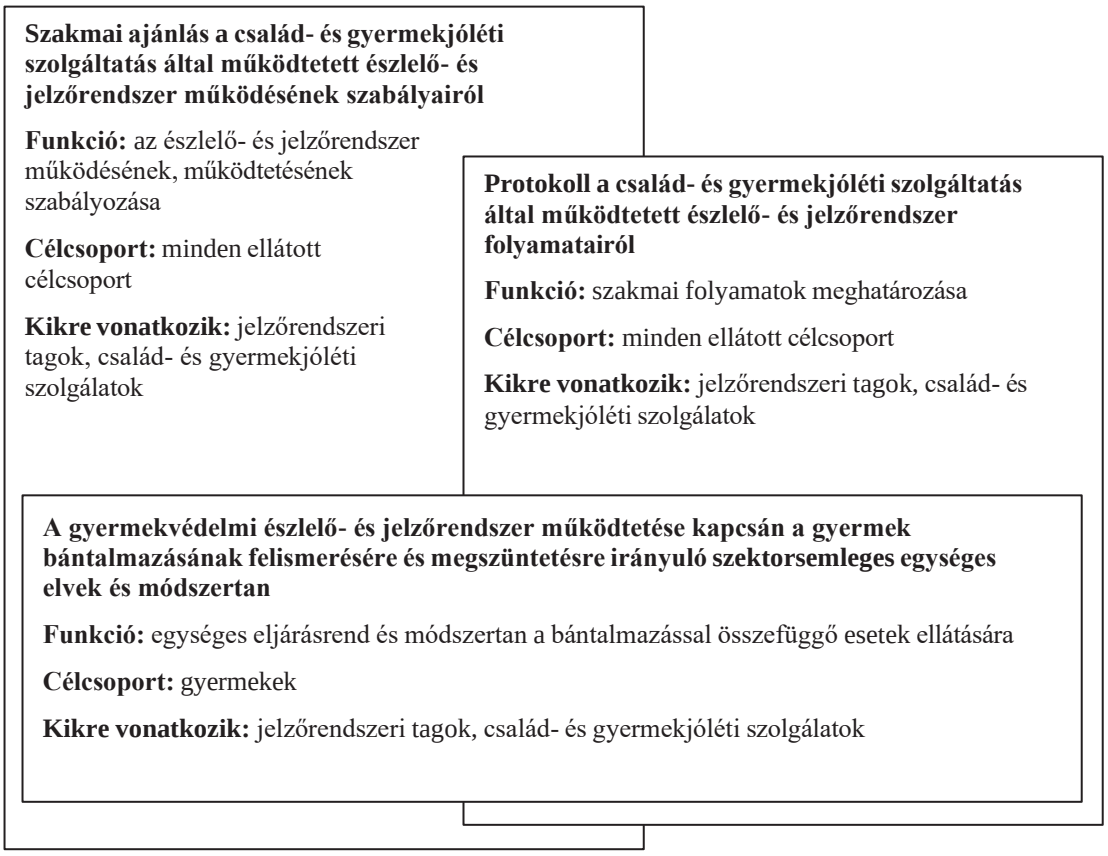
Ezek az adatok azonban csak az ismert esetekre vonatkoznak, köztudott, hogy a látencia igen magas (különösen a mindkét nemet érintő szexuális abúzus tekintetében). [81, 82, 107] 2017-ben – részben a „#metoo-mozgalom" hatására – a szexuális erőszak nagyobb figyelmet kapott, így talán kevesebb eset maradt rejtve, ami a fenti adatokból is kiolvasható. [32] A közelmúltban elvégzett első hazai ACE (Adverse Childhood Experiences) vizsgálat szerint a gyermekek 25%-át érte bántalmazás és/vagy nőtt fel diszfunkcionális családban [107].

A hazai jogalkotás több törvényben fogalmazza meg a gyermekbántalmazással és elhanyagolással kapcsolatos teendőket, ebben az egészségügy – a jelzőrendszer egyik tagjaként igen fontos szerepet, kötelező feladatot és súlyos felelősséget kap, mert a háziorvos, házi gyermekorvos feladata nemcsak a sérülések gyógyítása, hanem a gyermekbántalmazás jelzése is. A jelzési kötelezettség elmulasztása is bántalmazó, elhanyagoló magatartásnak, de legalábbis foglalkozás körében elkövetett gondatlanságnak minősülhet, mivel ez is veszélyezteti a gyermeket. A jelzési kötelezettség ugyanakkor esélyt jelent minden szakember számára egy közös cselekvés megtervezésére, amely egyben védelmet ad a bántalmazóval szemben, mert ezáltal több szakember között oszlik meg a döntés súlya. Ennek ellenére a gyermekbántalmazás gyakran rejtve marad és az áldozatok töredéke kap csak támogatást az egészségügyi szakemberektől [107, 123].

Az Ombudsman állásfoglalása szerint ezért konkrét, meghatározott sorrendben, a gyakorlatban könnyen megtehető/megteendő lépéseket, felelősségi köröket, határidőket, ellenőrzésre és szankcionálásra feljogosított szervet vagy szerveket megnevező protokoll(ok) szükségesek a pozitív változásokhoz [13].

A Gyermekvédelmi törvény 2017. évi módosítása szerint a jelzőrendszeri tagok a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében a gyermekvédelmi jelzőrendszer működésének és működtetésének szakmai módszereit alkalmazva járnak el. Az elmúlt években számos protokoll került elfogadásra és közzétételre a gyermekvédelem területén is, amelyek valamennyi jelzőrendszeri tag számára határoznak meg egységes gyakorlati feladatokat. Jelen egészségügyi szakmai irányelv mint speciális ágazati szakmai irányelv szervesen illeszkedik az alábbi három általános szabályrendszerhez [2, 72]:

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



Az egészségügyi feladatokat ellátókat érinti az Alkotmánybíróság IV/1089/2018. számú, a kötelező védőoltások beadását érintő döntése, melyben megállapította, hogy az Alaptörvény XVI. cikkének (2) bekezdése által a szülők számára a gyermekük nevelésére biztosított joguk a kötelező védőoltások beadásának jogszerű indok nélküli megtagadása esetén korlátozható. Végső esetben a szülőknek a gyermeket súlyosan veszélyeztető, a hatóságokkal való együttműködést megtagadó magatartása esetén a gyermek családból való kiemelése is alkotmányosnak minősülhet. A védőoltások a fertőző megbetegedések elterjedésének megelőzését szolgálják [1]. Egy ezzel kapcsolatos hazai vizsgálat szerint az oltásmegtagadási ügyek 77,8%-a eredményesen zárult, és a gyermekek megkapták a védőoltást. Az oltáselmaradás kezelésében az egészségügyi szakemberekkel folytatott személyes konzultáció és a határozott hatósági fellépés együttesen hatékony volt [73].

2. Felhasználói célcsoport

Az egészségügyi szakmai irányelv bevezetését az indokolja, hogy hiába adott a jogszabályi környezet, azok végrehajtása problematikus. Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa (ma már Alapvető Jogok Biztosa – Ombudsman) által 2009-ben végzett vizsgálat adatai szerint az egészségügyben dolgozók igen alacsony arányban (védőnők 13%, egyéb egészségügy <5%, háziorvosok 0,2%) tettek eleget a törvény által előírt jelzőrendszeri kötelezettségüknek. A KSH-OSAP elérhető adatai szerint 2013. évben a jelzőrendszeri tagok 178 295 jelzése közül 8,4%-ban az egészségügyi szolgáltatók jeleztek, ezen belül 78% volt védőnő, 2016. évben érkezett 116 858 jelzés közül 13,2% volt egészségügyi szolgáltató, ezen belül 77,1% volt védőnő.

3. táblázat: Az alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek – orvosok és védőnők számának alakulása *2018-2022 között Magyarországon* [66]

Megnevezés	2018	2019	2020	2021	2022
Házi gyermekorvos	1 405	1 384	1 359	1 334	1 321
Vegyes praxis ellátó orvosok száma					1492*
Védőnői állás összes	5188	5 211	5 217	5224	5240
Betöltött védőnői állás	4802	4796	4844	4879	4919
ebből területi	3676	3675	3715	3764	3769
ebből iskolai	953	952	957	945	980
ebből kórházi	102	105	107	108	112
ebből CSVSZ	71	64	65	62	58

*2022. 12. 31-én

Az Ombudsman leszögezi azt is, hogy a jelzés megtétele csak az első lépés. Emellett szükséges, hogy a jelzést követően a gyermekvédelmi rendszer gyors, pontos, hatékony és kiszámítható módon működjön, ne pedig az egyes szakemberek személyes hozzáállásán, szakmai kompetenciáján múljon egy-egy eset megoldása, kimenetele. Az egységes módszertan szerint eljárás szükségességét fogalmazza meg az Alapvető Jogok Biztosa a 2013. évben megjelent jelentésében is. A 2016-ban lefolytatott vizsgálatában pedig leszögezi, hogy a védőnők, a házi gyermekorvosok nélkülözhetetlen láncszemei a gyermekvédelmi jelzőrendszernek, az általuk adott vélemény, a velük való együttműködés minősége és folyamatossága kulcsfontosságú abban, hogy a gyámhatóság a gyermek veszélyeztetett helyzetét időben felismerje. Az egészségügyi szolgáltatást nyújtók, így különösen a háziorvos, házi gyermekorvos, az iskolaorvos, a védőnő a jelzőrendszer tagjaként a gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatokat is ellátnak [2, 13, 31, 48, 61, 72, 98, 112].

1. **Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel**

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

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

Azonosító:	001148
Cím:	Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny LXX. évfolyam 14. szám (2047-2097) Érvényesség lejárta: 2023. 07. 15.
Elérhetőség:	http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/index.php?m=0&p=kozltart&ev=2020&szam=14&k=6

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

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

Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Clinical Excellence NICE When to suspect child maltreatment 2009; revízió: 2013 RCOG Press London; 2014 update, last update 2017 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK57167/pdf/Bookshelf_NBK57167.pdf Revízió: Child maltreatment: When to suspect child maltreatment in under 18s 2017. okt.
Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect –AAP 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, https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/116/2/506.full.pdf http://www.nrcac.org/wp-content/uploads/2018/01/2015-AAP-sexual-abuse-examination-in-children.pdf Revízió: Pediatrics 2005; 116; 506-512

Tudományos szervezet:	WHO
Cím:	Responding to child maltreatment – a clinical handbook for health profesionals 2022
Megjelenés adatai:	ISBN 978-92-4-004873-7 (electronic version) ISBN 978-92-4-004874-4 (print version)
Elérhetőség:	https://www.who.int/publications/i/item/9789240048737

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:
Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvvel áll kapcsolatban:

Azonosító:	002217
Cím:	Tápláltsági állapot szűrése a gyermek alapellátásban
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2022. év, 10. szám
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index

Az egészségügyi szakmai irányelv az alábbi hazai társszakmák által elkészített módszertannal áll kapcsolatban: „A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges korlátozottan egységes elvek és módszertan” [2e].

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

A gyermek elhanyagolásának, a rossz bánásmódnak a jeleit azok a szakemberek észlelhetik elsősorban, akik napi kapcsolatban vannak a gyermekkel, ismerik a családot, a gyermeket, ezért elengedhetetlen az egészségügyi ellátók és a társszakmák közötti együttműködés. Az áldozattól nem várhatjuk a gyanú megerősítését, így a szakember könnyen elbizonytalanodhat. Nehezíti helyzetét, hogy – főleg elhanyagolás vagy érzelmi, szexuális bántalmazás esetén – a testi jelek hiánya nem zárja ki a bántalmazás lehetőségét. A bántalmazás jelei a gyermek életkorával is eltérő formákat ölthetnek, és pubertáskorban az egészséget veszélyeztető és deviáns magatartásformák megjelenésekor még nehezebbé válik azonosításuk. A gyanújelek lehetnek általánosak vagy specifikusak. Jelentkezhetnek testi, viselkedésbeli, érzelmi szinteken [7, 43, 48, 49, 51, 71, 83, 102, 116].
Az alábbiakban összefoglaljuk azokat a jeleket, melyek széles körű irodalmi adatok alapján egyértelműen megerősítik, illetve felvetik a gyermekkel való rossz bánásmód gyanúját. Összefoglaljuk azokat az ajánlásokat, melyeket gyermekbántalmazás és -elhanyagolás esetén az egészségügyi ellátóknak meg kell tenni az egészségügyi ellátás során és azon túl. A felismeréshez és diagnózishoz a NICE irányelvben használt evidenciaszinteket zárójelben kiemelten jelöltük és az ajánlásokat rangsoroltuk (gyanú 2+, illetve megerősített gyanú 2++) [1].

Anamnézis, a gyanú felvetése

Ajánlás1
Az alábbiakban felsorolt rizikófaktorok bármelyikének fennállása felveti (Ajánlás rangsorolás: 2+), illetve megerősíti a bántalmazás/elhanyagolás gyanúját (Ajánlás rangsorolás: 2++), ezért a rizikófaktorok vizsgálata szükséges.

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

- helytelen nevelési hagyományok, rossz szokások,
- testi fenyítés elfogadottsága.

Családi körülmények:
- erőszak a családtörténetben, erőszak a családban,
- szegénység, hajléktalanság, munkanélküliség,
- egyedülálló vagy különélő szülő, mostohaszülő, bizonytalan kapcsolódású partner,
- a család diszfunkcionális működése (családtag bántalmazása, mentális beteg a családban, alkoholabúzus a családban, szülők különélése/válása, elszigetelt család),
- születéskor 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 családtagok lelkiismeret- és vallásszabadságának korlátozása csak abban az esetben lehetséges, ha egy vallási irányzat, illetve a meggyőződés mások, pl. a gyermek élethez, egészséghez stb. fűződő jogait súlyosan sérti és ennek következménye miatt a gyermek súlyosan veszélyeztetett.).

Egyéni rizikófaktorok:

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

2. 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, sírós csecsemő,
- magatartási, tanulási zavarral küzdő gyermek.

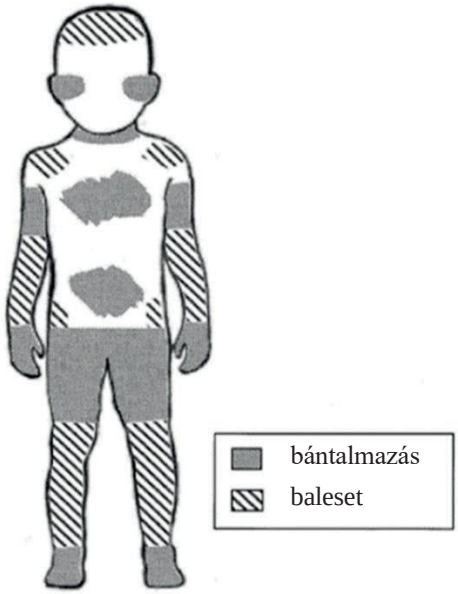
Veszélyeztetett életkorok:
- újszülöttkor (különösen a nem várt vagy koraszülött gyermek),
- csecsemőkor (sírósság, táplálási nehézség, éjszakai átalvás nehézségei),
- 2–4 éves kor (dackorszak, önállósodási törekvések, hiperaktivitás),
- serdülőkor (fokozott autonómia törekvések).

A gyermekbántalmazást kiváltó események:
- krízisek a családban: haláleset, válás, külföldi munkavállalás stb.,
- közvetlen kiváltó események: csecsemősírás, táplálási nehézségek, szobatisztaságra szoktatás nehézségei, fejlődési és pszichoszociális krízisek [7, 16, 43, 48, 49, 51, 61, 64, 71, 83, 88, 96, 116],
- társadalmi krízisek, pl. koronavírus-pandemia [121].

Felismerés, diagnózis

A kortól és a gyermek fejlettségi szintjétől függetlenül a sérülések elhelyezkedése és alakja nagyon fontos annak megítélésében, hogy a sérülés balesetnek vagy bántalmazásnak minősül. Figyelembe kell venni az egészségügyi (pl. hematológiai betegség), szociális előzményeket, a gyermek fejlődési szintjét [116].

1. ábra:
A fizikai bántalmazás és baleseti sérülések elkülönítő ábrája [101]



Ajánlás2

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

- **az egészségügyi ellátás igénybevétele késlekedik,**
- **nincs vagy nem elfogadható a sérülés körülményeire vonatkozó magyarázat, sérülések önálló helyváltoztatásra nem képes gyermeken következnek be,**
- **túl gyakran éri sérülés a gyermeket, mely nem indokolható (pl. ADHD-val),**
- **szokatlan tünetekkel vagy túl gyakran keresik fel az egészségügyi intézményt,**
- **a gyermek indokolatlanul sokat hiányzik az iskolából/óvodából (EL=4),**
- **testi fejlődése, tápláltsága nem megfelelő, és ez nem indokolható (pl. coeliakia),**
- **a gyermek megjelenése (EL=4), viselkedése, magatartása (EL=3) gyanút kelt [12, 36, 43, 48, 49, 51, 83, 96, 104, 116].**

Elhanyagolás

A gyermek védelembe vételének és családjából való kiemelésének leggyakoribb oka az elhanyagolás, mely lehet szándékos és gondatlan. Sokszor nehéz különbséget tenni az elhanyagolás és a nagyfokú szegénység következményei között. Fő fajtái, amikor nem biztosítják a gyermek számára az alapvető szükségleteket (étel, ruházat, lakhatás, higiénés feltételek), 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 [116, 48, 49, 83, 51, 71, 96, 75].

Ajánlás3

Az elhanyagolás gyanúját bármely, a következőkben felsorolt körülmény megerősíti (Ajanlás rangsorolás: 2++) Alapvető szükségletek (EL=4):

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

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

Alultáplálás, fejlődésbeli elmaradás esetén az organikus okok kizárása után fel kell vetni az elhanyagolás gyanúját. Az előírt diéta be nem tartása, indokolatlan diéta erőltetése szintén gyanút kelt. A gyanú felvetése esetén fontos tisztázni, hogy a diéta be nem tartásának oka tudatlanság, kellő információk hiánya, vagy szándékosság, illetve gondatlanság, netán a család anyagi nehézséggel is küzd. A szülők hitéleti vagy meggyőződésbeli magatartása is (pl. fényevő szekta, de idetartoznak az elhanyagolás enyhébb formái pl. orvosilag nem alátámasztott tápanyagmegvonás) vezethet súlyos alultápláláshoz. Minden esetben a család megsegítése az alapvető szempont. A kornak nem megfelelő ételek adása, egészségtelen, káros ételek túlzott fogyasztása is felveti az elhanyagolás gyanúját.

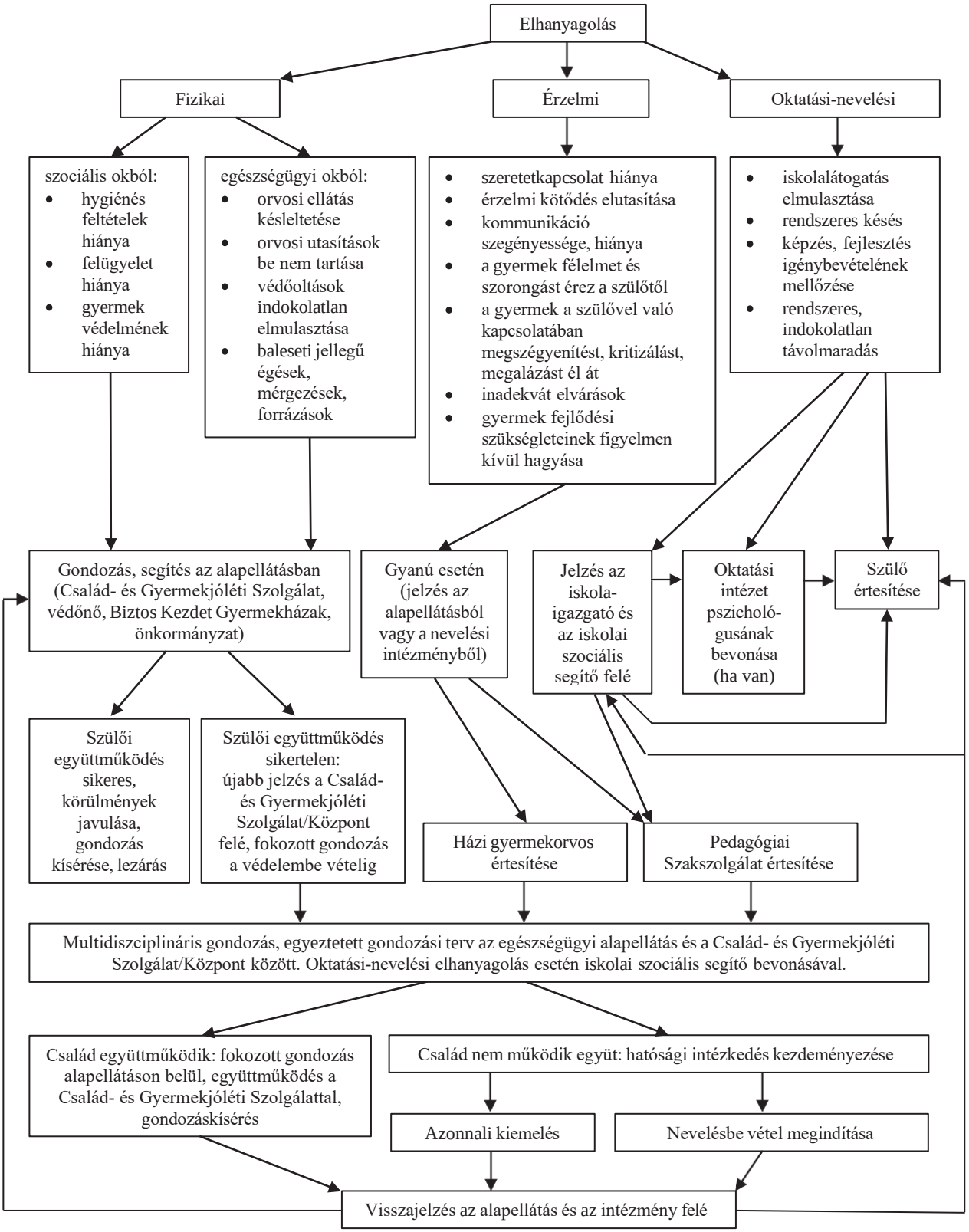
Megfelelő felügyelet hiánya (**EL=**3)

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

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

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

2. ábra: Az elhanyagolás folyamatábrája [saját szerkesztés]



Érzelmi elhanyagolás:

Az érzelmi elhanyagolás jellemzői:

- szeretetkapcsolat hiánya,
- érzelmi kötődés elutasítása,
- kommunikáció szegényessége, hiánya,
- a gyermek félelmet érez a szülőtől,
- a gyermek a szülővel való kapcsolatában megszégyenítést, kritizálást, megalázást él át,
- inadekvát elvárások,
- a gyermek lelki fejlődési szükségleteinek figyelmen kívül hagyása,
- a gyermek fejlődési szintjének figyelmen kívül hagyása, nem megfelelő módon való reagálás.

Oktatási-nevelési elhanyagolás:

Indokolatlan hiányzások az iskolából/óvodából (**EL=**4)

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

Bántalmazás

Fizikai bántalmazás

Ajánlás4

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

Általános jellemzők (**EL=**2+):

- a gyermeken az előadott magyarázattal nem indokolható sérülések, hegek nyomai láthatók,
- a sérülések önálló helyváltoztatásra nem képes gyermeken láthatók,
- többszörös, különböző gyógyulási stádiumban lévő sérülések,
- szimmetrikus sérülések,
- sérülések a ruházat által fedett területeken (hát, mellkas, has, hónalj, genitális területek),
- sérülések a szem körül, fülön, arcon,
- lekötözés nyomai (nyakon, csuklón, bokán) [12, 36, 48, 49, 51, 59, 65, 69, 71, 83, 94, 104, 116,],
- jellegzetes égésnyomok.

Fizikai bántalmazás speciális esetei:

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

Bántalmazásra gyanús, ha a sérülés:

- önálló helyváltoztatásra nem képes gyermeken észlelhető,
- kéz, kötél, bot, markolás, egyéb eszköz nyomait mutatja, [65]
- emberi harapás nyoma (**EL=**4), kivéve, ha azt másik kisgyermek okozta, állati harapás inkább elhanyagolásra utal,
- szimmetrikus eloszlásuk van,
- többszörös vagy csoportos sérülések,
- több, különböző időpontban keletkezett sérülések nyomai,
- hasonló alakú és méretű sérülések,
- a ruházat által fedett részeken vannak (hát, mellkas, has, hónalj, nemi szervek),
- lágy részek – szem, fül, arc, farpofa – sérülései,

- lekötözés nyomai a csuklón, bokán,
- fojtogatás nyomai a nyakon,
- fojtás, fulladás [64], ritka és gyakran halálos sérülés (az esetek kevesebb mint 10%-ában bizonyítható szándékosság). Visszatérő fojtogatási kísérlet előfordulhat Münchausen by proxy esetén [6, 47].

Hőhatás okozta sérülések:
Égés, forrázás (**EL=**2+) bekövetkezhet mind elhanyagolás, mind szándékos károkozás következtében.
Bántalmazásra utal, ha:
- a sérülés körülményei hiányoznak vagy összeegyeztethetetlenek a sérüléssel,
- ha a sérülések önálló helyváltoztatásra nem képes gyermeken láthatóak,
- ha olyan lágyrészeken vannak, melyek forró tárggyal való érintkezése balesetben nehezen elképzelhető, pl. kézhát, talp, hát, farpofa, [101]
- valamilyen eszköz formájára utal, pl. cigaretta, fém eszköz, (leírását lásd a 65. számú irodalomnál) [65]
- erőszakos vízbemerítésre utal, pl. forrázás nyomai a farpofán, gáton, alsó végtagokon,
- kesztyű vagy zokni alakú forrázás a kezeken, illetve lábakon,
- szimmetrikus alakú forrázás,
- a leforrázott terület éles határú [48, 49, 51, 65, 71, 83, 99, 116].

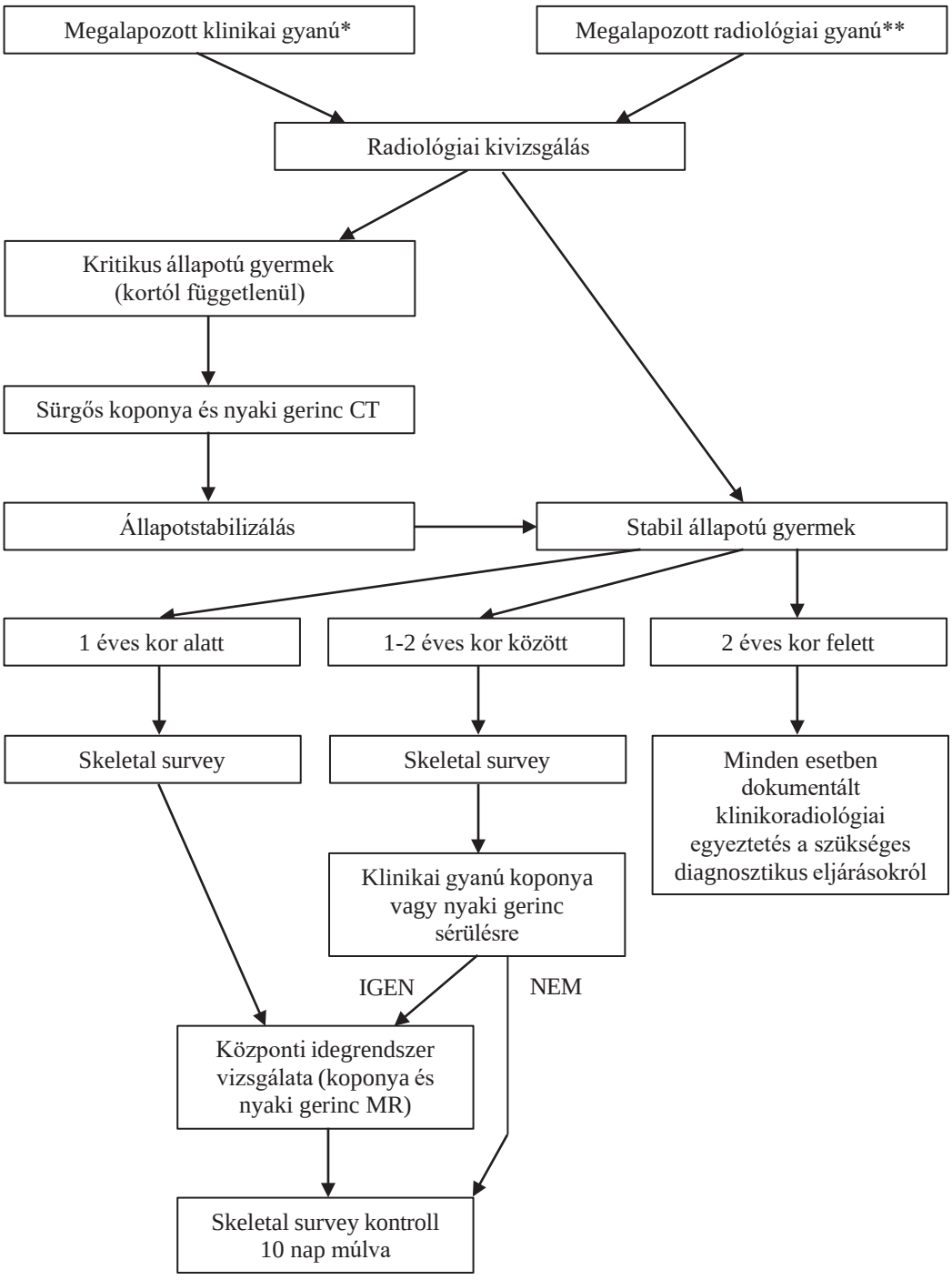
Fagyás (**EL=**4):
hypothermia felveti elhanyagolás/bántalmazás gyanúját, ha nincs elfogadható magyarázat.

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

Csonttörés (**EL=**2+):
Bizonyos betegségek (pl. osteogenesis imperfecta, osteopenia) kizárása után bántalmazásra utal, ha [12, 36, 44, 62, 69, 94, 116]:
- többszörös, különböző gyógyulási stádiumban lévő törések vannak,
- korábbi csonttörések radiológiai jelei (callus) láthatók,
- a sérült gyermek 18 hónaposnál fiatalabb,
- a radiológiai vagy csontszcintigráfiás vizsgálat rejtett törésekre utal,
- bizonyos speciális helyeken következik be.

Speciális csonttörések, melyek bántalmazásra utalnak (**EL=**2+):
- bordatörés, ha nincs egyéb balesetre utaló sérülés, ha többszörös a törés,
- combcsonttörés csecsemők, illetve a még járni nem tudó gyermekek esetében,
- a combcsont haránttörése a leggyakoribb típus mind baleset, mind bántalmazás esetén,
- 15 hónaposnál fiatalabb gyermekek esetében a combcsont spirális törése a leggyakrabban bántalmazás miatt következik be,
- felkartörések kb. fele bántalmazás következtében jön létre, a supracondiláris törések főleg baleset következményei,
- hosszú csöves csontok speciális metaphysis törése („bucket handle") csecsemő-, illetve kisdedkorban,
- törés nélkül megjelenő koncentrikus óriás callus (subperiostealis hematomára utal),
- koponyacsontok törése az esetek kb. harmadában igazolható bántalmazás,
- gerinc (**EL=**2++), medence, kéz és láb, állkapocs, szegycsont törései bekövetkezhetnek bántalmazás következtében is, kivéve, ha súlyos baleset következtében lépett fel. Megfelelő radiológiai vizsgálat szükséges [44].

3. ábra:
A radiológiai vizsgálatok folyamatábrája [saját szerkesztés]



* Kétéves kor alatt radiológiailag megalapozott a gyanú egy magas specificitású vagy egynél több közepes és alacsony specificitású szkeletális sérülés fennállása esetén, a látott sérüléssel inkongruens anamnézis esetén vagy központi idegrendszer vizsgálata során látott több, eltérő időben keletkezett sérülés esetén.

** Kétéves kor alatt egy magas specificitású vagy egynél több közepes/alacsony specificitású szkeletális sérülés fenállása, a látott sérüléssel inkongruens anamnézis vagy központi idegrendszer vizsgálata során látott több, eltérő időben keletkezett sérülés.

4. táblázat: *Kulcssérülések 2 éves kor alatt* [saját szerkesztés]

Kulcs-sérülések 2 éves kor alatt		
Magas specificitás	Közepes specificitás	Alacsony specificitás
Metafízis-törés (sarok és bucket-handle)	Többszörös (kétoldali) törések	Subperiostealis callus
Bordatörés (hátsó-oldalsó ív)	Eltérő idejű törések	Kulcscsonttörés
Lapockatörés	Luxatio	Csöves csontok diafízis-törése
Processus spinosus törés	Csigolya test törés és subluxatio	Vonalas koponyatörés
Szegycsonttörés	Ujjak törései	
	Komplex koponyatörés	

Bántalmazás esetén a radiológiai kivizsgálás menetének leírása lásd XI. MELLÉKLET fejezet 1.2. pontjának 6. mellékletében:
A képalkotó diagnosztika feladata fizikai gyermekbántalmazás alapos gyanúja esetén az egyértelmű vagy okkult sérülések kimutatása, a sérülés keletkezési idejének és mechanizmusának megítélése és a sérülés gyógyulásának nyomonkövetése.
Az egészségügyi szakmai irányelv radiológiai szakaszának célja, hogy a felmerült fizikai bántalmazás kivizsgálása országosan egységes módszertannal, minőséggel és hozzáállással történjen.

Ajánlás5

Amennyiben mellkasi vagy hasi sérülés gyanúja is felmerül, úgy a helyi, baleseti okból bekövetkezett sérülés kivizsgálásáról szóló eljárásrend követendő, a kivizsgálás menetének az alábbi szempontokat kell figyelembe venni: (Ajánlás rangsorolása: 2+)

- A kivizsgálás középpontjában a – jó eséllyel abúzuson átesett – gyermek áll. Ennek megfelelően a kivizsgálást úgy kell megszervezni, hogy a lehető legkevesebb helyváltoztatással és a lehető legrövidebb időn belül, gyermekbarát körülmények között történjen.
- A csontváz és a központi idegrendszer vizsgálatát a gyanú felmerülését követően minél hamarabb, de legkésőbb 72 órán belül el kell végezni.
- A csontváz vizsgálatához szükség van a vizsgálandó terület immobilizálására, ebben – amennyiben a klinikai személyzet megítélése szerint nem jelent közvetlen veszélyt a gyermekre – elsősorban a szülő segítségét kell igénybe venni, ha ez nem lehetséges, a radiológia munkatársai segédkeznek. Szükség esetén – a helyi eljárásrendeknek megfelelően, a diagnosztikus érték javítása érdekében – bódítás vagy szedáció is igénybe vehető.
- A felvételek értékeléséhez két radiológus szükséges (két gyermekradiológus vagy egy gyermekradiológus és egy traumás esetekben járatos felnőtt radiológus), akik a felvételek elkészülését követően, legkésőbb 72 órán belül elkészítik a konszenzuson alapuló leletet.
- A sérült vagy kérdéses testtájak és a mellkasi felvételek utánkövetése az első vizsgálattól számított 11–14. napon történik.
- A központi idegrendszer vizsgálatához – a gyermek korából fakadóan – szükség van szedációra, így a gyermek aneszteziológus team-et érdemes a gyanú felmerülésekor bevonni a kivizsgálás szervezésébe.
- Az MR- vagy CT-vizsgálatok értékelését az elérhető, intracranialis és spinalis sérülésekben legjáratosabb radiológus végezze!

5. táblázat: *Felsorolás a teljes csontvázröntgen vizsgálatához („skeletal-survey")* [saját szerkesztés]

Teljes csontváz vizsgálata – Skeletal-survey
Koponya AP és oldal (nyaki gerinccel együtt) **, ***
Humerus AP *
Ulna és radius AP
Kéz PA *
Femur AP *

Teljes csontváz vizsgálata – Skeletal-survey
Tibia és fibula AP *
Láb AP *
Mellkas AP, lateralis és 2 ferde (bordák) *
Lumbosacralis gerinc és medence AP **
Lumbosacralis gerinc oldal **

* páros csontoknál mindkét oldal
** gyanú vagy sérülés esetén oldalirányú felvétel is!
*** Koponya- és nyakigerinc-CT esetén a koponya Röntgen elhagyható

Koponyán belüli sérülések (**EL=**2++)
Ha az előzményben nem szerepel súlyos baleset vagy az elváltozást indokoló betegség, bántalmazás feltételezhető az alábbi esetekben:
- nincs vagy nem egyértelmű az anamnézis,
- 3 évnél fiatalabb gyermek,
- egyéb sérülések is társulnak, pl. retinavérzés, borda- vagy hosszú csöves csontok törése,
- többszörös subduralis haematoma (subarachnoideális vérzéssel vagy anélkül; az agy hypoxiás károsodásával vagy anélkül).

Megrázott gyermek szindróma (SBS/AHT) (**EL=**2++)
Többszörös sérülés fordulhat elő: subduralis haematoma, koponyatörés, szemen belüli vérzés, extrém esetben a gerincvelő sérülése, bordák törése. Igen nehéz felderíteni, mert sokszor nincs külsérelmi nyom [12, 37, 62].

Szem sérülései (**EL=**2+)
Retina vérzése vagy sérülése bántalmazásra utal, kivéve, ha az előzményben súlyos baleset, szülési sérülés vagy olyan betegség szerepel, amely indokolhatja az elváltozást. Különösen gyanút kelt, ha a bevérzés mindkét szemen, illetve retinán észlelhető [40, 45, 116, 117]. Súlyos megrázás esetén előfordulhat retinoschisis, mely vaksághoz vezet. A retina sérülése viszonylag ritka, ezért az SBS/AHT legmegbízhatóbb tünetének tekintik [70, 113].
A differenciál diagnózist segítő közelmúltban validált értékelési szempont, mely a PediBIRN-7 elnevezést viseli. [67] Alkalmazható a 3 évesnél fiatalabb, akut fejsérült, intenzív ellátásra kórházba kerülő gyermekekre.
A hét értékelési szempont:
- Bármilyen klinikailag jelentős légzési elégtelenség a felvétel előtt.
- A gyermek törzsét, fülét (füleit) vagy nyakát érintő bármilyen zúzódás TEN (Torso, Ear, Neck).
- Bármilyen SDH, amely kétoldali vagy a félteke közötti teret érinti.
- Bármilyen koponyatörés(ek), kivéve az izolált, egyoldali, nem diasztatikus, lineáris, parietális koponyatörést.
- Pozitív csontvázvizsgálat: például bordatörés(ek) és/vagy klasszikus metafizis sérülés(ek) törése(i).
- Retinoschisis vagy retinavérzés sűrű, kiterjedt és/vagy az ora serrata-ra kiterjedő retinavérzés.
- Bármilyen agyi hipoxia, iszkémia vagy duzzanat [67].

A PediBIRN-7 korábbi változata a PredAHT (Predicting Abusive Head Trauma) diagnosztikai mérőrendszer esetében a hatásvizsgálatok szerint, ha háromnál több tünet van jelen egy esetnél, akkor az AHT becsült valószínűsége meghaladta a 81,5%-ot [23].

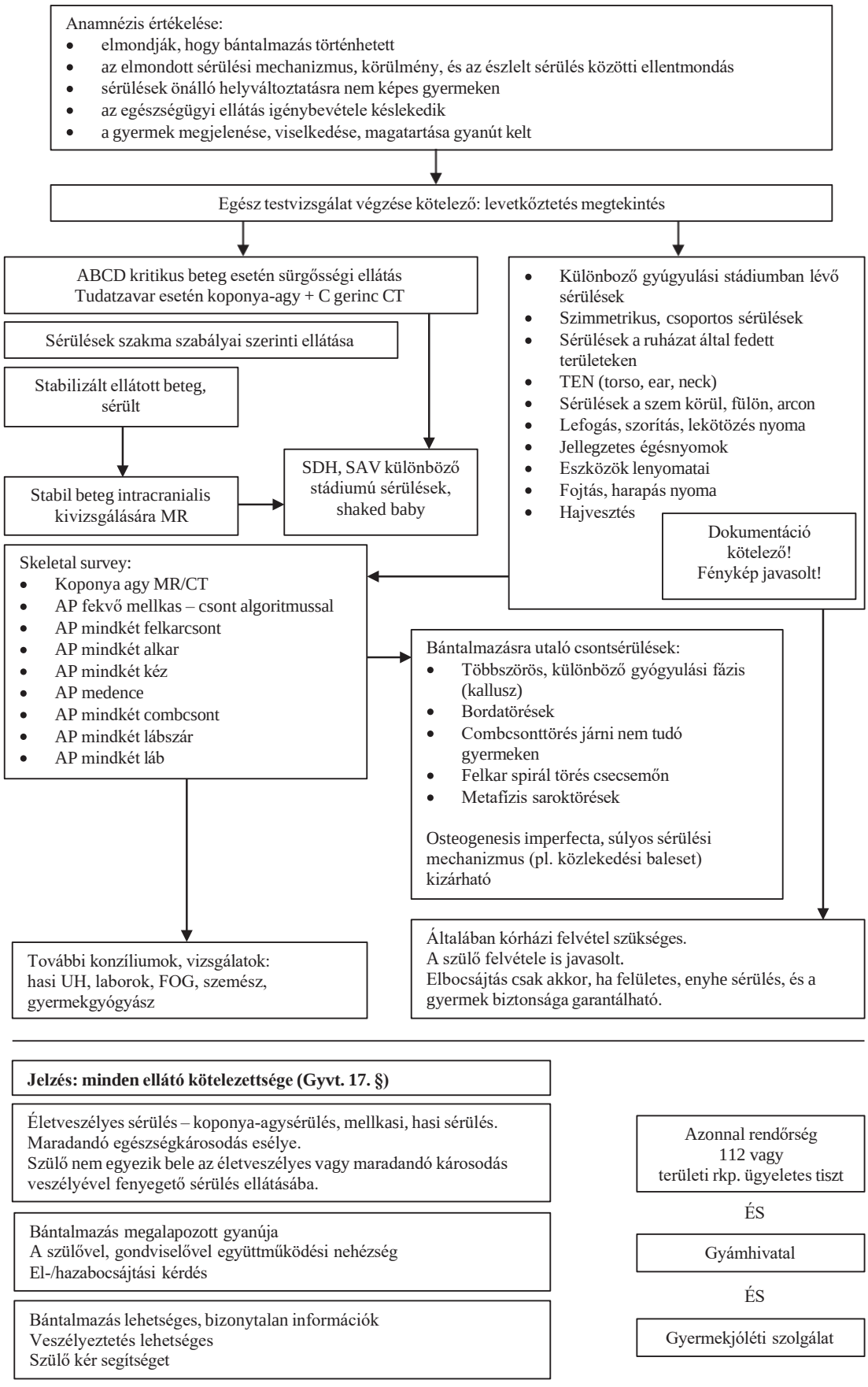
Belső szervek sérülései (**EL=**2-)
A mellkas és has belső szerveinek sérülései bántalmazásra utalnak, kivéve, ha előzményben súlyos baleset szerepel. Különösen gyanús, ha a sérülés körülményeire nincs elfogadható magyarázat, vagy ha az ellátás késedelmet szenved. Ezeket a sérüléseket nem mindig kíséri egyéb sérülés vagy külsérelmi nyom.

Szájsérülések (**EL=**2+)
A száj sérülései bántalmazásra utalnak, ha a sérülés körülményeire nincs vagy nem elfogadható a magyarázat. Szexuális bántalmazás során is előfordulhatnak sérülések a szájban [12, 36, 44, 48, 49, 51, 59, 62, 69, 71, 83, 94, 99, 116].

A fizikai bántalmazás gyors felismeréséhez a magas érzékenységgel, jó specifitással rendelkező mérőeszköz a „TEN-4 FACES P" horzsolási szabály használata javasolt. A súlyos fizikai bántalmazást megelőzően gyakran tapasztalhatók úgynevezett előjelző sérülések, melyek észlelése esetén elkerülhető a súlyosabb bántalmazás [84, 85]. A 4 évesnél fiatalabb, zúzódásos sérüléseket elszenvedett gyermekekre alkalmazható. A későbbi súlyos fizikai bántalmazást elszenvedő gyermekek 28–64%-ának volt olyan korábbi „jelző" zúzódása, amelyet a gyermekellátást biztosító szakember figyelmen kívül hagyott vagy jelentéktelennek ítélt. TEN régiók (törzs, amely magában foglalja a mellkast, a hasat, a hátat, a feneket és az urogenitális területet; fül; és nyak) mellett kiegészítették a frenulum sérülésével valamint a fül, a nyak, az állkapocs szöge, az arc (húsos) része, a frenulum és a fenék zúzódásaival.

Gyermekbántalmazás és -elhanyagolás gyanúja esetén, sérülések, elváltozások kapcsán a következő adatok dokumentálását tartjuk fontosnak: lásd XI. MELLÉKLET fejezet 1.2. pontjának 5. melléklete.

1. ábra: Fizikai bántalmazás folyamatábrája [saját szerkesztés]



Szexuális bántalmazás

A tapasztalat azt mutatja, hogy az első esemény és a bejelentés között több hónap, esetleg évek is eltelhetnek (a hosszú bejelentési idő hátterében gyakran megfigyelhető a gyermek hiányos tudása arról, hogy mi a„normális", mi az elfogadható magatartás, illetve az ami vele történt az elfogadhatatlan). A segítségkérést gyakran nehezíti az is, hogy a gyermeknek sokszor bűntudata van, szégyelli magát, fél saját maga és családja széthullásától, megbélyegzésétől, fél az elkövetőtől, ugyanakkor annak elvesztésétől is [7, 18, 26, 80, 112, 116].

Ajánlás6

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

A támogató egészségügyi környezet lehetővé teszi az egészségügyi szolgáltatók számára, hogy hatékony ellátást nyújtsanak, és minimalizálják az áldozatok szégyenérzetét, szorongását és félelmét a meghallgatások és vizsgálatok során. Gyakori az áldozat hibáztatása, mely gátolja a felismerést és a hatékony ellátást.

Ajánlás7

Szexuális abúzus gyanúját kell felvetni, ha az alábbi a)–e) pontokban foglaltak valamelyikét észleli a gyermeket ellátó személy (Ajánlás rangsorolás: 2+).

a. A végbél és genitális terület tünetei, jelei, sérülései, fertőzései (**EL**=2+)

- külső nemi szervén vagy a végbél körüli területén, gáttájékon sérülés (zúzódás, duzzanat, hámsérülés – felmaródás, horzsolás, berepedés) látható, és nincs vagy elfogadhatatlan a magyarázat,
- a végbél és a nemi szervek fájdalma, váladékozása, viszketése, vérzés, folyás,
- a hymen sérülése,
- folyamatos vagy visszatérő tünetek (vérzés, folyás) észlelhetők, és különösen, ha a tüneteket orvosilag nem magyarázható pszichés/magatartásbeli változások kísérik,
- a végbélen 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.

b. Szexuális úton terjedő betegségek (**EL**=2+)

Kizárandók a dokumentáltan szülés során vagy vérkészítmény útján, vagy a családban bekövetkező nem szexuális úton történt fertőzések, valamint a kortársak közötti beleegyező szexuális kapcsolat során történő fertőzések. (Magyarországon 12 év a beleegyezési korhatár.)

6. táblázat: *Beleegyezési korhatár és büntethetőség* [saját szerkesztés]

idősebb fél → fiatalabb fél ↓	**12 év alatt**	**12–14 év között**	**14–18 év között**	**18 év felett**
12 év alatt	nincs büntetőjogi felelősség	nincs büntetőjogi felelősség	szexuális erőszak	szexuális erőszak
12–14 év között		nincs büntetőjogi felelősség	nem büntetendő	szexuális visszaélés
14–18 év között			nem büntetendő	csak minősített esetekben büntetendő *
18 év felett				nem büntetendő

*: A vele kapcsolatban fennálló hatalmi vagy befolyási viszonnyal való visszaélés.

Szexuális abúzusra utalhat, ha egy 14 éves vagy fiatalabb fiú vagy egy lány:
- hepatitis B-fertőzést kap,
- anogenitális régióban szemölcs, condyloma acuminatum észlelhető,
- gonorrhoea, chlamydia, syphilis, genitális herpes, hepatitis C, HIV, trichomonas, *Mycoplasma genitalium* fertőzést kap.

A fentiek mellett beleegyezési korhatár fölött is szexuális abúzusra utal, ha a szexuális partner:
- családtag vagy közös háztartásban él (kiemelendő a vérrokonok közötti tiltott szexuális viszony)
- visszaél mentális, hatalmi vagy bizalmi helyzetével (pl. tanár, edző, gondozó, pap),
- a fiatalt kihasználja, kizsákmányolja.

c. Várandósság adolescens korban (**EL**=4)

Szexuális abúzusra utal, ha:
- 14 évnél fiatalabb lány várandós,
- beleegyezési korhatár (12 év) feletti fiatal lány várandós és a feltételezhető apával, közeli rokonnal, idősebb testvérrel való kapcsolata (vérrokonok közötti tiltott szexuális viszony) vagy alárendelt/bizalmi helyzet következtében jön létre, pl. tanár, edző, gondozó, pap,
- feltételezhető, hogy a fiatalt kizsákmányolják (emberkereskedelem áldozata),
- feltételezhető, hogy a szexuális kapcsolat nem beleegyezéssel jött létre.

d. Pszichoszomatikus, pszichiátriai tünetek, magatartási, személyiségfejlődési zavarok (**EL**=2+)
- enuresis, encopresis,
- korának nem megfelelő szexualizált viselkedés,
- visszatérő fejfájás,
- öngyilkossági kísérlet,
- droghasználat,
- vizsgálat során extrém viselkedés [7, 18, 26, 48, 49, 51, 71, 80, 83, 112, 116].

e. Speciális szexuális bántalmazás:

A migrációs krízis során hazánkban is letelepedtek menekültek, akik Afrikából, Közel-Keletről érkeztek, ahol a lánygyermekeknél sok évszázados tradíció részeként végzik női nemi szervek megcsonkítását, más néven női körülmetélést. Ez sok szenvedést, életre szóló problémákat okozhat. Ez a gyakorlat bántalmazásnak, a gyermekjogok megsértésének és a legtöbb országban törvényellenesnek minősül [92].

Ajánlás8

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

Ajánlás9

Szexuális bántalmazás/erőszak gyanúja esetén javasolt az alábbi vizsgálatok elvégzése (EL=4).
A vizsgálatok jelentős része átfedést mutat a fiúk és a lányok között.
- **terhességi teszt,**
- **szexuálisan terjedő betegségek (STD) szűrése: szifilisz, HIV, hepatitis B, chlamydia, gonorrhoea, HPV, *Mycoplasma genitalium*, genitalis herpes, trichomonas,**
- **72 órán belül az igazságügyi orvostani vizsgálathoz szükséges váladék levétele a szájból, hüvelyből, végbélből, hímvesszőről; valamint köröm alatti kaparék, hajszál, szennyezett ruhadarab lezárt borítékba helyezése [7, 26, 39, 112, 127]. (Ajánlás rangsorolás: 2+)**

A fenti vizsgálat után továbbiakban javasolt: [3, 20, 24, 25, 27, 46, 57, 114]
- amennyiben a szexuális bántalmazás 72 órán belül történt, javasolt a korai HIV poszt-expozíciós profilaxis (PEP), majd ezt 28 napig folytatni kell,
- szintén 72 órán belüli bántalmazást követően javasolt az STI-vel fertőzötteknél az antibiotikum profilaxis, majd 2 hét elteltével újabb szűrés szükséges,
- javasolt a HPV vakcináció az erőszak után 9-14 éves kor között [112],
- a hatékony beavatkozási idő a nem kívánatos terhességek esetében a korábbi 72 óráról 120 órára nőtt.

7. táblázat: *Szexuálisan bántalmazott fiatalkorú nőgyógyászati ellátásának menete* [124, 125]

Kórelőzmény felvétele
– részletes orvosi és szociális anamnézis
– bántalmazás körülményeinek részletes leírása (sértett saját szavainak rögzítése)
– támogató környezet, egyszerű nyelvezet, biztonságot nyújtó attitűd
Fizikális vizsgálat
– teljes test vizsgálata szükséges
– lehetséges bántalmazásra utaló jelek, sérülések felkutatása
– nemi szervek részletes vizsgálata, kolposzkópia
Váladék mintavétel
– vizelet-, terhességi teszt
– hüvelyváladék – STD-szűrés céljából
– spermiumkutatás – mintavétel több helyről (lányok: száj, a hüvelybemenet/hymenalis gyűrű, hüvelyboltozat, nyakcsatorna, végbélnyílás; fiúk: száj, gát bőre, hímvessző, végbélnyílás)
Ellátás
– sérülések sebészi ellátása
– szükség esetén sürgősségi fogamzásgátlás
– STD profilaxis – gyógyszeres kezelés
– szükség esetén Tetanus elleni oltás
Leletek dokumentálása
három nyomtatott példányban
Leletek kiadása
kizárólag hatósági kérésre (rendőrség, ügyészség)
Kontrollvizsgálat
– STD szűrés eredményének ismertetése, szükség esetén további kezelés
– ultrahangvizsgálat
– pszichés támogatás

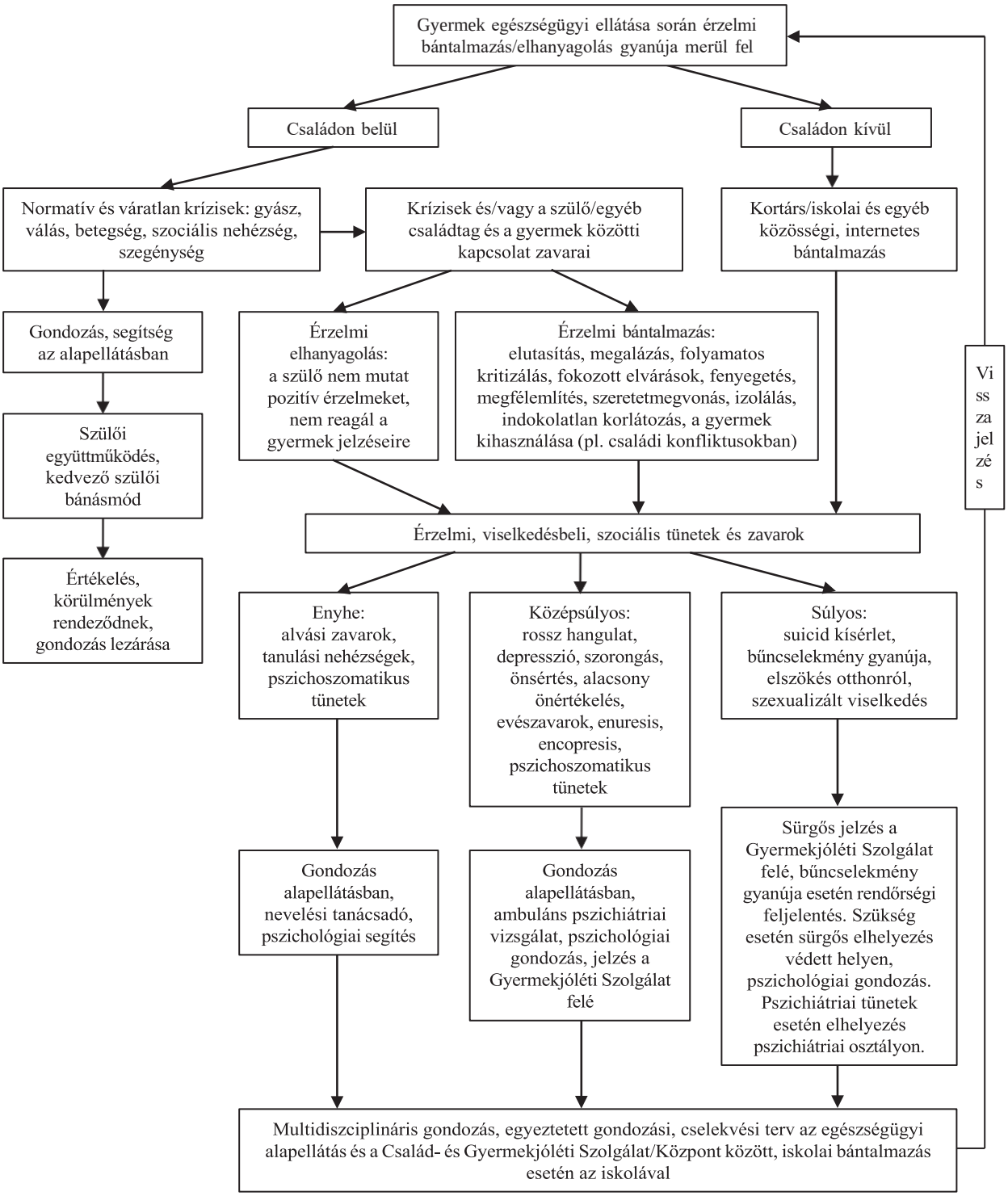
Szexuálisan bántalmazott fiatalok nőgyógyászati vizsgálatának részletes leírását lásd XI. MELLÉKLET fejezet 1.2. pontjának 7. mellékletében [124, 125].

Ajánlás10

Felveti érzelmi bántalmazás gyanúját az alábbi életkortól függő tünetek megjelenése (Ajánlás rangsorolás: 2+).

- Kisgyermekkorban: a kötődési zavarok, örömképesség zavara, az agresszió, stresszes helyzetben a támadó viselkedés, korai evészavarok, egyéb pszichoszomatikus tünetek.
- Kisiskolás korban: kortársakkal való erőszakos viselkedésmódok, tanulási- és beilleszkedési zavarok, pszichoszomatikus tünetek [103].
- Serdülőkorban: antiszociális viselkedés, kortárs és párkapcsolati problémák, evés- és alvászavarok, autoagresszió, zárkózottság, önértékelési problémák.
- Fiatal felnőttkorban: önhibáztatás, a bántalmazó párkapcsolatban a passzív szerep, a védekezési képtelenség, a beilleszkedési és szociális zavarok, az impulzuskontroll hiánya, esetlegesen az antiszociális viselkedés [14, 47].

1. ábra:
Az érzelmi bántalmazás folyamatábrája [saját szerkesztés]



Bántalmazás, illetve elhanyagolás kapcsán fellépő életveszélyes állapotok

Ajánlás11

Az alább *a)–d)* pontban felsorolt életveszélyes állapotok észlelésekor az ellátó személyzetnek fel kell vetnie bántalmazás vagy elhanyagolás gyanúját (Ajánlás rangsorolás: 2+).

a) Életet veszélyeztető epizód – Apparent life threatening event (ALTE) (**EL**=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.

b) Mérgezés (**EL**=3)

Mérgezés előfordulása elsősorban elhanyagolásra utal. Szándékos mérgezés igen ritka, nem találhatók róla evidencia alapú közlemények.

Szándékosságra a körülmények utalhatnak:

- ha nem megfelelő szer szándékos beadása történt, attól függetlenül, hogy a szert korábban felírták,
- ha a 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 ismételten előfordul a családban,
- felveti szándékosság gyanúját a hypernatremia, amennyiben nincs orvosilag magyarázható indok (hányás, hasmenés, tévesen elkészített tápszer) [6, 116].

c) Fuldoklás, nem halálos vízbe merülés (**EL**=3)

- felvetheti szándékosság gyanúját, ha a vízben való elmerülésről hiányzik vagy valószínűtlen az előadott történet,
- elhanyagolásra kell gyanakodni, ha a felügyelet hiánya, vagy a gyermek számára nem biztonságos személy felügyelete vezet a gyermek vízben való elmerüléséhez [43, 48, 49, 51, 71, 83, 116].

d) Betegség előidézése vagy kitalált betegség – Münchausen by proxy – (**EL**=2++) gyanúját veti fel, ha az anamnézis, a tünetek, a vizsgálati leletek és az ismert kórállapot között ellentmondás van:

- a tünetek furcsák, szokatlanok, nem merítik ki a diagnosztikus kritériumokat,
- a tünetek és jelek csak az egyik szülő/gondozó jelenlétében mutatkoznak,
- a tüneteket és jeleket csak az egyik szülő/gondozó észleli,
- a gyógyszerek és a kezelés megmagyarázhatatlanul hatástalanok,
- az egyik tünet megszűnése után jön a következő,
- a szakma szabályainak ellentmondó anamnézis (pl. anamnézisben nagy vérvesztés, miközben a gyermek jó általános állapotban van, és nem anémiás),
- annak ellenére, hogy sem az alapellátás, sem a szakellátás nem állít fel megfogható diagnózist, a szülő/gondozó különböző tünetekkel és panaszokkal keresi fel az egészségügyi szolgálatot,
- nagyon ritka betegség diagnózisát állítják fel, tapasztalt orvosok „sosem láttak még ilyen esetet”,
- gyakran titokban tartja a korábbi vizsgálatokat, eredményeket,
- a gyermek mindennapi élete, pl. iskola-/óvodalátogatás zavart szenved,
- a gyermek indokolatlanul használ gyógyászati segédeszközt (pl. kerekesszék) [6, 47, 49, 83, 116].

Érzelmi, vise-lkedésbeli és szociális funkciók

A gyermekkel való rossz bánásmód valamennyi formája veszélyeztetheti a gyermek viselkedésbeli, szociális, érzelmi és kognitív fejlődését. Korai kezdetű, súlyos, tartós bántalmazás komoly stresszként hat. A bántalmazott gyermekek felnőttkorukban bizonyítottan gyakrabban küzdenek pszichiátriai betegségekkel (szorongás, depresszió, öngyilkos magatartás, addikció) és nagyobb kockázattal követnek el deviáns cselekedeteket (erőszak, bűnözés, prostitúció). A tüneteket befolyásolhatják egyéb tényezők: a gyermek életkora, temperamentuma, személyiségfejlődése, a családi és iskolai környezet, a bántalmazás módja és tartóssága, a rendelkezésre álló egyéb egyéni és kapcsolati erőforrások, esetleges pszichiátriai zavarok. Ezért az egyes áldozatoknál más-más tüneti megjelenést és súlyosságot láthatunk.

A tünetek átfedésben lehetnek pszichiátriai betegségek tüneteivel, egyrészt, mert a bántalmazás gyakran vezet pszichiátriai betegséghez, másrészt a pszichiátriai betegségek, különösen a magatartásproblémákkal járó zavarok maguk is rizikófaktorai lehetnek a rossz bánásmódnak [5, 9, 48, 49, 50, 51, 58, 71, 74, 75, 77, 83, 87, 90, 97, 100, 103, 116].

Ajánlás12

Az alább *a)–c)* pontban részletezett érzelmi, viselkedésbeli és szociális tünetek és zavarok észlelése esetén (melyek függenek a gyermek életkorától) fel kell vetni a gyermekkel való rossz bánásmód – bántalmazás/ elhanyagolás gyanúját (Ajanlás rangsorlás: 2+).

a) Viselkedés, érzelmi állapot (**EL**=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, szülőtől való megfosztás, 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.

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

Ezek lehetnek:

Érzelmi állapotok:

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

Érzelemszabályozási nehézségek:

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

Interperszonális viselkedés:

- válogatás nélkül keres kapcsolatokat, szeretetre éhes,
- túlságosan barátságos idegenekkel, egészségügyi személyzettel,
- agresszív, ellenséges, ellenálló dacos,
- közeledésre gyanakvóvá válik, simogatásra emelt kéztől megijed, elhúzódik,
- nem fiziológiás életkorban jelentkező szeparációs szorongás,
- folyamatosan felhívja magára a figyelmet,
- túlságosan jól viselkedik, nehogy elégedetlenséget váltson ki a szülő/gondozó részéről,
- olyan dolgok miatt is magát tartja felelősnek, amelyek meghaladják az ő hatáskörét,

- megfelelő személytől fél gyengédséget vagy 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 éntudat, az érzések/testi érzetek és az akaratlagosan működtethető funkciók – leggyakrabban emlékezet, mozgás – közötti integráció átmeneti időre, részlegesen megbomlik), pl. elrévedés, érzéskiesés, dezorientáció, bénulás.

b) Egyéb magatartási zavarok

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

*Önsértő magatartás (**EL**=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 (**EL**=3)*

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

*Enuresis, encopresis (**EL**=3)*

- ha szekunder éjszakai vagy nappali enuresis lép fel és ennek nincs sem orvosi, sem egyéb lelki oka nem bizonyítható, bántalmazás gyanúja is felmerül,
- akaratlagos bevizelés, encopresis vagy a széklet ismételt és akaratlagos szétkenése,
- enuresis vagy encopresis epizódja a szülői bántalmazás kiváltója is lehet [88].

*Szexualizált viselkedés (**EL**=2-)*

Prepubertásban lévő gyermek nem a korának 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 (**EL**=3)*

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

c) Szülő-gyermek kapcsolat (*EL*=3)

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

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

Érzelmi bántalmazás gyanúját veti fel, ha a szülő/gondozó **(EL**=2+)

- elutasító, kritizáló, ellenséges, megalázó a gyermekkel szemben,
- ha a szülő kizárólag a gyermek rossz tulajdonságait és a gondozásával kapcsolatos problémákat hangsúlyozza,
- a gyermek korához/fejlettségéhez/képességeihez képest fokozott elvárásokat támaszt (pl. iskolaválasztás),
- túlzott fenyegetés, megfélemlítés, fájdalmas fegyelmezési módszerek,
- a gyermek felhasználása a szülő érdekeinek érvényesítésében (pl. családi konfliktusok),
- a gyermek nem megfelelő szocializációja (pl. törvénytelen cselekménybe való bevonása, izoláció, fejlődésének, tanulásának akadályozása),
- szeretetmegvonással, elhagyással, a gyermek nevelőotthonba adásával való fenyegetés,
- más, a gyermek számára fontos személyek előtti megalázással való fenyegetés,
- nem engedi a gyermeket/fiatalt önállóan az egészségügyi személyzettel beszélni, ha erre van szükség a gyermek/fiatal állapotának felméréséhez,
- indokolatlanul korlátozza az életkorának megfelelő mozgásában, másokkal való kapcsolattartásban [59, 48, 49, 50, 51, 58, 71, 77, 83, 87, 97, 100, 116].

Ajánlások az egészségügyi ellátás során végzendő teendőkkel kapcsolatban [116]

Ajánlás13

Dokumentáció: A gyermeket ellátó egészségügyi személyzetnek pontosan rögzítenie kell, hogy mely szakvélemény, illetve vizsgálati lelet alapján vetődött fel a gyermek bántalmazásának/elhanyagolásának gyanúja (Ajánlás rangsorolás: 2++).

Az egészségügyi szolgáltató dokumentációs kötelezettségével összefüggő szabályokat az Eütv. 136. §-a rögzíti. [35]

Vizsgálathoz és fotó dokumentáció készítéséhez történő hozzájárulás gyermekbántalmazás gyanúja esetén.

A gyermekbántalmazási gyanú alapján megindult eljárások során utóbb kiemelkedően fontos az egészségügyi dokumentáció tartalma, az elvégzett vizsgálatok/rögzített adatok köre és minősége alapvetően meghatározza az eljárások során történő felhasználhatóságukat, elemi erővel hatnak ki az egyes eljárások kifutására.

Amennyiben a szülő/törvényes képviselő a sérült gyermek kivizsgálásához nem, vagy nem minden vizsgálathoz járul hozzá, úgy a következő eljárásrend alapján kell elvégezni a szükséges beavatkozásokat és annak dokumentálását.

Nem invazív beavatkozások elvégzésének nem feltétele a cselekvőképtelen beteg esetében a törvényes képviselőjének hozzájárulása, de azokról előzetesen tájékoztatni kell őt. A második vélemény kéréséhez való jog a szabad orvosválasztás jogának gyakorlása és a gyógyintézet elhagyásához való jog azonban lehetőséget teremthet a gyermek vizsgálat alóli kivonására.

Invazív beavatkozások esetében – amennyiben a gyermek nincs életveszélyben és a beavatkozás hiánya nem vezetne az egészségi állapotában súlyos vagy maradandó károsodáshoz, ezekben az esetekben ugyanis a beleegyezésre nincs szükség vagy azt vélelmezni kell –, amennyiben a szülő nem engedélyezi azok elvégzését, a gyámhatóság azonnali bevonása szükséges, eseti gyám kijelölése válhat indokolttá.

A korlátozottan cselekvőképes kiskorúak esetében továbbá (14. életévét betöltött, de még 18 év alatti páciensek) nehézséget jelenthet az, hogy a kiskorú jognyilatkozatának (beleegyező nyilatkozat) érvényességéhez ilyen esetben a törvényes képviselő aláírása szükséges. Ha azonban éppen a törvényes képviselő bántalmazta, ellenérdekelt lesz a hozzájárulás megadásában. Ilyen esetben a gyámhatóság bevonását kell kezdeményezni, és eseti gyám kijelölése válhat indokolttá.

Közös szülői felügyeleti jog gyakorlása esetén, ha a két szülő álláspontja eltér, az egyik szülő engedélyezi a vizsgálatot, míg a másik nem, úgy a vizsgálat elvégezhető (ilyenkor a beteg egészségi állapotát várhatóan legkedvezőbben befolyásoló döntést kell ugyanis figyelembe venni).

Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú esetén tehát nem utasítható vissza olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be.

Korlátozottancselekvőképesvagycselekvőképtelenkiskorúeseténaháziorvosi,házigyermekorvosi,iskolaegészségügyi ellátás és a védőnői egészségügyi szolgáltatás nem utasítható vissza. Amennyiben az iskolaegészségügyi ellátás a gondviselő által elutasításra kerül, a szülő köteles az elmaradt ellátást a háziorvosi/házi gyermekorvosi ellátás keretében pótolni és annak megtörténtéről igazolást hozni az iskola egészségügyi ellátónak.

Jogszabály jelenleg nem írja elő fényképes dokumentáció készítését és az egészségügyi dokumentáció részeként tárolását testi sérülés, de bántalmazás gyanú esetén sem.

Ennek hiányában a rendelkezésre jogosult (kiskorúak esetében vagy a szülő/törvényes képviselő önmagában nyilatkozik erről, vagy hozzájárulását adja a 14. életévét betöltött gyermek ilyen irányú nyilatkozatához) beleegyező nyilatkozata kell a felvételek elkészítéséhez és tárolásához. A képek készítése így sok esetben meghiúsulhat.

Az orvosi látlelet és vélemény adattartalmát az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről szóló 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet 2. sz. melléklete határozza meg. A jelenlegi szabályozás alapján látlelet továbbá azonban kizárólag hatósági megkeresésre vagy a sérült kérelmére készíthető, amely gyermekkorú esetében a szülő általi kérelmet, vagy a 14. életévét betöltött esetében a gyermek és a szülő/törvényes képviselő együttes kérelmét jelenti. Ennek hiányában is érdemes ugyanakkor a látleletnek megfelelő adatok felvétele és rögzítése az egészségügyi dokumentációban. Egy későbbi eljárás során ez biztosítja azt, hogy az utóbb már más arcukat mutató sérülések is az észlelés pillanatában jól dokumentált módon legyenek felhívhatóak a felelősségrevonás során.

Amennyiben a bántalmazás/elhanyagolás gyanúja megerősítésre kerül, a megerősítő kezelő/ellátó orvos számára szükséges a releváns BNO-kódokat az egészségügyi dokumentációban (pl. ambuláns lap, zárójelentés), a diagnózis mezőben is rögzíteni (lásd XI. MELLÉKLET 1.5. Egyéb dokumentumok fejezet T; X; Y vagy Z betűjellel kezdődő kódok).

A fentiek teljes körű megvalósítása érdekében jogszabálymódosítások indokoltak, ennek hiányában a bántalmazók felelősségrevonása meghiúsulhat, vagy csak enyhébb büntetés szabható ki a nem megfelelő időben és módon dokumentált sérülések okán.

Ajánlás14

Kommunikáció: a gyermek bántalmazása/elhanyagolása igen érzékeny, érzelmekkel telített helyzet, melynek hatékony kezeléséhez az érintettekkel való, az aktuális helyzetnek megfelelő, célzott kommunikáció szükséges (Ajánlás rangsorolás: 2+)

A lehetőségekhez mérten ajánlott a gyermekek meghallgatásához az úgynevezett gyermekmeghallgató házak (Barnahus) vagy gyermekmeghallgató szobák használatát előtérbe helyezni. [124]

Kommunikáció a bántalmazás/elhanyagolás miatt ellátásba került, illetve abban érintett 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. Amennyiben lehetséges, akkor az első beszélgetés női vizsgálóval történjen, különös tekintettel a szexuális jellegű bántalmazás esetén.
- Az attitűd legyen elfogadó, megértő, törekedjünk a gyermek bűntudatának 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, bábuk vagy babák 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 úgynevezett„Stockholm-szindróma") [59]. Ezért a szakember által felajánlott segítséggel sokszor képtelen élni, ami megnehezíti, néha lehetetlenné teszi a segítségnyújtást.

Kommunikáció a szülővel:

- A szülőt tájékoztatni kell a gyermek állapotáról, az elvégzendő vizsgálatokról, emellett a jogi szabályozás által előírt kötelezettségekre is hivatkozni kell.
- Mondjuk el, hogy a jelzés megtétele után több szakember is bekapcsolódik a vizsgálatba, ami az esetleges tévedéseket ki fogja küszöbölni. Cél, hogy a gyermek megkapja a számára szükséges legjobb ellátást.
- Fontos hangsúlyozni, hogy a bántalmazó szülő sokszor maga következményes mentális zavarban szenvedhet, vagy egyszerűen tudatlan, esetleg ártalmas értékrendet követ, és a legtöbb esetben nem tudatosul benne, hogy gyermekének árt. Ha a szülő is humánus és empatikus eljárásban részesül, megfelelő segítséget kap, jó az esély, hogy meg lehet törni az erőszakhoz vezető folyamatot. Meg kell erősíteni a szülőt abban, hogy gyermekével együtt segítségre szorul.
- Ha a szülő az együttműködést megtagadja, el kell magyarázni, hogy ezzel mind a gyermeknek, mind önmagának árt, valamint fel kell hívni a figyelmet annak jogszabályi következményeire [18, 47, 48, 49, 83, 90, 116].

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák):

Teendők az egészségügyi ellátáson túl a társszakmákkal együttműködésben:

Egészségügyi ellátás során a gyermekkel szembeni rossz bánásmód – bántalmazás/elhanyagolás – gyanújának megerősítése esetén bármely egészségügyi szakember, kompetenciájának megfelelő mértékben és módon köteles az egészségügyi ellátás mellett a törvények által meghatározott jelzési kötelezettségnek eleget tenni. Köteles továbbá a hazai törvények és jogszabályok szerinti intézkedések megtételére [2, 31, 48, 49, 51, 61, 72, 83, 98, 112].

Megelőzés:

A megelőzés, gyermekes családok szociális és gazdasági helyzetének javítása az egész társadalom feladata. A Gyermekvédelmi törvény alapelve ellenére sajnos a jelen gyakorlat szerint minden harmadik gyermeket anyagi okokból emelnek ki a családból és kerül szakellátásba [71]. Az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek jobban ismerhetik a gyermek életkörülményeit, több lehetőségük van felmérni az esetleges rizikófaktorokat, mint a járó-, illetve fekvőbeteg-szakellátásban dolgozó szakembereknek. Ennek birtokában az alapellátásban dolgozóknak

a megelőzésre kell törekedni: a kezdeti problémák, életvezetési nehézségek időben történő felismerésével a család fokozott gondozásba vételével megelőzhetik a helyzet súlyosbodását.

Dokumentálás:

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

Mérlegelés:

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

Mérlegelést követően az alábbi álláspontra juthatunk:

Bántalmazás/elhanyagolás kizárható:

- rizikótényezők fennállnak,
- de veszélyeztető magatartás nem igazolható.

Bántalmazás/elhanyagolás igazolható és besorolható:

- Mérsékelt veszélyeztető magatartás: orvosi utasítások be nem tartása, segítség késedelmes kérése, kötelező védőoltások, szűrővizsgálatok mellőzése, védőnői ellátás elutasítása, sérüléssel nem járó testi fenyítés, a vétséggel nem arányos büntetés, indokolatlan óvodai/iskolai hiányzások, túlzott elvárások, a gyermek érzelmi manipulálása, zilált családi körülmények, a szülők alkoholizálása, a gyermek korának nem megfelelő dolgoztatása, a gyermek devianciája stb.
- Súlyosan veszélyeztető magatartás: folyamatos vagy nagyon gyakori elhanyagolás, vagy az életet, egészséget, fejlődést súlyosan veszélyeztető magatartás, nyilvánvaló bántalmazás jelei. Az is súlyos veszélyeztető oknak minősül, ha a gyermeket gondozó szülő (törvényes képviselő) megtagadja az együttműködést az egészségügyi alapellátást nyújtó szolgáltatóval – háziorvossal, házi gyermekorvossal, védőnővel.
- Élet veszélyeztetése: akut életveszély gyanúja vagy hosszú távú/életet veszélyeztető lélektani, fizikai károkozás.

Jelzés:

Az akut ellátás után az eset súlyosságának függvényében az egészségügyi alapellátást végző orvos/védőnő, illetve egyéb egészségügyi intézmény erre kijelölt felelőse (kórházi szociális munkás, kórházi védőnő) köteles jelezni a család- és gyermekjóléti szolgálat felé, az észleléskor azonnal, de legkésőbb három munkanapon belül írásban (fax, e-mail vagy postázás) is.

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

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

A család- és gyermekjóléti szolgálat/központ megküldi a gyermekjóléti alapellátás során felvett adatlapot, környezettanulmányt és gondozási tervet a gyámhivatalnak. A továbbiakban a gyámhivatal a gyermeket védelembe vagy nevelésbe veszi, annak keretében egyéni gondozási-nevelési terv készül, melynek végrehajtásában bevont segítőként szükség esetén az egészségügyi ellátást végzők is szerepet vállalnak. A gyermek családba való visszahelyezéséről a gyámhivatal köteles tájékoztatni a területi egészségügyi szolgáltatót, a gyermek hazaérkezése előtt. A család- és gyermekjóléti szolgálat/központ és a gyámhatóság a gyermek bántalmazása, elhanyagolása miatt jelzést vagy kezdeményezést tevő intézmény, személy adatait erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli.

Teendők a gyermekkel szembeni rossz bánásmód súlyosságának függvényében:

Rizikótényezők fennállnak, de bántalmazás/elhanyagolás nem igazolható:

- A gyermeket háziorvosa és védőnője (területi/iskolai) fokozott gondozásba veszi: segítséget nyújt a gyermek gondozásában, nevelésében, rendszeresen látogatja a családot (1–6 hónap utánkövetés javasolt).
- A védőnő tájékoztatja a háziorvost, aki a szakma szabályai szerint szakellátóhoz irányítja a gyermeket/családot.
- A szülőknél tapasztalható rizikófaktorok esetén egyéni mérlegelés szükséges. Enyhébb krízisek esetén a felvilágosítás, tájékoztatás saját hatáskörön belül. Súlyosabb rizikófaktorok esetén a szülőt orvoshoz, család- és gyermekjóléti szolgálathoz ajánlott irányítani.

- Ajánlatos, hogy az észlelést és tanácsadást követően a védőnő és a háziorvos együttműködve, legkésőbb két 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, illetve az egészségügyi intézmény erre kijelölt szakembere részéről lehetőleg az észleléskor azonnal, de legkésőbb három munkanapon belül írásban (fax, e-mail, vagy azonnali postázás) is.
- Ha a gyermekkel foglalkozó szakemberek a veszélyeztetettség mértéknek növekedését érzékelik, minden alkalommal újabb jelzéseket kell tenniük a család- és gyermekjóléti szolgálat felé, továbbá a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében a gyermeket ellátó háziorvos, házi gyermekorvos és az illetékes területi védőnő köteles egymással együttműködni és egymást kölcsönösen írásban haladéktalanul, de legkésőbb 72 órán belül tájékoztatni kell a fokozott gondozást igénylő esetekről.
- A család- és gyermekjóléti szolgálatnak a jelzést követően az első interjútól számított 15 napon belül kell visszajelzést adnia. A visszajelzés célja az együttműködési keretek és az ellátási garanciák megteremtése. A visszajelző tájékoztatás tartalmazza a kapcsolatfelvételről, annak idejéről és az ügyben megtett intézkedésekről szóló összefoglalást, valamint azt, ha a jövőben a család- és gyermekjóléti szolgálat szükségesnek látja bevonni a jelzést tévőt a szociális segítőmunkába.
- A háziorvos és a védőnő (körzeti/iskolai) együttműködésben az esetet hosszú távon saját hatáskörben is követi (legalább egy 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 látlelet készítéséhez megfelelően, fényképes dokumentációra is szükség lehet), szükség esetén kórházi elhelyezés ajánlott.
- Bűncselekmény gyanúja, illetve nyolc napon túl gyógyuló sérülés esetén az észlelő személyzetnek haladéktalan rendőrségi feljelentést kell tennie (szóban bejelentés a 107/112-re, és azonnal írásban e-mail, vagy azonnali postázás). Ma már valamennyi rendőrkapitányságon áldozatvédelmi referensek teljesítenek szolgálatot. Hatósági megkeresés esetén együtt kell működni a bűnüldöző szervekkel.
- Sürgős jelzés szükséges a család- és gyermekjóléti szolgálat/központ és gyámhatóság felé a háziorvos/védőnő részéről az észlelés napján szóban, és legkésőbb három munkanapon belül írásban (fax, e-mail, vagy azonnali postázás) is. Amennyiben kórházban, egyéb egészségügyi intézményben igazolódik a bántalmazás vagy elhanyagolás gyanúja, az első ellátó orvos köteles ambuláns lapot (lásd fent) készíteni, jelezni a kórházi szociális szakembernek, és az intézmény köteles jelezni a területileg illetékes család- és gyermekjóléti szolgálat felé.
- A család- és gyermekjóléti szolgálat a gyermeket fenyegető közvetlen és súlyos veszély esetén a család- és gyermekjóléti központ értesítése mellett közvetlenül és haladéktalanul tesz javaslatot a hatóság intézkedésére.

Élet veszélyeztetése esetén:

- Teendők: az előbb felsoroltak a következő kiegészítéssel.
- A bántalmazó/elhanyagoló helyzet azonnali megszüntetése, a gyermek kiemelése, biztonságba helyezése (kórház, csecsemőotthon, gyermekotthon, ideiglenes nevelőszülő).

Jelzésre vonatkozó egyéb megfontolások:

A jelzés során„Esetjelző adatlapok”(XI. MELLÉKLET 1.2. pontja szerinti Esetjelző adatlap általános problémák jelzésére; Esetjelző adatlap bántalmazás, elhanyagolás esetén) használata javasolt, ennek hiányában a jelzésnek tartalmaznia kell:

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

A gyermek bántalmazása, elhanyagolása esetén a zártan kezelendő adatok:

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

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

A gyermekek védelmével foglalkozó szakemberek és intézmények tevékenységét össze kell hangolni. A jelzőrendszer működtetéséért a család- és gyermekjóléti szolgálat felel, a visszajelzések mellett az általuk szervezett esetmegbeszélésekre, esetkonferenciákra az egészségügyi szakemberek (háziorvos, védőnő) is meghívást kapnak. Az esetmegbeszélés a problémákat feltáró megbeszélő, illetve a gondozási folyamat feladatellátását egyeztető munkaforma, mely egy adott gyermek ügyében az összes, az aktuális probléma megoldásában érintett szakember bevonásával történik. Az esetkonferenciát egy adott esettel kapcsolatban, a segítő folyamat során akár több alkalommal is, a segített személy, az összes érintett és a lehetséges támaszt jelentő személy, intézmény képviselője részvételével szükséges tartani.

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

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

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

- Ha az együttműködési nyilatkozat kitöltését elutasítja, az elutasítás és annak okának feljegyzése, lehetőség szerint annak szülő általi aláíratása szükséges.
- A szükséges vizsgálat és sürgősségi ellátás ennek hiányában is elvégzendő, ez esetben a szülői felügyelet felfüggesztésének indítványozása indokolt, ilyenkor eseti gyámot/gondnokot jelöl ki a gyámhivatal. Az együttműködés elutasítása természetesen súlyosbító tényező, figyelemmel arra, hogy a Gyermekvédelmi törvény szerint egyéb jelzés hiányában is súlyos veszélyeztető oknak minősül, ha a gyermeket gondozó szülő, más törvényes képviselő megtagadja az együttműködést a háziorvossal, házi gyermekorvossal, védőnővel.

Gyermekjóléti szolgáltatás a családsegítéssel egy szolgáltató – a család- és gyermekjóléti szolgálat (a továbbiakban: gyermekjóléti szolgálat) – keretében működtethető [127]. Polgármesteri hivatalt működtető települési önkormányzat lakosságszámtól függetlenül köteles család- és gyermekjóléti szolgálatot működtetni, járásszékhely (fővárosi kerületi) önkormányzat és vármegyei 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.

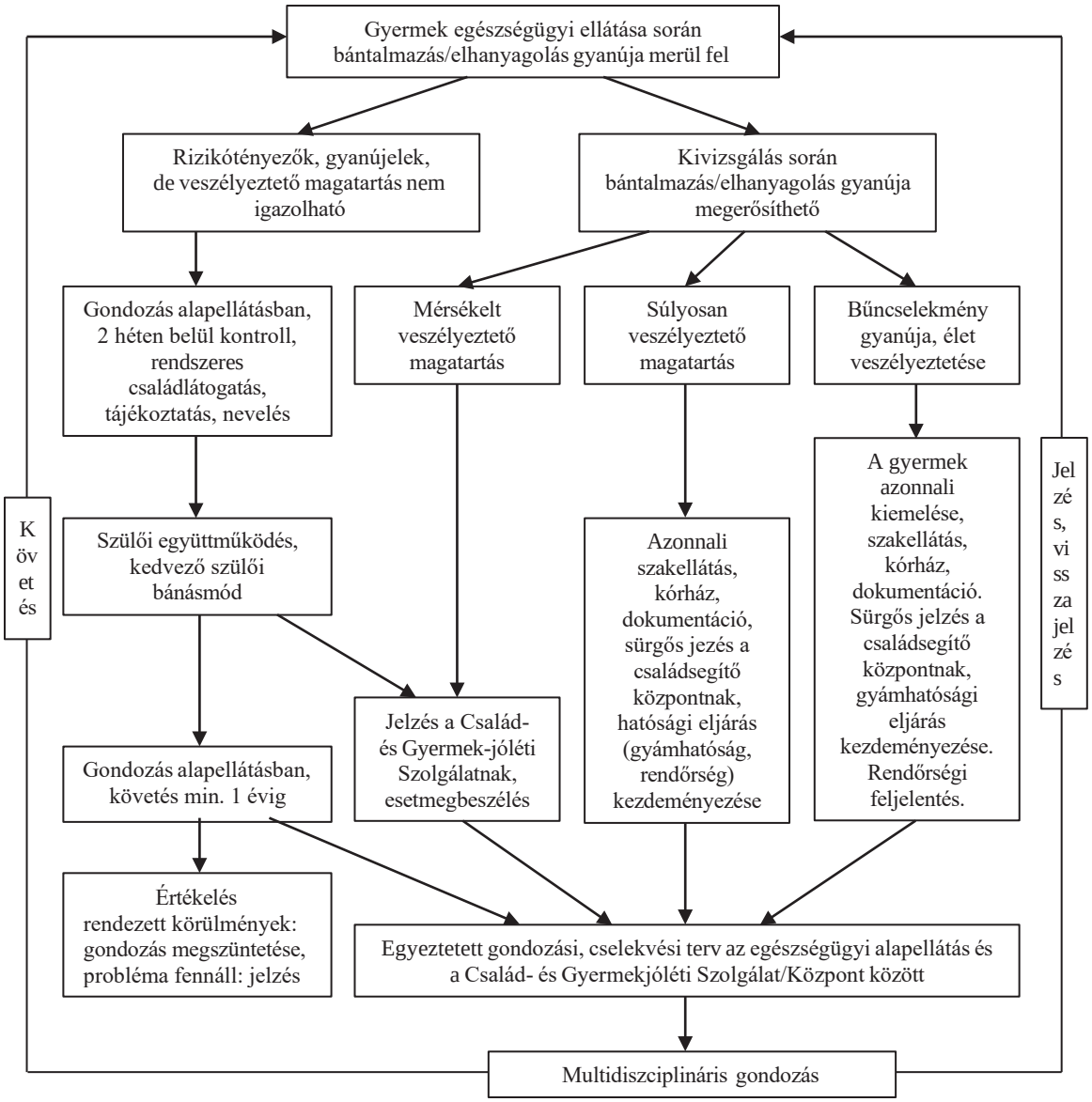
A jelzőrendszeri felelősnek a beérkezett jelzésekről és a megtett intézkedésekről rendszeresen jelentést kell készítenie a család- és gyermekjóléti központ számára. A gyermekjóléti központ feladata a hatósági feladatokhoz kapcsolódó gyermekvédelmi tevékenység (esetfelelősi funkció), valamint a speciális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

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

2017. január 1-jétől a Gyermekvédelmi törvény új elemeket vezetett be a hatékonyabb jelzőrendszeri munka érdekében. A jelzőrendszer működtetése során – a helyi és járási szint mellett – a gyermekvédelmi és gyámügyi feladatkörben eljáró vármegyei/fővárosi kormányhivatalok kijelölésével rögzítésre került a harmadik szint, amelynek feladata az észlelő- és jelzőrendszer jogszabályban meghatározott működésének [127] elősegítése. Ennek keretében szakmai támogatást nyújt a járási család- és gyermekjóléti központok jelzőrendszeri tanácsadóinak, valamint a jelzőrendszeri tanácsadók részvételével évente egyszer értékelik illetékességi területükön a vármegye/fővárosi gyermekvédelmi jelzőrendszerének működését.

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

2. ábra:
Az ellátási folyamat algoritmusa, a fejlesztők által módosított folyamatábra [6]



VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

A gyermekbántalmazás és -elhanyagolás megelőzése és kezelése sokrétű, az egész társadalmat érintő feladat. A hatékony prevenciós megközelítések közé tartozik a szülők támogatása, a pozitív szülői készségek oktatása, valamint az erőszakos büntetés tilalmára vonatkozó törvények megerősítése. A gyermekek és a családok folyamatos gondozása csökkentheti a rossz bánásmód megismétlődésének kockázatát és minimalizálhatja annak következményeit.

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

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

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

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

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

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

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

Amennyiben az egészségügyi szakember kapacitás megengedi, úgy javasolt az úgynevezett CAP Team-ek (Child Advocacy and Protection Team) létrehozása, melyek segítik a szakterületek közötti kommunikációt és az összetett esetek értékelését. Ők felülvizsgálják a tapasztalt sérülés dokumentációját, kikérdezik a gondviselőket, és ha szükséges a csapat újabb vizsgálatokat rendel el. Csak ezután foglalnak állást konszenzusos formában, hogy a sérülés bántalmazás következtében jött-e létre.

A hazai kórházi szakemberekre való tekintettel a CAP-Team-ek javasolt összetétele:

- gyermekorvos,
- radiológus,
- gyermekszemész (SBS/AHT esetén),
- kórházi védőnő/kórházi szociális munkás,
- klinikai szakpszichológusok/klinikai szakpszichológus jelöltek/pszichiáterek,
- jogász/ügyvéd (családjogi/gyerekjogi szakjogász végzettség, vagy gyermekjogok és gyermekvédelem területén jártas jogász).

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 [116]:

- aggály, hogy kezelhető betegség ellátása elmarad,
- aggály attól, hogy a gondozásukra bízott családokkal való kapcsolat megromlik, bizalmukat vesztik,
- kellemetlen egy szülő/gondozó szavaiban kételkedni, gyanakodni vagy ellene vádaskodni,
- bántalmazás okainak elfogadása,
- annak elfogadása, hogy nem volt szándékos a gyermeknek okozott kár,
- nehéz annak kimondása, hogy valóban bántalmazás/elhanyagolás történt,
- bizonytalanság abban, hogyan fejezzük ki a gyanút, és ezt hogyan említsük a szülőnek, hogyan rögzítsük a gyermek dokumentációjában,

- aggály, hogy az igazságszolgáltatás nem tud segíteni, vagy a gyermek másodlagos viktimizációjához vezet (többszöri meghallgatás, szembesítés, vizsgálat) [38],
- a gyermekvédelmi eljárás a szakembereknek időigényes, és sok stresszel jár,
- az ellátó saját biztonságának védelme (pl. a védőnőnek/orvosnak továbbra is el kell látnia a családot),
- félelem a további panaszoktól, pereskedéstől,
- nehéz kollégáktól segítséget kérni, nincs megfelelő segítség, információ.

Sokan arra hivatkoznak, hogy nem mernek fellépni az agresszív elkövetővel szemben. Azonban ez nem lehet mentség: ha ők félnek, vajon mennyire félhet a gyermek, és őt ki védi meg [112].

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

Jogszabályok írják elő esetmegbeszélések, esetkonferenciák tartását, azonban a gyakorlatban ennek megvalósítása problematikus. Javítani szükséges az érintett társszakmákkal való együttműködést. Az esetmegbeszéléseket gyakorlatiasabbá kell tenni, azokon való részvételt elő kell segíteni az egészségügyi dolgozók (háziorvos, védőnő, kórházi szociális munkás, első ellátó orvos) számára a lehetőségek bővítéseivel, különösen ott, ahol gyermekbántalmazások incidenciája magas.

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

Segítő tényezők:

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

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

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

A Gyermekvédelmi törvény bevezette az 24 órás, ingyenesen hívható országos telefonos szolgáltatást, a Gyermekvédelmi Hívószámot melynek célja bármilyen, a gyermek veszélyeztetettségét jelző hívásra történő szakszerű, hatékony és időbeni reagálás biztosítása és elősegítése, függetlenül a jelzést tevő személyétől és annak jelzési kötelezettségétől. Ugyancsak minden járásban működik a gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálat (éjszaka, hétvégén, ünnepnapokon), amely a közismert számon állandóan hívható a gyermek veszélyeztetettsége, vagy más krízishelyzet esetén. A készenléti szolgálatok minden hívást Hívásfelvételi Adatlapon rögzítenek (lásd XI. MELLÉKLET fejezet 1.2. pontjának 4. melléklete).

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

Javaslatok:

Az egészségügyi szakmai irányelv elkészítését a meglévő továbbfejlesztendő gyakorlatok indokolták – így különösen a jelzési kötelezettség hatékonyságának növelésére, a szociális és egészségügyi ellátórendszer közötti információcsere javítására, a hiányzó monitoring rendszer kialakítására – az alábbi javaslatokat tesszük:

- Javasolt az évtizedeken át az ÁNTSZ, majd a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK) szervezésében jól működő rendszeres – járási, vármegyei, országos – szakfőorvosi szakmai tanácskozások, az úgynevezett csecsemőhalálozási értekezletek hagyományát felelevenítve egy elemző és értékelő szakmai rendszer kialakítása. Az egészségügyi ellátórendszer a halálozási statisztikákon túlmenően is a bántalmazással kapcsolatos információk hasznos forrásául szolgálhat. Amennyiben ugyanis a bántalmazás, elhanyagolás sérülésekkel, alultápláltsággal jár együtt, az orvosi vizsgálatok alkalmasak lehetnek a tünetek okainak feltárására [36]. Ezért az elemző és értékelő rendszerben az ágazaton belül is elemezni lehetne a súlyos bántalmazási és elhanyagolási eseteket is.
- Javasolt a fentiekhez kapcsolódóan, hogy a járási család- és gyermekjóléti központok a jelzőrendszeri problémák feltárása és korrekciója érdekében hatékony és rendszeres kapcsolatot alakítsanak ki részben a járási gyámhivatalokkal, részben a járási hivatalok népegészségügyi szerveivel, mert az ő feladatuk

a szakmai irányelvek, protokollok előírásai végrehajtásának betartatása. Mindezt az alapozza meg, hogy a család- és gyermekjóléti központ összegyűjti a települések észlelő- és jelzőrendszeri felelősei által készített éves jelzőrendszeri intézkedési terveket, továbbá fogadja az összegyűjtött jelzéseket és az azokhoz kötődő intézkedéseket, ezekről évente legalább egy alkalommal értékelést készít. Mindezek alapján statisztikát készít, amely kutatások/elemzések alapjául szolgálhat a jelzőrendszer működési problémáinak feltárására és javítására.

- Javasolt továbbá, hogy a jelzőrendszer harmadik szintjeként kijelölt vármegyei/fővárosi kormányhivatalok gyermekvédelmi jogkörükben hatékonyabban segítsék elő az észlelő- és jelzőrendszer Gyermekvédelmi törvény szerinti működését. Ennek érdekében el kell érni, hogy az éves vármegyei/fővárosi értékelő megbeszélésen a vármegye/főváros valamennyi család- és gyermekjóléti központjának jelzőrendszeri tanácsadója részt vegyen, továbbá meghívást kapjanak a kormányhivatal illetékes főosztályainak képviselői. Így különösen a népegészségügyi főosztály képviselői is, akik közreműködnek az egészségügyi szakmai irányelvek gyakorlati alkalmazásának végrehajtásának értékelésében, mert jelen egészségügyi irányelv ajánlásai megvalósulásának monitorozása elengedhetetlen, arra figyelemmel is, hogy a gyermekek bántalmazása, elhanyagolása a WHO szerint is népegészségügyi kérdés [64].
- Bár a területi védőnői ellátásról szóló rendelet szerint a területi védőnő és a háziorvos/házi gyermekorvos között a jogszabályok együttműködési, kapcsolattartási, közreműködési és értesítési (jelzési) kötelezettséget írnak elő, a gyakorlatban azonban ez sok helyen nem működik. Ezért javasolt, hogy a háziorvos, házi gyermekorvos és a gyermek lakóhelye szerint illetékes területi védőnő között javuljon az együttműködés és a kölcsönös tájékoztatás, különös figyelemmel a fokozott gondozást igénylő esetekre, illetve a rizikó-kérdőív alapján a bántalmazással, elhanyagolással érintett gyermekek esetére.
- Javasolt az ágazaton belüli és ágazatközi rendszeres esetmegbeszélések és esetkonferenciák tartása munkaidőben. Kívánatos, hogy a kiemelten súlyos ügyeket az érintett szakmák közösen tárják és dolgozzák fel. A feldolgozott esetek kerüljenek összegyűjtésre és ezek a későbbiekben legyenek hozzáférhetőek a szakemberek részére. Ez megkönnyítené az irányelv gyakorlati alkalmazását is. Az ágazati alapképzéseken, kötelező továbbképzéseken hangsúlyosan és a gyakorlatra fókuszálva szerepeljen ez a problémakör. Az együttműködés javítása érdekében legyenek közös, szakmaközi tréningek (pl. Gyermekvédelmi tudásközpont) [60].
- Az új elektronikus kommunikációs útvonalak – mint pl. az EESZT – lehetővé teszik, hogy a térben és időben eltérő, adott esetben különböző egészségügyi szolgáltatók által rögzített veszélyeztetési esetek logikailag összekapcsolódjanak. Ezzel a bántalmazás és/vagy elhanyagolás könnyebben, hatékonyabban felismerésre kerülhet.
- A bántalmazott/elhanyagolt gyermekek az egészségügyi ellátás különböző pontjain bukkannak fel a sérülés különböző jellege, a bántalmazott gyermek és családjának regionális mozgása, esetleg az elkövetők szándékossága miatt. Ezért sokszor nem derül ki a valódi probléma, azaz hogy a tünetek hátterében bántalmazás vagy elhanyagolás áll, így az ismétlődés esélye továbbra is fennmarad. A bántalmazás/elhanyagolásmindegészségügyi, mindszociálisadatnakminősül. Agyermeksérülésénekvagybetegségének körülményeire vonatkozó egészségügyi információ a szociális, a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátó rendszer számára informatív, nélkülözhetetlen adat. Ugyanakkor az egészségügyi ellátó számára is fontos információ, ha egy gyermek bántalmazás vagy elhanyagolás okán a szociális, a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátó rendszerben gondozásba került. Ezért szükséges, hogy ez az adat is jelenjen meg az EESZT rendszerben az adatvédelmi szabályok betartása mellett, melyhez törvénymódosítás javasolt.
- A család és gyermekjóléti szolgálatok/központok és az alapellátó orvosok között veszélyeztetés esetén kölcsönös tájékoztatási és együttműködési kötelezettség áll fenn, ezért ajánlatos, hogy az erre vonatkozó, mindenkor hatályos jogszabályok figyelembevétele mellett a gyermekvédelemi Esetvisszajelző lap és Egészségügyi adatlap (GYSZ4) egészségügyi vetülete automatikusan kerüljön be az EESZT rendszerbe az adatvédelmi szabályok betartása mellett.
- Jelenleg a gyermekek elhanyagolására, illetve bántalmazására vonatkozó adatokat a család és gyermekjóléti szolgálatok gyűjtik, továbbá a gyámhatóságok tevékenységére vonatkozó jelentés kitér a hozzátartozók közötti erőszakkal kapcsolatos feladatokra, a védelembe vételt megalapozó gyermekbántalmazásokra, a családból kiemelt gyermekek nevelésbe vételének okaira, pl. szülői elhanyagolás, családon belüli bántalmazás (OSAP 1696, OSAP 1210). A rendőrség összesíti a kiskorúak sérelmére elkövetett bűncselekményeket, köztük a testi sértés különböző megvalósulási formáit, a kiskorú veszélyeztetését, az emberölést. Javasolt lenne az emberölésre vonatkozó adatgyűjtések során elkülöníteni a közvetlenül

a születés után történt emberölések tényállását (újszülöttgyilkosságok). Javasolt az ágazatközi egyeztetés ez ügyben. Az egészségügyben a háziorvosok és házi gyermekorvosok éves jelentésében szerepel az elhanyagolás, illetve elhagyás. A mortalitás külső okai között szerepelnek: közlekedés, mérgezés, esés, termikus trauma, fulladás, öngyilkosság, testi sértés, egyéb. Javasolt, hogy a háziorvosok és házi gyermekorvosok éves jelentésében szerepeljen a bántalmazás is, valamint, hogy a kórházban/ szakrendelésen megjelent betegek esetén az orvosi BNO-kódok mellett szerepeljenek a bántalmazásra/ elhanyagolásra vonatkozó BNO-kódok is, ezzel az egészségügy részéről is javulhat az adatgyűjtés (a 2022-től bevezetésre kerülő új kódrendszer ezt is tartalmazza) [27, 46].

- 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 – pl. mediáció, életvezetési tanácsok – mind az áldozatok, mind az elkövetők számára. Szakemberek sokasága foglalkozik a gyermekekkel való rossz bánásmóddal világszerte, s ennek kiterjedt irodalma is van. Közismert, hogy a bántalmazás, a káros nevelési szokások következményei egy életen át hatnak, sőt generációkon is átívelnek. Az intergenerációs hatások hátterében különféle – szociális, környezeti, genetikai stb. – okok állhatnak. Közös cél, hogy megelőzéssel, az érintett áldozatok és elkövetők megfelelő kezelésével próbáljuk megtörni ezt az ördögi kört [5, 9, 37, 54, 63, 107].

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 fenyítés tilalmát, az még nem mindig elfogadott a társadalom többsége számára. Hosszú nevelési folyamat a társadalom attitűdjének megváltoztatása, melyet az óvodától kezdve valamennyi oktatási intézményre, a civil társadalom valamennyi területére, a médiára, a politikai-társadalmi közbeszédre ki kellene terjeszteni. Az elkövetők segítése is fontos megelőzési módszer, különös tekintettel a konfliktusok nem erőszakos módon történő feloldására. Erőfeszítéseket kell tenni továbbá a média szerepének megváltoztatására, annak érdekében, hogy a közmédiumok aktív szerepet játszhassanak a gyermekekkel szembeni erőszak visszaszorításában, a figyelemfelhívó és tájékoztató kampányokban. A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése tehát világszerte széles körű társadalmi program [37, 54, 105, 123].

1.4. Egyéb feltételek

Törvények, rendeletek, jogszabályok (lásd IX. IRODALOM fejezet)

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet korábbi kiadványai:

- „Sose rázd a kisbabádat” DVD
- Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet, illetve jogutódja a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet gondozásában működő weboldal: www.gyermekbantalmazas.hu
- A TÁMOP 614 Koragyermekkori (0–7 éves) kiemelt projekt anyagai
- Gyermekvédelmi tudásközpont programjai https://childhub.org/hu
- Segítő szervezetek, segélyvonalak listája

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. melléklet: Orvosi látlelet és vélemény
2. melléklet: Egészségügyi adatlap
3. melléklet: Védőnői jelzőlapok
   - I. melléklet – Értesítés védőnői nyilvántartásba, gondozásba vételről
   - II. melléklet – Értesítés eseti ellátás igénybevételéről
   - III. melléklet – Területi Védőnői Jelzőlap (hatósági intézkedés elindításához)
   - IV. melléklet – Területi Védőnői Jelzőlap (általános probléma esetén)
   - V. melléklet – Jelzőlap (bántalmazás, elhanyagolás esetén)
   - VI/a. számú melléklet – Szempontok a Védőnői Környezettanulmány (védőnői helyzetértékelés) készítéséhez
   - VI/b. számú melléklet – Rizikószűrés-kérdőív a várandósok körében
   - VI/c. számú melléklet – Rizikószűrés-kérdőív újszülöttek körében
   - VI/d. számú melléklet – Rizikószűrés-kérdőív gyermekek körében
4. melléklet: Hívásfelvételi adatlap
5. melléklet: Bántalmazás esetén a sérülések, elváltozások leírási útmutatója

6. melléklet: Bántalmazás esetén a radiológiai kivizsgálás menetének leírása
7. melléklet: Szexuálisan bántalmazott fiatalok nőgyógyászati vizsgálatának ajánlott menete

2.3. Táblázatok

1. táblázat: A 0–17 éves gyermekek összesített bántalmazási adatai 2020–2022 Magyarország [32]
2. táblázat: Veszélyeztetett, bántalmazott, elhanyagolt gyermekek száma [32]
3. táblázat: Az alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek – orvosok és védőnők számának alakulása 2018–2022 között Magyarországon [66]
4. táblázat: Kulcs-sérülések 2 éves kor alatt [saját szerkesztés]
5. táblázat: Felsorolás a teljes csontváz röntgen vizsgálatához („skeletal-survey") [saját szerkesztés]
6. táblázat: Beleegyezési korhatár és büntethetőség [saját szerkesztés]
7. táblázat: Szexuálisan bántalmazott fiatalkorú nőgyógyászati ellátásának menete [124, 125]

2.4. Algoritmusok

1. ábra: A család- és gyermekjóléti szolgáltatás szakmai szabályrendszerek egymáshoz való viszonya [2.a]
3. ábra: Az elhanyagolás folyamatábrája [saját szerkesztés]
4. ábra: A radiológiai vizsgálatok folyamatábrája [saját szerkesztés]
5. ábra: A fizikai bántalmazás folyamatábrája [saját szerkesztés]
6. ábra: Az érzelmi bántalmazás folyamatábrája [saját szerkesztés]
7. ábra: Az ellátási folyamat algoritmusa, a fejlesztők által módosított folyamatábra [6]
8. ábra: A jelzés fogadásának folyamata a család- és gyermekjóléti szolgálatoknál [2.b]

2.5. Egyéb dokumentumok

A bántalmazással/elhanyagolással kapcsolatban jelenleg használható BNO 10 kódok
2. ábra: A fizikai bántalmazás és baleseti sérülések elkülönítő ábrája [65]

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Ajánlás3

Az elhanyagolás gyanúját bármely, a következőkben felsorolt körülmény megerősíti (Ajanlás rangsorolás: 2++)
Alapvető szükségletek (EL=4):

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

Külső indikátor: A vizsgált esetek hány százalékában merült fel az elhanyagolás gyanúja a következők észlelésekor:

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

Az Alapvető Jogok Biztosa által 2009-ben végzett átfogó vizsgálat adatai szerint az egészségügyben dolgozók igen alacsony arányban tettek eleget a törvény által előírt jelzőrendszeri kötelezettségüknek: „hat vármegyéből 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 háziorvosok, illetve házi gyermekorvosok (0,2%), valamint az ügyészség és a bíróság (0,3%) részéről érkezik" [45]. A helyzet sajnos azóta sem sokat javult, és további ombudsmani vizsgálatok tárták fel a jelzőrendszer hiányosságait. A 2016. évi elemzések is megerősítik, hogy a jelzőrendszer tagjai közül a legtöbb jelzést oktatási intézmények dolgozói küldik. A jelzések harmada a települési önkormányzatok jegyzőitől érkezik, a rendőrség és egyéb bűnügyi szervek is számos esetben élnek ezzel a lehetőséggel. Az egészségügyi szervezetek közül a védőnői bejelentések száma a jelentősebb az egészségügyi szolgáltatókon belül [92].

Külső indikátorok:

Jelenleg a család és gyermekjóléti központ a szolgáltatóktól beérkezett jelentéseket folyamatosan gyűjti, összesíti és elemzi, melyről évente legalább egy alkalommal értékelést készít. Az értékelés célja, hogy segítse a települések éves tanácskozásait és az éves intézkedési tervek előkészítését. Az adott vármegyéhez tartozó többi járási tanácsadóval, a kormányhivatal munkatársaival közösen értékelik az adott vármegyére vonatkozóan a gyermekvédelmi rendszer működését.

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

- a települési/járási szintű jelzőrendszer jellegzetességei:
- honnan érkeznek a jelzések?,
- milyen problémákat jeleznek?,
- kik jeleznek, illetve kik nem jeleznek?,

Ezek az adatok elemzések alapjául szolgálhatnak, a működés problémáinak feltárására nyújthatnak segítséget [2.a].

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

Belső indikátorok:

A bántalmazás/elhanyagolás tekintetében az egészségügyi ellátók fő indikátorai:

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

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

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

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

Jelen egészségügyi szakmai irányelv átfogó célja, hogy:

- rövid távon időben felismerjék és megfelelően kezeljék a bántalmazástól/elhanyagolástól szenvedő eseteket, ennek érdekében alkalmazzák jelen Irányelv Ajánlás 1 – Ajánlás 14 alatt megfogalmazott útmutatásokat, amelyek egyértelműen megerősítik, illetve felvetik a gyermekkel való rossz bánásmód gyanúját;
- hosszú távon változzon a társadalmi attitűd a gyermekek bántalmazásával/elhanyagolásával kapcsolatban.

Várható hatások

Rövid távon:

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

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

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

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

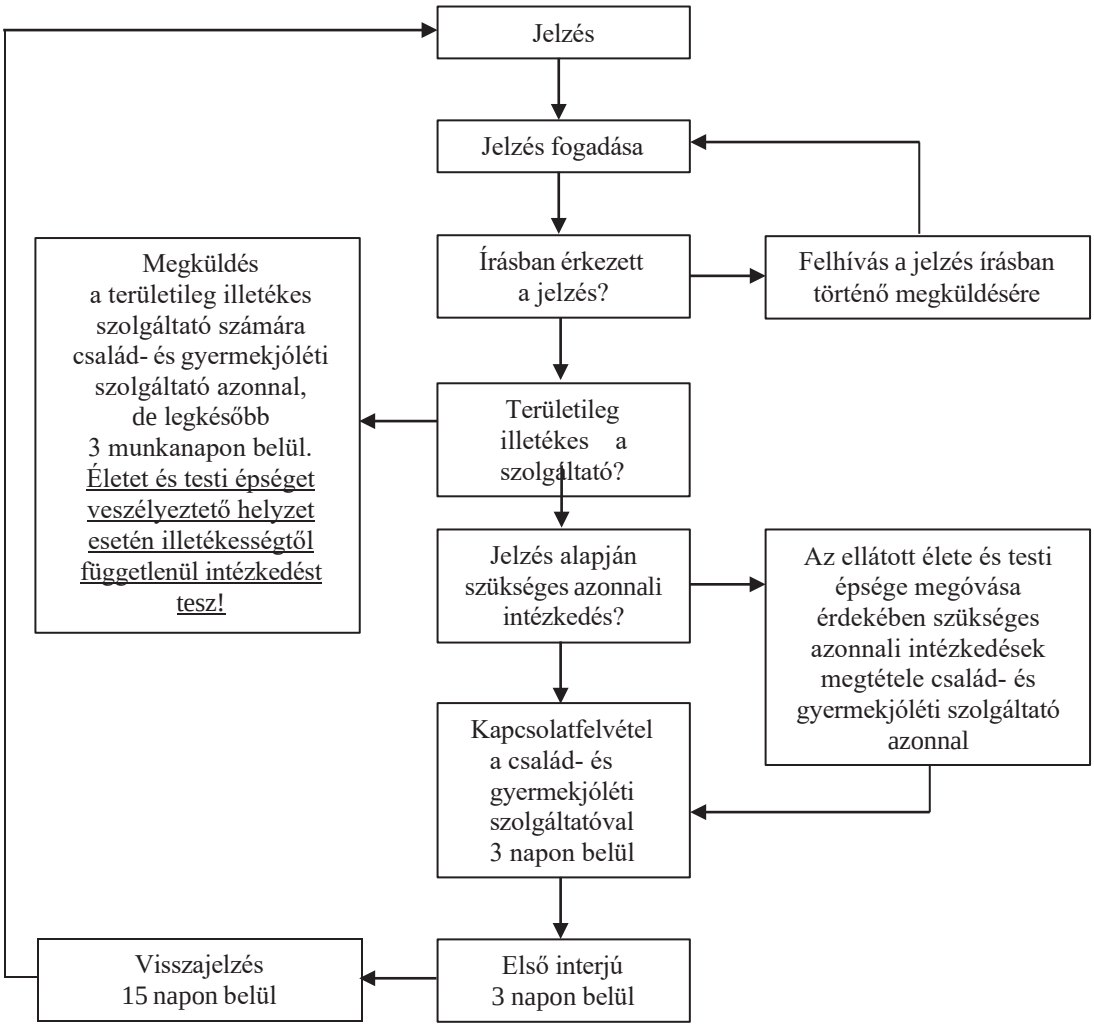
Hosszú távon:

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

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

A folyamatot az alábbi ábra foglalja össze:

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



VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

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

Az irányelv felülvizsgálatának terve:

- az aktuális szakirodalom és hazai vonatkozó jogszabályok változásának követéséért és az aktualizálás elvégzéséért, az irányelv megújítását kezdeményező, az Egészségügyi Szakmai Kollégium Csecsemő- és gyermekgyógyászat 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 Csecsemő- és gyermekgyógyászat Tagozata dönt.

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

A jelen felülvizsgálat a korábbi irányelv ajánlásait megerősíti. Az egészségügyi szakmai irányelv hatálybalépése után háromévente 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 felmérik a hazai ellátórendszer aktuális állapotát, azonosítják a változásokat, és eldöntik, hogy szükséges-e bármilyen módosítás.
Soron kívüli felülvizsgálat: ha a szakirodalom és az ellátási eredmények folyamatos nyomon követése során az egészségügyi szakmai irányelv hatókörében a tudományos és/vagy tapasztalati bizonyítékokban és/vagy a hazai ellátórendszerben, ellátási körülményekben releváns és szignifikáns változás következik be, az irányelvben meghatározott időpontnál korábban kell elvégezni annak bizonyos mértékű felülvizsgálatát. A felülvizsgálat mértékét a felmerülő változás jellege és mértéke határozza meg.
Ha a soron kívüli felülvizsgálat csak bizonyos ajánlásokat érintett, és az egész egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata nem történt meg, akkor a tervezett időpontban a teljes körű felülvizsgálatot is el kell végezni.

Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata során az alábbi döntések hozhatók:
- az egészségügyi szakmai irányelv teljes érvénytelenítése, visszavonása,
- az egészségügyi szakmai irányelven belül ajánlások érvénytelenítése, visszavonása,
- az egészségügyi szakmai irányelven belül ajánlások módosítása,
- a felülvizsgált ajánlások megerősítése.

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

IX. IRODALOM

[1.] AB határozat alkotmányjogi panasz elutasításáról – 9/2007. (VI. 20.) AB határozat IV. 2. pontja https://njt.hu/jogszabaly/2007-39-30-75

[2.] A család- és gyermekjóléti szolgáltatás szakmai szabályozó dokumentumai:
a. Szakmai ajánlás – A család- és gyermekjóléti szolgáltatás által működtetett észlelő- és jelzőrendszer működésének és működtetésének szabályairól (2. kiadás).
b. Protokoll – A család- és gyermekjóléti szolgáltatás által működtetett észlelő- és jelzőrendszer folyamatairól (2. kiadás).
c. Protokoll – A család- és gyermekjóléti szolgáltatás keretében biztosított szociális és segítő munka folyamatairól (2. kiadás).
d. Protokoll – A gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó család- és gyermekjóléti szolgáltatások folyamatairól (2. kiadás).
e. A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan (3 kiadás) https://szocialisportal.hu/csalad-es-gyermekjoleti-szolgaltatasok-szakmai-szabalyzo-dokumentumai/

[3.] Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated guidelines for the medical assessment and Care of Children who may Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(2):81–7 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26220352.

[4.] A gyermekkorúak és a fiatalkorúak bűnözésével, valamint a kiskorú sértettekkel összefüggő egyes adatok Legfőbb Ügyészség 2023 https://ugyeszseg.hu/wp-content/uploads/2023/12/a-gyermekkoruak-es-a-fiatalkoruak-bunozesevel-valamint-a-kiskoru-sertettekkel-osszefuggo-egyes-adatok-2020-2022.pdf

[5.] Alink L. Cyr C., Madigan S.: The effect of maltreatment experiences on maltreating and dysfunctional parenting: A search for mechanisms Development and Psychopathology (2019), 1–7 Cambridge University Press 2019 doi:10.1017/S0954579418001517

[6.] Almássy Zsuzsanna: A gyermekkori bántalmazás toxikológiai vonatkozásai. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 251–265. old.

[7.] American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse f children: subject review. Pediatrics. 1999, 103(1): 186–191. old. http://pediatrics.aappublications.org/

content/103/1/186.full.pdf+html Revízió: Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children Pediatrics 2005, 116, 506–512. https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/116/2/506.full.pdf

[8.] Amy Baker – Paul Fine: EXtelen döntések – Kézikönyv a szülői elidegenítés kezeléséhez. L. Harmattan Könyvkiadó, Budapest, 2018.

[9.] A negatív gyermekkori élmények hatása a szenvedélybetegségek kialakulására és a megelőzés lehetőségei Konferencia 2019. https://www.webdoki.hu/kepek/2019_06/programfuzet0611.pdf

[10.] Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-3070/2012. számú ügyben http://www.ajbh. hu/-/a-gyermekbarat-igazsagszolgaltatasrol

[11.] Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-2026/2017. számú ügyben https://www.ajbh.hu/documents/10180/2602747/Jelent%C3%A9s+egy+anyagi+okb%C3%B3l+gyermekv%C3%A9delmi+szakell%C3%A1t%C3%A1sba+ker%C3%BCl%C3%A9s+vizsg%C3%A1lat%C3%A1r%C3%B3l+2026_2017.pdf/ 5de6d64a-83bb-ae08-3d5f-69fb69ea106b?version=1.0&t=1513085027364

[12.] Ács Géza: Gyermekbántalmazás – a traumatológus felelőssége. Magyar traumatológia, ortopédia, kézsebészet, plasztikai sebészet, 2008, 51. évf., 4. sz., 315–327. old.

[13.] Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosának jelentése AJB 2227/2010. In: Dr. Kovács Orsolya Ágota (szerk.): Gyermekjogi projekt. ÁJOB Projektfüzetek 2010/1.; 54–65. old. http://www.ajbh.hu/documents/10180/124840/gyermekjogi.pdf/3c3583bf-c65a-499d-b1f1-21949d229c97?version=1.1

[14.] Beers MH, Berkow R, Fletcher AJ, et al. A gyermek elhanyagolása és bántalmazása. In: MSD Orvosi kézikönyv a családban. Melania Kiadó, Budapest, 2004.

[15.] Bond, L., Carlin, J., Thomas, L., Rubin, K., & Patton, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. BMJ, 323(7311Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. School Psychology Quarterly, 25(2), 65–83. https://doi.org/10.1037/a0020149

[16.] Brown J., Cohen P., Johnson J. G., 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.

[17.] Buda M. (2015) Az iskolai zaklatás. Szaktárnet-könyvek. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó.

[18.] 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

[19.] Childhub portál https://childhub.org/hu/gyermekvedelmi-hirek/magyarorszag-inspire-sorozat-webinariumainak-felvetelei

[20.] Cindy CW. Timing of the medical examination. J Child Sex Abus. 2011;20(5):505–20. https://doi.org/10.1080/10538712.2011.607424.

[21.] Council of Europe Parliamentary Assembly Recommendation 1371 (1998) Abuse and Neglect of Children http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16615&lang=en

[22.] Council of Europe Strategy for the Rights of the Child 2016-2021. Building a Europe for and with children, July 2016. https://rm.coe.int/1680693342

[23.] Cowley, L. E., Morris, C. B., Maguire, S. A., Farewell, D. M., & Kemp, A. M. (2015). Validation of a Prediction Tool for Abusive Head Trauma. Pediatrics, 136(2), 290-298. https://doi.org/10.1542/peds.2014-3993

[24.] Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM, Flaherty EG, Idzerda S, Legano L, et al. Care of the adolescent after an acute sexual assault. Am Acad Pediatr. 2017;139(3). https://doi.org/10.1542/peds.2016-4243 https://pediatrics.aappublications.org/content/139/3/e20164243.short.

[25.] Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013;27(1):141–9. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.013.

[26.] Demjén László – Kiss András: A szexuális gyermekbántalmazás nőgyógyászati és urológiai vonatkozásai. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 83–110. old.

[27.] Department of Health K. Province of KWAZULU-NATAL ISIFUNDAZWE SAKWAZULU-natali guidelines for the medical examination and management. 2017; KZN department of health. Available from: http://www.kznhealth.gov.za.

[28.] Digitális Gyermekvédelmi Stratégia. https://digitalisjoletprogram.hu/files/b9/55/b955b52770e659680b4e537e84df906b.pdf

[29.] Domonkos, K. (2014). Cyberbullying: Zaklatás elektronikus eszközök használatával. Alkalmazott Pszichológia, 14 (1)

[30.] Egyezmény a gyermek jogairól http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100064.TV
[31.] Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai iránymutatása a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre. Egészségügyi Közlöny LXVI. évf. 12. sz. 2792. old. – https://jogkodex.hu/doc/6472843
[32.] ENYÜBS https://bsr.bm.hu/document/details?id=74
a) Az adatok forrása: 2012. évben OSAP 1210, 2014. évben OSAP 1775, 2016. évtől OSAP 1696. 2012-2014. évben az adatok tárgyév december 31-re, 2016-tól tárgyévre vonatkoznak.
b) A z adatok forrása 2012-2014. évben OSAP 1775, 2016. évtől OSAP 1696
[33.] Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2004). Bullying in American Schools: A Social-Ecological Perspective on Prevention and Intervention. Routledge.
[34.] Essentials of Psychiatric Diagnosis Responding to the Challenge of DSM-5 The Guilford Press 2013 https://www.guilford.com/books/Essentials-of-Psychiatric-Diagnosis/Allen-Frances/9781462513482/reviews
[35.] EüTV 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv
[36.] Flaherty E. G.; Perez-Rossello J. M.; Levine M. A.; Hennrikus W. L. and the American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect: Evaluating children with fractures for child physical abuse. Pediatrics Vol. 133 No. 2. February 1, 2014. http://pediatrics.aappublications.org/content/133/2/e477.full.html
[37.] Foley S., Kovács Z. et al.: International collaboration on prevention of shaken baby syndrome – an ongoing project/intervention Paediatrics and International Child Health 2013. VOL.33 NO.4 233–238. https://doi.org/10.1179/2046905513Y.0000000093
[38.] Fótiné Németh M. (2010) Prevenciós-edukációs programok. Rendszerszemléletű meg- közelítés az iskolai agresszió megelőzésében és kezelésében. In: Fótiné Németh M. (ed.) Kölcsönhatások. Budapest, Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet.
[39.] Girardet R., Bolton K., Lahoti S., et al. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. Pediatrics. 2011; 128(2): 233–238. old.
[40.] Greenwald, M. J., Weiss, A., Oesterle, C. S., & Friendly, D. S. (1986). Traumatic retinoschisis in battered babies. Ophthalmology, 93(5), 618-625. https://doi.org/10.1016/s0161-6420(86)33688-1
[41.] Gyermekjogi jelentés 2017. Hintalovon Alapítvány https://hintalovon.hu/wp-content/uploads/2020/06/hintalovon-jelentes-2017final.pdf
[42.] Gyermekvédelmi jelzőrendszer 2010. Statisztikai Tükör V. évf. 42. sz. 2011. június www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/gyermekvedelem10.pdf
[43.] Gyurkó Szilvia: A gyermekek bántalmazásának és veszélyeztetettségének jogi háttere, a veszélyeztetettség fajtái, magyarországi és nemzetközi helyzet. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 13–29. old.
[44.] Harkányi Zoltán – Polovitzer Mária – Kovács Éva – Molnár Diana: A gyermekbántalmazás képalkotó diagnosztikája. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 163–182. old.
[45.] Harley, R. D. (1980). Ocular manifestations of child abuse. Journal of Pediatric and Ophthalmology Strabismus, 17(1), 5-13. https://doi.org/10.3928/0191-3913-19800101-03
[46.] Harrison RE, Pearson L, Vere M, Chonzi P, Hove BT, Mabaya S, et al. Care requirements for clients who present after rape and clients who presented after consensual sex as a minor at a clinic in Harare, Zimbabwe, from 2011 to 2014. PLoS One. 2017;12(9). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184634, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28934 344/.
[47.] Herczeg Ilona: A gyermekkori bántalmazás gyermekpszichiátriai következményei. Kórképek, differenciáldiagnózis, kezelési lehetőségek. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 183–206. old.
[48.] Herczog Mária – Kovács Zsuzsa: A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése. 1. sz. Módszertani levél, Országos Gyermekegészségügyi Intézet 2004. https://docplayer.hu/670772-A-gyermekbantalmazas-es-elhanyagolas-megelzese-felismerese-es- kezelese.html
[49.] Herczog Mária: Gyermekbántalmazás. Budapest, CompLex Kiadó Kft., 2007.
[50.] Hermann Judith: Trauma és gyógyulás. Budapest: Háttér Kiadó – KáVé Kiadó – NANE Egyesület, 2003
[51.] HM Government. Working Together to Safeguard Children. London: The Stationery Office; 2006. https://www.familieslink.co.uk/download/june07/working%20together%202006.pdf
[52.] Horgász, C., & Kissné Viszket, M. (2013). Békés Iskolák projekt. Az iskolai agresszió megfékezése és megelőzése. Mentálhigiéné és segítő hivatás, Pécs: Pro Pannonia.

[53.] Infojegyzet Gyermekvédelmi jelzőrendszer https://www.parlament.hu/documents/10181/1202209/Infojegyzet_2017_27_gyermekvedelmi+jelzorendszer.pdf/104dd04a-dca3-47bc-944e-bfb07067676f
[54.] INSPIRE Seven strategies for ending violence against chlidren https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=1
[55.] Jármi É. & Piros V. (2017) Az iskolai bántalmazás (bullying). In: N. Kollár K. & Szabó É. (eds) Pedagógusok pszichológiai kézikönyve 3. Budapest, Osiris Kiadó.
[56.] Jármi, É. (2019). Az iskolai bántalmazás megelőzése, Educatio, 28 (3)
[57.] Jenny C, Crawford-Jakubiak JE. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. Pediatrics. 2013;132(2) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23897912/.
[58.] Jungmeen K. Cicchetti D.: Longitudinal pathways linkling childhood maltreatment, emotion regulation, peer relations and psychopathology, J Child Psychol Psychiatry, 2010, 51(6): 706–716. old.
[59.] Katona Gábor: A fizikai bántalmazás és veszélyeztetés gyermek fül-orr-gégészeti megjelenései. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 111–121. old.
[60.] Katonáné Pehr Erika: A gyermekbántalmazás nemzetközi megítélése. OKRI Szemle 2012, 2. kötet, 144–163. o.ld. https://www.okri.hu/images/stories/OKRISzemle2009/OKRISzemle_2011/012_pehr.pdf
[61.] 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
[62.] 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), 150– 159. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12538542/
[63.] Kreatsoulas c. et al.: Young Adults and Adverse Childhood Events: A Potent Measure of Cardiovascular Risk The American Journal of Medicine (2019) 132:605–613. https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(19)30050-6/fulltext
[64.] Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi A. B., Lozano R., editors. World report on violence and health World Health Organization; 2002 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12384003/
[65.] Kos, Shwayden.: Cutaneous Manifestations of Child Abuse Pediatric Dermatology Vol. 23 No. 4 311–320, 2006 http://canberraemergency.com.au/wp-content/uploads/2013/04/Cutaneous-manif-of-CA.pdf
[66.] KSH/OSAP statisztikai adatok a gyermekalapellátásban dolgozó szakdolgozókra vonatkozóan https://www.ksh.hu/stadat?lang=hu&theme=ege https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0007.html https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0008.html
[67.] Kwak, Y. H. (2022). Diagnosis of Abusive Head Trauma : Neurosurgical Perspective. Journal of Korean Neurosurgical Society, 65(3), 370-379. https://doi.org/10.3340/jkns.2021.0284
[68.] Magyar Családsegítők és Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete weboldala http://www.macsgyoe.hu/szakmai_informaciok/szakmai_hirek/2017-08-22/frissultek_a_hivatalos_szabalyozo_dokumentumok.html
[69.] 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
[70.] Maguire, S. A., Watts, P. O., Shaw, A. D., Holden, S., Taylor, R. H., Watkins, W. J., Mann, M. K., Tempest, V., & Kemp, A. M. (2013). Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. Eye, 27(1), 28-36. https://doi.org/10.1038/eye.2012.213
[71.] Meadow, Roy. ABC of Child Abuse. BMJ Publishing Group, Bristol, 1997.
[72.] Módszertani útmutató: A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan. https://szocialisportal.hu/csalad-es-gyermekjoleti-szolgaltatasok-szakmai-szabalyzo-dokumentumai/
[73.] Mohai Zsuzsanna – Pénzes Melinda: A kötelező védőoltásokkal szembei ellenállás megjelenése a népegészségügyi hatósági ügyekben Egészségtudomány/Health Science 2018.3-4/82-100. http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2018-3-4/EgTud.2018.3-4.82.pdf
[74.] 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. old. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23253857/
[75.] Nagy Anikó: Éheztetés, elégtelen táplálás és következményei. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 145–162. old.
[76.] NagygyőrC. (2022). A gyermekek kihallgatása a nyomozások során. Belügyi Szemle, 70(8), 1653-1670. https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.8.5

[77.] 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

[78.] Németh Ágnes (szerk.): Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2022. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest, ELTE PPK, 2023 http://hbsc.ppk.elte.hu

[79.] Németh Á. & Várnai D. (2019). Kamaszéletmód Magyarországon, Budapest, L'Harmattan Olweus, D. (1999) Iskolai zaklatás. Educatio, 8 (4)

[80.] 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.

[81.] Olweus, D., & Limber, S. (2010). Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. American Journal of Orthopsychiatry, 80 (1)

[82.] Parti, K., Schmidt, A., Néray, B. & Virág, Gy. (2014. TABBY in Internet - Az online bántalmazás volumenének iskolai felmérése és mentorképzés Magyarországon (2011-2014), Ügyészek Lapja, 21 (3-4)

[83.] Pászthy Bea: A gyermekek bántalmazása és elhanyagolása. In: Békefi Dezső (szerk.): Gyermekgyógyászati Vademecum. Budapest, Melinda Kiadó és Reklámügynökség, 2007, I. 201–209. old.

[84.] Pierce, M. C. (2017). Bruising characteristics from unintentional injuries in children: the ‚green flag' study. Archives of Diseas in Childhood, 102(12), 1097-1098. https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313367

[85.] Pierce et.al. (2021) Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8047759/

[86.] Pintér Kálmán – Tóth Judit Nikoletta: A bántalmazott gyermekek – Gyermekjogok és gyermekbántalmazás. Statisztikai Szemle 95. évf. 8–9. szám, 2017.

[87.] Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence WHO & ISPCAN – International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect 2006. https://www.who.int/publications/i/item/preventing-child-maltreatment-a-guide-to-taking-action-and-generating-evidence

[88.] Révész György: Szülői bánásmód – Gyermekbántalmazás. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, 2004.

[89.] Rahnavardi et al.Health care providers' responses to sexually abused children and adolescents: a systematic review BMC Health Services Research (2022) 22:441 https://doi.org/10.1186/s12913-022-07814-9

[90.] Responding to children and adolescents who have been sexually abused. WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Department of Justice U, on Violence Against Women O. April 2016 A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations Pediatric. 2016. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1

[91.] Ribiczey, N., Szabó, B., & Jármi, É. (2018). Bullying az óvodában - Az óvodai bántalmazás sajátosságai. Alkalmazott Pszichológia, 18 (1)

[92.] Ritual genital cutting of female minors AAP Policy statement Pediatrics 2010; 125; 1088. https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/125/5/1088.full.pdf

[93.] Salmivalli, C., Kaukiainen, A., & Voeten, M. (2005). Anti-bullying intervention: Implementation and outcome. The British Journal of Educational Psychology, 75 (3)

[94.] Sárközy Sándor: A fizikai bántalmazás traumatológiai és sebészeti aspektusai. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 51–80. old.

[95.] Sófi Gyula: Agyermekkoribántalmazásokpszichésésmentálisösszefüggései. Azigazságügyigyermekpszichiáter szakértő szempontjai. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 207–225. old.

[96.] Szabó László: A veszélyeztetett gyermek és fizikai bántalmazás gyermekgyógyászati vonatkozásai és megelőzése. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 309–318. old.

[97.] 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. old.

[98.] Szakmai ajánlás – Gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálat speciális szolgáltatást biztosítók számára https://szocialisportal.hu/szakmai-ajanlas-a-gyermekvedelmi-jelzorendszeri-keszenleti-szolgalat-mukodteteserol/

[99.] Szalai Zsuzsanna: Artefakt bőrtünetek gyermekkorban. In: Nagy Anikó –Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 123–143. old.

[100.] 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

[101.] Tájékoztató a bűnözés 2022. évi adatairól Legfőbb Ügyészség 2023 https://ugyeszseg.hu/wp-content/uploads/2023/11/tajekoztato-a-bunozes-2022.-evi-adatairol.pdf
[102.] Tománé, Mészáros Andrea; Egeresi, Fruzsina; Vingender, István A gyermekbántalmazás transzgenerációs hatásai. Az egészségügyi szakdolgozók társadalmi felfogása és értékítélete [The transgenerational impact of child abuse. Health professionals' social perceptions and values] ORVOSI HETILAP 163:39 pp. 1544-1552., 9 p. (2022)
[103.] Tománé Mészáros Andrea, Kovács Zsuzsanna, Domján Gyula, Gadó Klára, Soósné Kiss Zsuzsanna A gyermekbántalmazás és elhanyagolás primer prevenciós vonatkozásai EGÉSZSÉGTUDOMÁNY 62:1-2 pp. 39–57., 19 p. (2018) https://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2018-1-2/EgTud.2018.1-2.39.pdf
[104.] Törő Klára: A gyermekkori fizikai bántalmazás igazságügyi orvostani vonatkozásai. In: Nagy Anikó – Törő Klára (szerk.): Gyermekbántalmazás. Medicina, 2016, 31–50. old.
[105.] Trent M., Dooley D. G., Dougé J.: The Impact of Racism on Child and Adolescent Health AAP Policy statement Pediatrics Vol. 144, Issue 2, August 2019: e20191765 https://pediatrics.aappublications.org/content/144/2/e20191765
[106.] Twemlow, S. W. & Sacco, F. C. (2012) Miért nem működnek az iskolai bántalmazás-ellenes programok? Budapest, Flaccus Kiadó.
[107.] Ujhelyi Nagy et al.: Measuring the prevalence of adverse childhood experiencesby survey methods. Int J Environ Res Public Health. 2019; 16(6): E1048. doi:10.3390/ijerph16061048 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6466446/
[108.] UNCRC 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
[109.] UNICEF jelentés https://unicef.hu/wp-content/uploads/2014/10/UNICEF-sport-jelentes_2014.pdf
[110.] UN Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children https://www.refworld.org/reference/themreport/unga/2005/en/39965
[111.] Várnai D. E., Jármi É., Arnold P., Demetrovics Zs., Németh Á., Kökönyei Gy. & Örkényi Á. (2018) A kortársbántalmazás (bullying) értelmezésének vizsgálata kvalitatív módszerrel. –„Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása" (HBSC) vizsgálat módszertanának kiegészítésére. Magyar Pszichológiai Szemle, 73 (4)
[112.] Veszélyeztetettség fogalma, hatékony alkalmazásának szakmai megalapozása 2011. (TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002 sz. kiemelt projekt) http://docplayer.hu/969438-Veszelyeztetettseg-fogalma- hatekony-alkalmazasanak-szakmai-megalapozasa.html
[113.] Vinchon, M., de Foort-Dhellemmes, S., Desurmont, M., & Delestret, I. (2010). Confessed abuse versus witnessed accidents in infants: comparison of clinical, radiological, and ophthalmological data in corroborated cases. Child's Nervous System, 26(5), 637-645. https://doi.org/10.1007/s00381-009-1048-7
[114.] Vrolijk-Bosschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, Lindauer RJL, Teeuw AH. Clinical practice: recognizing child sexual abuse—what makes it so difficult? Eur J Pediatr. 2018;177(9):1343–50. https://doi.org/10.1007/s00431-018-3193-z.
[115.] Zsila, Á., Ujhegyi, A., & Demetrovics, Z. (2015). Online zaklatás a legújabb kutatások tükrében. Imago Budapest Online, 5(5)
[116.] When to suspect child maltreatment National Institute for Health and Clinical Excellence – National Collaborating Center for Women's and Children's Health – 2009. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK57167/pdf/Bookshelf_NBK57167.pdf Revízió: Child maltreatment: When to suspect child maltreatment in under 18s (2017) https://www.nice.org.uk/guidance/cg89
[117.] Wilkinson, W. S., Han, D. P., Rappley, M. D., & Owings, C. L. (1989). Retinal hemorrhage predicts neurologic injury in the shaken baby syndrome. Archives of Ophthalmology, 107(10), 1472-1474. https://doi.org/10.1001/archopht.1989.01070020546037
[118.] WHO: ICD-11 Revízió icd.who.int/en/
[119.] WHO: INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children https://www.who.int/publications/i/item/9789241565356
[120.] WHO Newsroom 18 Juni 2018. https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)
[121.] WHO Newsroom 15 April 2020: https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19
[122.] WHO: Youth vilolence https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence

[123.] WHO: Violence agains children 2022 https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children
[124.] Dr. Csorba Roland: Fiatalkorúakkal elkövetett szexuális bántalmazások, Egyetemi doktori (Ph.D.) értekezés, 2006 https://dea.lib.unideb.hu/server/api/core/bitstreams/7f4c56ef-a266-417c-ad52-1b7f40cf0c2c/content
[125.] Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén, 2020 http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3179/fajlok/2020_EuK_14_szam_EMMI_iranyelv_2.pdf
[126.] 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200100.tv
[127.] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.tv
[128.] Kleinman PK, Rosenberg AE, Tsai A. Skeletal trauma: general considerations. In Kleinman PK. Diagnostic imaging of childabuse. Mosby, 3rd edition, 2015, 23–52.
[129.] Society and College of Radiographers and The Royal College of Radiologists. The radiological investigation of suspected physical abuse in children, revised first edition. London: The Royal College of Radiologists, 2018.
[130.] Kovács-Tóth Beáta, Kuritárné Szabó Ildikó Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a mentális és szomatikus egészségre gyermek- és serdülőkorban ORVOSI HETILAP 164: 37 pp. 1447-1455., 9 p. (2023)
[131.] Horváth Dorottya, Kovács-Tóth Beáta, Oláh Barnabás, Fekete Zita Trends in the dose-response relationship between adverse childhood experiences and maladaptive metacognitive beliefs: A cross-sectional study COMPREHENSIVE PSYCHIATRY 132 p. 152489 Paper: 152489 (2024)

Vonatkozó jogszabályok jegyzéke:

- Magyarország Alaptörvénye (Alaptörvény 2011. április 25.)

Nemzetközi szerződések:

- 1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről 2009. évi CLXI. törvény a gyermekek eladásáról, a gyermekprostitúcióról és a gyermekpornográfiáról szóló, a Gyermek jogairól szóló egyezményhez fűzött Fakultatív Jegyzőkönyv megerősítéséről és kihirdetéséről

Törvények:

- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásokról és szociális ellátásokról
- 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (Gyvt.)
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről (Eüak.)
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.)
- 2005. évi CXXXV. törvény a bűncselekmények áldozatainak segítéséről és az állami kárenyhítésről
- 2009. évi LXXII. törvény a hozzátartozók közötti erőszak miatt alkalmazható távoltartásról
- 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról
- 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről
- 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (Btk.)
- 2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről
- 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (Ptk.)
- 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
- 2016. évi CLXVI. törvény egyes szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények módosításáról
- 2016. évi CL. törvény az általános közigazgatási rendtartásról (Ákr.)
- 2017. évi XC. törvény a büntetőeljárásról (Btk.)
- 2017. évi CXLIX. törvény egyes törvényeknek a gyermekek fokozottabb védelme érdekében szükséges módosításáról
- 2017. évi XCV. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI törvénynek a gyermekvédelem rendszerének megerősítése érdekében történő, valamint egyéb törvények módosításáról.
- 149/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról (jogszabály 3/A. melléklete: Környezettanulmány hátrányos helyzet, halmozottan hátrányos helyzet megállapításához)

- 235/1997. (XII. 17.) Korm. rendelet a gyámhatóságok, a területi gyermekvédelmi szakszolgálatok, a gyermekjóléti szolgálatok és a személyes gondoskodást nyújtó szervek és személyek által kezelt személyes adatokról
- 331/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a gyermekvédelmi és gyámügyi feladat- és hatáskörök ellátásáról, valamint a gyámhatóság szervezetéről és illetékességéről

Miniszteri rendeletek:
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről [15. § (9) bekezdés d) pont és 15. § (10) bekezdés a látlelet adásáról]
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról
- 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet a fővárosi és vármegyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről

Egyéb iránymutatások, módszertani útmutatók:
- 16/1969. (EüK.7.) EüM utasítás a testi sérülést szenvedett személyekről orvosi látlelet és vélemény kiállításáról Igazságügyi Orvostani Intézet 16. sz. módszertani levele a testi sérülések és egészségkárosodások igazságügyi orvosszakértői véleményezéséről (EüK. 7/1998. 619.)
- 32/2007 (OT 26) ORFK utasítás a családon belüli erőszak kezelésével és a kiskorúak védelmével kapcsolatos rendőri feladatok végrehajtására
- 21/2023. (VIII. 9.) BM utasítás a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ Szervezeti és Működési Szabályzatáról
- Módszertani útmutató: A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan EMMI 2017.
- Szakmai, gyakorlati iránymutatás a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre EMMI 2017

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

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

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

2. Irodalomkeresés, szelekció

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

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

A keresés során a 2000–2019 között megjelent releváns irodalmat tekintettük át, de egyes esetekben ennél korábbi tanulmányokat is felhasználtunk. Az irodalomkutatást 2024. január 15-ével zártuk.

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

A felismerésnél és a diagnózis felállításánál a NICE guideline-ban [116] alkalmazott evidenciaszinteket vettük át (lásd Bizonyítékok szintje 1. számú táblázat).

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

4. **Ajánlások kialakításának módszere**

A fejlesztőcsoport a NICE irányelv ajánlásrangsorolását adaptálta, figyelembe véve a hazai ellátórendszer és jogrendszer sajátosságait is [116]:

„Megerősített gyanú" (2++):

Bántalmazás/elhanyagolás megerősített gyanúja, ezért az ellátónak jelzési kötelezettsége van.

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

A szexuális abúzus gyanúja esetén elvégzendő vizsgálatoknál az AAP guideline [3] ajánlásait vettük át. Az ajánlásokat a fejlesztő munkacsoport a hazai napi gyakorlat nyelvére átültetve informális – Delphi – konszenzussal fogalmazta meg. Mivel „Az ellátási folyamat algoritmusa" c. fejezetben az egészségügyi ellátáson túli teendőket nemzetközi egyezmények, jogszabályok és a szociális ágazat módszertani iránymutatásai határozzák meg, ajánlásbesorolás nem alkalmazható, azonban az itt leírtak ismerete az érintettek számára feltétlenül szükséges.

„Gyanú" (2+; 2-)

Bántalmazás/elhanyagolás gyanúja felmerül, ezért további megfigyelés, konzílium, esetmegbeszélés szükséges.

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

5. **Véleményezés módszere**

Az egészségügyi szakmai irányelv megküldésre került az egészségügyi ellátási folyamatban érintett Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatoknak véleményezésre. Az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala valamint a Magyar Védőnők Egyesülete tanácskozási joggal vett részt az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésben.

A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezőkkel kialakított konszenzusnak.

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

6. **Független szakértői véleményezés módszere**

A felkért független szakértők az egészségügyi szakmai irányelv vonatkozásában véleményüket nemzetközi és hazai szakirodalmi evidenciák áttekintése, saját gyakorlati tapasztalatok alapján alakították ki, melyet a fejlesztőcsoport az irányelvfejlesztés során figyelembe vett.

XI. MELLÉKLET

1. **Alkalmazást segítő dokumentumok**

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

-„Sose rázd a kisbabádat" DVD http://www.youtube.com/watch?v=i7SWkcpv2Jw

– https://www.facebook.com/agyermekbantalmazasmegelozheto/videos

– A TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori (0–7 éves) kiemelt projekt keretében történt fejlesztések, tapasztalatok és javaslatok a szakmaközi együttműködésről, esetmegbeszélésről: http://www.gyermekalapellatas.hu/egyuttmukodes/esetmegbeszeles

– Gyermekvédelmi tudásközpont programjai https://childhub.org/hu
– Segítő szervezetek, segélyvonalak listája:
Hintalovon Gyermekjogi Alapítvány
https://hintalovon.hu/hu
Kék Vonal/anonim telefon és internet segélyvonal
https://kek-vonal.hu/
Magyar Gyermek és Ifjúsági Telefonos Lelkisegély Szolgálatok Országos Szövetsége (GYITOSZ)
http://www.ifjusagi-lelkisegely.hu/
NANE (Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület)
http://nane.hu/
tel.: 06 (80) 505-101
Országos Kríziskezelő Információs Telefonszolgálat
http://www.bantalmazas.hu/
e-mail: okit@csbo.hu, tel: 06 (80) 205 520
Telefontanú: 8–20 óráig bűncselekményekkel kapcsolatos anonim bejelentések. Tel.: 06 (80) 555-111
Drog Stop
https://www.drogstoponline.hu/
Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Budapest
http://www.kekpont.hu/
Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (MEJOK)
http://mejokalapitvany.blogspot.hu/
Pressley Ridge Magyarország Alapítvány: Traumatudatos ellátási protokoll
https://nobadkid.org/pdf/ECLIPS-Traumatudatos-ellatas-protokoll.pdf
Krízisterhesség, örökbeadás, örökbefogadás:
Bölcső Alapítvány
http://bolcso.hu/
Gólyahír Egyesület
http://www.golyahiregyesulet.hu/
Fészek Alapítvány
www.feszekalapitvany.hu
Gyermekvédelmi hívószám: +36 (80) 212 021
https://szgyf.gov.hu/gyermekvedo-hivoszam/
A gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálatok listája:
http://szocialisportal.hu/documents/10181/206271/Gyermekvedelmi_jelzorendszeri_keszenleti_szolgalatok_2019_+junius_21_napjan_frissitett_listaja.pdf/3f5e5de2-3fb7-7be7-7504-638ecff69efc
Beszélj róla projekt
http://beszeljrola.hu/

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. melléklet – Az orvosi látlelet és vélemény adattartalmának meghatározása az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről szóló 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet 2023. december 29-től hatályos 2. sz. melléklete alapján https://njt.hu/jogszabaly/2004-47-20-0M

2. melléklet – Egészségügyi adatlap

Szociális ágazati portál, egészségügyi lap a gyermek egészségügyi adatainak bekéréséhez
https://szocialisportal.hu/egeszsegugyi-lap-a-gyermek-egeszsegugyi-adatainak-bekeresehez/

3. melléklet – Védőnői jelzőlapok

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai iránymutatása a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre 2017. EüK. 12. szám EMMI közlemény Közlemény (EüK 2017/12.) az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakma... (jogkodex.hu)

I. számú melléklet – Értesítés védőnői nyilvántartásba, gondozásba vételről

Az egészségügyi dokumentáció adattartalmának/másolatának megkérése

Címe: .....
Értesítést küldő: .....
Védőnői Szolgálat neve: .....
Címe: .....
Körzetazonosítója: .....
Területi védőnő neve: .....
Munkahelyi telefonszáma: ..... Munkahelyi mobilszáma: .....
Munkahelyi egyedi e-mail-címe: .....
A gondozásba vett személy, gyermek neve: .....
Születési helye: .....
Születési ideje: .....
TAJ száma: .....
Anyja születési neve: .....
Állandó lakcíme: .....
Tartózkodási címe: .....
Telefonszáma: .....
Előző lakcíme: .....
Gyermek esetében a szülő, gondviselő neve: .....
Címe: .....
Telefonszáma: .....
Egyéb elérhetősége: .....
Egyéb (kérés):.....

Dátum: .....év ..... hónap . nap

.....
területi védőnő aláírása
Alapnyilvántartási száma: .....

II. számú melléklet – Értesítés eseti ellátás igénybevételéről

Iktatószám: .....
Értesítés címzettje: .....
Neve: .....
Címe: .....
Értesítést küldő: .....
Védőnői Szolgálat neve: .....
Címe: .....
Körzetazonosítója: .....
Területi védőnő neve: .....
Munkahelyi telefonszáma: ..... Munkahelyi mobilszáma: .....
Munkahelyi egyedi e-mail-címe: .....

Tisztelt Kolléganő!
Tájékoztatásul mellékelten megküldöm a lakóhely szerint a körzetébe tartozó gondozottjának eseti ellátásáról szóló Védőnői tájékoztató (Igazolás) adatlapját.

Dátum: .....év ..... hónap .....nap

.....
területi védőnő aláírása
Alapnyilvántartási száma: .....

Védőnői tájékoztató (Igazolás) eseti ellátás során történő gondozási tevékenységről
Eseti ellátásban részesült személy, gyermek neve: .....
Születési helye: ..... Születési ideje: .....
Állampolgársága: TAJ száma: .....
Anyja születési neve: .....
Állandó lakcíme: .....
Tartózkodási címe:.....
Eseti ellátás során a tartózkodási helye: .....
Telefonszáma: .....
Gyermek esetében a szülő, gondviselő neve: .....
Címe: .....
Telefonszáma: .....
Egyéb elérhetősége: .....
A védőnői ellátás időpontja: .....
A védőnői ellátás oka: .....
A védőnői ellátás módja: .....
A védőnő további intézkedése: .....

Dátum: .....év ..... hónap.nap

Az eseti ellátásról szóló Védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:

20 ..... hónap ..... nap .....

.....
Eseti ellátásban részesült személy vagy szülő/gondviselő aláírása

.....
területi védőnő aláírása
Alapnyilvántartási száma: .....

III. számú melléklet – Területi Védőnői Jelzőlap (hatósági intézkedés elindításához)

2. sz. melléklet

Területi Védőnői Jelzőlap (hatósági intézkedés elindításához)

Iktatószám: .....

Címzett:

Járási Hivatal Népegészségügyi Osztály/Gyámhivatal megnevezése:.....

Címe: .....

Jelző Védőnői Szolgálat neve: .....

Címe: .....

Körzetazonosítója:.....

Területi védőnő neve: .....

Munkahelyi telefonszáma: ..... Munkahelyi mobilszáma: .....

Munkahelyi egyedi e-mail-címe: .....

A gyermek neve: .....

Születési helye: .....

Születési ideje: .....

TAJ száma: .....

Szülő/gondviselő neve: .....

Lakcíme/tartózkodási címe: .....

Telefonszáma: .....

Egyéb elérhetősége: .....

A gyermeket ellátó háziorvos neve: .....

Szolgáltatás helye: .....

Pecsétszáma: .....

A megfelelő aláhúzandó:

1. A területi védőnő feladatkörébe tartozó szűrővizsgálatról tértivevényes idézés ellenére történő távolmaradás jelzése.

Az elmaradt szűrővizsgálat megnevezése:

.....

.....

2. A területi védőnő feladatkörébe tartozó szolgáltatások igénybevételének tértivevényes idézés ellenére történő elutasítása/távolmaradás jelzése.

Az elmaradt/elutasított szolgáltatás/ok megnevezése:

.....

.....

3. A területi védőnő és a gyermeket ellátó háziorvos között fennálló véleménykülönbség/együttműködési probléma jelzése, amit egymás között nem tudtak megoldani.

A probléma megnevezése:

.....

.....

Küldendő a tértivevényes idéző átvételét és/vagy feladását igazoló dokumentumok, tájékoztatók másolatával együtt.

Csatolt mellékletek száma:

Dátum: .....év ..... hónap ..... nap P. H.

.....

területi védőnő aláírása

Alapnyilvántartási száma: .....

IV. számú melléklet – Területi Védőnői Jelzőlap (általános probléma esetén)

3. sz. melléklet

Területi Védőnői Jelzőlap (általános probléma esetén)

Iktatószám: .....

Címzett:

Család- és Gyermekjóléti Szolgálat megnevezése: .....

Címe: .....

Jelző Védőnői Szolgálat neve: .....

Címe: .....

Körzetazonosítója: .....

Területi védőnő neve: .....

Munkahelyi telefonszáma: ..... Munkahelyi mobilszáma: .....

Munkahelyi egyedi e-mail-címe: .....

A jelzett személy, gyermek neve: .....

Születési helye: .....

Születési ideje: .....

TAJ száma: .....

Anyja születési neve: .....

Lakcíme/tartózkodási címe: .....

Telefonszáma: .....

Gyermek esetében a szülő, gondviselő neve: .....

Címe: .....

Telefonszáma: .....

Egyéb elérhetősége: .....

A jelzés oka:

.....

.....

A probléma megoldása érdekében végzett tevékenység leírása:

.....

.....

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

.....

.....

Dátum: .....év ..... hónap ..... nap P. H.

.....

területi védőnő aláírása

Alapnyilvántartási száma: .....

V. számú melléklet – Jelzőlap (bántalmazás, elhanyagolás esetén)

4. sz. melléklet

Jelzőlap (bántalmazás, elhanyagolás esetén)

A gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szolgáltató és a gyámhatóság a jelzést vagy kezdeményezést tevő intézmény, személy adatait erre irányuló külön kérelem hiányában is zártan kezeli. [1997. évi XXXI. törvény 17. § (2a)]

Iktatószám: .....

Címzett Család- és Gyermekjóléti Szolgálat/Gyámhivatal

Megnevezése: .....

Címe: .....

A gyermek neve: .....

Születés helye: .....

Születés ideje: .....

TAJ száma: .....

Anyja születési neve: .....

Lakcíme/tartózkodási címe:.....

Telefonszáma: .....

Szülő, gondviselő neve: .....

Címe: .....

Telefonszáma: .....

Egyéb elérhetősége:.....

A jelzés oka, az észlelt probléma leírása:

.....

.....

Szóban, telefonon történt-e jelzés az esettel kapcsolatban: igen nem

Ha igen: időpontja: ..... év ..... hónap ..... nap, ... óra ..... perc

A jelzést fogadó neve: .....

ZÁRTAN KEZELENDŐ ADATOK

A gyermek bántalmazására, elhanyagolására vonatkozó jelzéssel érintett személy részére **nem biztosítható** betekintés a zártan kezelendő adatokat tartalmazó irat azon részébe, **amelyből következtetés vonható le a jelzést vagy kezdeményezést tevő intézményre, személyre [15/1998. (IV. 30.) NM rendelet 11. §]**.

A probléma megoldása érdekében végzett tevékenység leírása:

.....

.....

Milyen intézkedést tartana szükségesnek?

.....

Jelző Védőnői Szolgálat neve:

Címe: .....

Körzetazonosítója: .....

Területi védőnő neve: .....

Munkahelyi telefonszáma: ..... Munkahelyi mobilszáma: .....

Munkahelyi egyedi e-mail-címe: .....

Dátum: .....év ..... hónap ..... nap P. H.

.....

területi védőnő aláírása

Alapnyilvántartási száma: .....

VI/a. számú melléklet – Szempontok a Védőnői Környezettanulmány (védőnői helyzetértékelés) készítéséhez

6/a. sz. melléklet

Szempontok a Védőnői Környezettanulmány (védőnői helyzetértékelés) készítéséhez

A gyermekvédelmi gondoskodás folyamatában, a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a veszélyeztetettség megelőzése és megszüntetése érdekében megkeresésre (pl. kórházi védőnő, család- és gyermekjóléti szolgálat, gyámhatóság), családlátogatás keretében objektív megfigyelés, a család tájékoztatása, **rizikókérdőív felvétele** és a gondozás tapasztalatai alapján a védőnő helyzetértékelést készít, amely az alábbiakat tartalmazza:

- **Védőnői Szolgálat**
  - Neve
  - Címe
  - Körzetazonosítója
  - Területi védőnő neve
  - Védőnői Tanácsadó címe (ha eltér a Védőnői Szolgálat címétől)
  - Munkahelyi telefonszáma
  - Munkahelyi mobilszáma
  - Munkahelyi egyedi e-mail-címe

- **Hivatkozást,** hogy kinek a felkérésére készült a védőnői környezettanulmány (helyzetértékelés), mikor és milyen célból érkezett a felkérés;
- A védőnői környezettanulmányt (helyzetértékelést) indokoló tényezőt;
- A környezettanulmány (helyzetértékelés) felvételének helyszínét;
- A környezettanulmány (helyzetértékelés) készítésének időpontját.

- **Az érintett gondozott személy, gyermek azonosító, személyi adatait,**
  - Név
  - Születési hely
  - Születési idő
  - TAJ szám
  - Anyja születési neve
  - Állandó lakcím
  - Tartózkodási cím
  - Telefonszám
  - Gyermek esetében a szülő, gondviselő neve
  - Címe
  - Telefonszáma
  - Egyéb elérhetősége

- **A rizikókérdőív és a védőnői gondozás egyéb tapasztalatai alapján:**
  a) A család lakáshelyzetét
  b) A család anyagi-gazdasági helyzetét
  c) A család belső harmóniájának jellemzését (a család, mint támogató rendszer)
  d) A szülők (nevelőszülők) szociokulturális magatartásának jellemzését
  e) A család egészségének jellemzését
  f) Egyéb, az ügy szempontjából fontos ismeretet, tapasztalatot, véleményt lényeges megállapításokat

VI/b. számú melléklet – Rizikószűrés-kérdőív a várandósok körében

1. A várandós azonosítója: .....

2. A település típusa, ahol a várandós él:
- főváros
- vármegyeszékhely, megyei jogú város
- város
- község
- egyéb (pl. tanya, dűlő, bokor stb.)

1. BLOKK

3. A településrész a település viszonyában szegregátum?
igen/nem

4. Az élettárs/házastárs legmagasabb iskolai végzettsége. (Jelölje a csoporton belül a megfelelőt!)
1. alapfokú
   0-7 osztály (általános iskola 8 évfolyamnál alacsonyabb)
   8 általános

2. középfokú
   középiskola (szakközép, szakmunkás) érettségi nélküli szakmai
   oklevéllel középiskola (szakközép, gimnázium) érettségivel

3. felsőfokú
   főiskola, egyetem
   doktori

5. Van-e a lakásban/házban/bérleményben:

közüzemi hálózatból származó vezetékes ivóvíz	igen/nem
fürdő	igen/nem
WC	igen/nem

2. BLOKK

6. A várandós legmagasabb iskolai végzettsége. (Jelölje a csoporton belül a megfelelőt!)
1. alapfokú
   0-7 osztály (általános iskola 8 évfolyamnál alacsonyabb)
   8 általános

2. középfokú
   középiskola (szakközép, szakmunkás) érettségi nélküli szakmai
   oklevéllel középiskola (szakközép, gimnázium) érettségivel

3. felsőfokú
   főiskola, egyetem
   doktori

7. Milyen gyakran dohányzik a várandós?
- rendszeresen
- alkalmanként
- soha

8. Tudatosan tervezték-e a várandósságot?
igen/nem

9. Ki van-e téve a várandós a passzív dohányzás ártalmának?
igen/nem

10. Szed-e, szedett-e a várandós rendszeresen folsav tartalmú készítményt (pl. magzatvédő vitamin)?
a várandósságát megelőző hónap(ok)ban igen/nem
jelenleg a várandóssága eddigi időszaka alatt igen/nem

3. BLOKK

11. Van-e rendszeres, havi jövedelme a várandósnak (kiskorú várandós esetében a várandós eltartóját/ gyámját szükséges figyelembe venni)?
igen/nem

12. Dolgozik-e jelenleg a várandós?
igen/nem

13. A havi bevétel mennyisége okoz-e anyagi nehézséget a család számára?
igen/nem

4. BLOKK

14. Volt-e korábbi terhelő szülészeti-nőgyógyászati problémája?
igen/nem

15. Van-e a várandósnak jelenleg, a várandóssággal összefüggő vagy annak során kialakult betegsége?
igen/nem

16. Van-e a várandósnak valamilyen krónikus betegsége (amire esetleg gyógyszert is szed, vagy amivel gondozzák, vagy korábban kezelték)?
igen/nem

17. Volt-e szükség arra, hogy a várandós a jelenlegi várandósságát megelőzően genetikai tanácsadáson vegyen részt?
igen/nem

18. Előfordult-e a rokonság (anya/apa rokonai, ha már vannak: gyermekek) körében valamilyen fogyatékosság?
igen/nem

19. Előfordult-e a rokonág (anya/apa rokonai, ha már vannak: gyermekek) körében valamilyen öröklött genetikai betegség?
igen/nem

20. Szokta-e úgy érezni (a várandós), hogy lehangolt (nem tud örülni semminek, elvesztette az érdeklődését, reggel nincs ereje felkelni, gyakran van sírhatnékja)?
☐ soha ☐ néha ☐ gyakran ☐ szinte mindig

VI/c. számú melléklet – Rizikószűrés-kérdőív újszülöttek körében

Rizikószűrés-kérdőív újszülöttek körében

A gyermek azonosítója:.....

1. BLOKK

1. Fokozottan gondozott volt-e az anya a várandóssága alatt?
igen/nem

2. Szedett-e az anya rendszeresen folsav tartalmú készítményt (pl. magzatvédő vitamin) a várandósság első (12. hétig) trimeszterében?
igen/nem

3. Rendszeresen dohányzik az anya jelenleg?
igen/nem

4. Van-e a lakásban/házban/bérleményben fürdő?
igen/nem

5. Stabilnak érzi-e a szülők közötti párkapcsolatot?
igen/nem

6. Van-e rendszeres, havi jövedelme a családnak (kiskorú anya/apa, élettárs esetében az újszülött eltartóját/ gyámját szükséges figyelembe venni)?
igen/nem

7. Van-e a gyermeknél diagnosztizált veleszületett fejlődési rendellenesség?
igen/nem

2. BLOKK

8. A havi bevétel okoz-e anyagi nehézséget a család számára?
igen/nem

9. Szedett-e az anya rendszeresen folsav tartalmú készítményt (pl. magzatvédő vitamin) a várandósság harmadik (25–40. hétig) trimeszterében?
igen/nem

10. Ki volt-e téve az anya passzív dohányzás ártalmának a várandóssága alatt?
igen/nem

11. Az újszülött édesapjának (nevelőapa/gondviselő apa) legmagasabb iskolai végzettsége? (Jelölje a csoporton belül a megfelelőt!)

1. alapfokú
   0-7 osztály (általános iskola 8 évfolyamnál alacsonyabb)
   8 általános
2. középfokú
   középiskola (szakközép, szakmunkás) érettségi nélküli szakmai oklevéllel középiskola (szakközép, gimnázium) érettségivel
3. felsőfokú
   főiskola, egyetem
   doktori

12. Szedett-e az anya rendszeresen folsav tartalmú készítményt (pl. magzatvédő vitamin) a várandósság második (13–24. hétig) trimeszterében?
igen/nem

13. Ki van-e téve a gyermek más családtag által (anyán kívül) passzív dohányzás ártalomnak?
igen/nem

14. Apa foglalkozása, munkaviszonya?
- teljes munkaidős foglalkoztatott
- részmunkaidős foglalkoztatott
- nyugdíjas
- rokkant nyugdíjas
- gyes/gyed és egyéb gyermekellátási támogatásban részesülő
- munkanélküli
- tanuló, hallgató
- nincs házastársa, élettársa a várandósnak
- egyéb

15. Van-e a gyermeknek olyan észlelt betegsége és/vagy olyan fejlődésbeli lemaradása, amely rendszeres kontrollt igényel?
igen, nem

16. Volt-e az anyának krónikus betegsége a várandóssága alatt?
igen/nem

17. A településrész a település viszonyában szegregátum?
igen/nem

18. Van-e a gyermeknél elhanyagolásra utaló jel?
igen/nem

19. Az anya/nevelőanya és a gyermek között harmonikus a kapcsolat?
igen/nem

20. Fogyaszt-e az apa/élettárs valamilyen egészségre ártalmas illegális pszichoaktív szert?
igen/nem

21. Van-e a lakásban/házban/bérleményben WC?
igen/nem

3. BLOKK

22. Szedett-e az anya rendszeresen folsav tartalmú készítményt (pl. magzatvédő vitamin) a várandósságát megelőző hónap(ok)ban?
igen/nem

23. Fogyaszt-e az apa/élettárs rendszeresen (havonta vagy gyakrabban) alkoholt?
igen/nem

24. Az újszülött édesanyjának (nevelőanya/gondviselő anya) legmagasabb iskolai végzettsége? (Jelölje a csoporton belül a megfelelőt!)
1. alapfokú
   0-7 osztály (általános iskola 8 évfolyamnál alacsonyabb)
   8 általános

2. középfokú
   középiskola (szakközép, szakmunkás) érettségi nélküli szakmai
   oklevéllel középiskola (szakközép, gimnázium) érettségivel

3. felsőfokú
   főiskola, egyetem
   doktori

25. Összesen hány fős a háztartás (hányan laknak együtt)? .....

26. Mennyi a keresők száma?.....

27. Az újszülött táplálása hogyan történik?
- Kizárólag női tejet kap (Az újszülött kizárólag szopik, vagy lefejt anyatejet kap. Semmi mást nem kap, forralt vizet sem – szükség esetén vitamin, ásványi anyag, gyógyszercseppek, szirup formájában engedélyezett).
- Többnyire szoptatott, de folyadék kiegészítést kap (Anyatej mellett kis mennyiségben vizet, gyümölcslevet, teát kap, mást nem, kivéve szükség esetén a rehidrációs készítmény, vitamin, ásványi anyagok, gyógyszerek csepp vagy szirup kiszerelésű formában).
- Vegyesen táplált (anyatej mellett tápszert/gyümölcspépet/tejpépet, főzeléket kap az újszülött).
- Mesterségesen táplált (anyatejet (női tejet) egyáltalán nem kap az újszülött).

28. Szokta-e úgy érezni (anya/nevelőanya), hogy lehangolt (nem tud örülni semminek, elvesztette az érdeklődését, reggel nincs ereje felkelni, gyakran van sírhatnékja)?

☐ soha ☐ néha ☐ gyakran ☐ szinte mindig

29. Az édesanya várandóssága alatti és/vagy szülés előtti időszakában történt-e változás a család életkörülményeiben? (pl. válás, munkahely elvesztése stb.)
igen/nem

Amennyiben igen, kérem részletezze:
.....
.....
.....

30. Van-e egyéb veszélyeztető tényező a védőnő megítélése alapján?
van/nincs

31. Településrész a településhez viszonyítva:
belterület/külterület

32. Volt-e szükség arra, hogy az anya a várandóssága alatt genetikai tanácsadáson vegyen részt?
igen/nem

33. Az újszülött születési súlya: .....

34. Van-e a házban/bérleményben/lakásban közüzemi hálózatból származó vezetékes ivóvíz?
van/nincs

35. Mennyi a lakószobák száma.....

36. Penészes/dohos falazat, padlózat
igen/nem

37. Testvérek száma összesen: .....

38. Rendszeresen fogyaszt az anya alkoholt (havonta vagy gyakrabban)?
igen/nem

39. Rendszeresen fogyasztott az anya a várandóssága alatt (havonta vagy gyakrabban) alkoholt?
igen/nem

40. Van-e a családban valamilyen ismert, genetikai öröklött megbetegedés az újszülött vér szerinti felmenői között?
Öröklött: igen/nem

41. Járt-e az anya a várandósságával rendszeresen [legalább 4 alkalommal/szakember (védőnő és szülész-nőgyógyász)] várandósgondozásra?
igen/nem

42. Ki volt-e téve az anya a várandóssága alatt tartósan fennálló környezeti ártalomnak (pl. fém, gáz, oldószer, vegyszer, sugárzás, egyéb stb.)?
igen/nem

43. Van-e a házban/bérleményben/lakásban villany?
van/nincs

44. Fogyasztott-e az anya a várandósságot megelőző 3 hónapban és/vagy a várandósság alatt valamilyen illegális pszichoaktív szert?
igen/nem

45. Van-e a házban/bérleményben/lakásban megfelelő fűtés?
van/nincs

46. Van-e a gyermeknél bántalmazásra utaló jel?
van/nincs

47. Anya-gyermek interakciók

1 ☐ harmonikus interakció	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ nincs összhang a gyermek és édesanyja között
1 ☐ érzékenyen reagál az anya a gyermek jelzéseire	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ az anya nem reagál a gyermek jelzéseire
1 ☐ az anya beszéddel kíséri a gondozási tevékenységet	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ az anya alig beszél a gyermekhez
1 ☐ érzelmileg meleg interakció	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ hideg, távolságtartó, illetve túlstimuláló anya

48. Az anya családi állapota:
- hajadon
- házas (beleértve az élettársi kapcsolatot is) és együtt is élnek (azaz egy háztartásban)
- házas, de külön él vagy elvált (beleértve a korábbi élettársi kapcsolat felbomlását is)
- özvegy
- ismeretlen

VI/d. számú melléklet – Rizikószűrés-kérdőív gyermekek körében

Rizikószűrés-kérdőív gyermekek körében

A gyermek azonosítója:.....

1. BLOKK

1. Történt-e változás a gyermek, család életkörülményeiben (egészségi, környezeti; pl. válás, munkahely elvesztése, diagnosztizált betegség stb.)?
igen/nem

Amennyiben igen, kérem részletezze:
.....
.....
.....

2. Van-e a gyermek bántalmazására, elhanyagolására utaló jel?
igen/nem

2. BLOKK

3. A településrész a település viszonyában szegregátum*?
igen/nem

4. A gyermek édesapjának (nevelőapa/gondviselő apa) legmagasabb iskolai végzettsége 8 általános vagy alacsonyabb?
igen/nem

5. A gyermek édesanyjának (nevelőanya/gondviselő anya) legmagasabb iskolai végzettsége 8 általános vagy alacsonyabb?
igen/nem

6. Van-e rendszeres, havi jövedelme a családnak (kiskorú anya/apa, élettárs esetében az újszülött eltartóját/ gyámját szükséges figyelemben venni)?
van/nincs

7. Van-e a lakásban/házban/bérleményben fürdőszoba?
igen/nem

8. Van-e a lakásban/házban/bérleményben áramszolgáltatás (villany)
igen/nem

3. BLOKK

9. Fokozottan gondozott volt-e az anya a várandóssága alatt?
igen/nem

---

* Szegregátum: olyan egybefüggő lakóterület, amelyen az alacsony társadalmi státuszú családok koncentráltan élnek együtt; szegregátum alkothat egy önálló településrészt, de részét képezheti egy vagy több településrésznek is.

10. Fokozottan gondozott volt-e a gyermek a megelőző időszakban?
igen/nem

Ha igen, milyen okból?
- egészségi
- környezeti
- mindkettő

11. Ki van-e téve a gyermek passzív dohányzás ártalomnak?
igen/nem

12. Van-e a gyermeknek olyan észlelt betegsége és/vagy eltérő – megkéső fejlődésre utaló jele, fogyatékossága, amely rendszeres kontrollt igényel?
igen/nem

13. Megkapta-e a gyermek az életkorának megfelelően a szükséges védőoltásokat?
igen/nem

14. Életkorának (táplálási ajánlásoknak) megfelelően történik-e a gyermek táplálása?
igen/nem

15. A gyermek jelenlegi súly percentilise: ..... ; hossz percentilise: .....

16. Az anya/nevelőanya és a gyermek között harmonikus a kapcsolat?
igen/nem

17. Anya-gyermek interakciók:

1 ☐ harmonikus interakció	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ nincs összhang a gyermek és édesanyja között
1 ☐ érzékenyen reagál az anya a gyermek jelzéseire	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ az anya nem reagál a gyermek jelzéseire
1 ☐ az anya beszéddel kíséri a gondozási tevékenységet	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ az anya alig beszél a gyermekhez
1 ☐ érzelmileg meleg interakció	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐ hideg, távolságtartó, illetve túlstimuláló anya

18. Szokta-e úgy érezni (anya/nevelőanya), hogy lehangolt (nem tud örülni semminek, elvesztette az érdeklődését, reggel nincs ereje felkelni, gyakran van sírhatnékja)?

☐ soha ☐ néha ☐ gyakran ☐ szinte mindig

19. Stabil-e a szülők közötti párkapcsolat?
igen/nem

4. melléklet – Hívásfelvételi adatlap

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

HÍVÁSFELVÉTELI ADATLAP

(tartalma szerint)

Hívás időpontja: .....
Hívó személyre/szervezetre vonatkozó adatok:
Neve: .....
Elérhetősége: .....
Veszélyeztetett személlyel fennálló kapcsolata: .....

Veszélyeztetett személyre vonatkozó adatok:
Neve: .....
Születés helye és ideje:.....
Anyja neve: .....
Lakcíme/tartózkodási helye: .....
Telefonos elérhetősége: .....
Gyermek esetében megtett hívás esetén, a szülő/gondviselő neve, címe, telefonszáma:..... A hívás oka: ..... Mit tett a hívó a probléma megoldásának érdekében?..... Miben kéri a segítséget? .....
Segítségnyújtás módja:.....
Megtett intézkedések: .....
Bevont szakemberek, szervezetek neve, elérhetősége: .....

Dátum: .....

.....
aláírás

5. melléklet – Bántalmazás esetén a sérülések, elváltozások leírási útmutatója – Egészségügyi Szakmai Kollégium Igazságügyi Orvostan, Orvosszakértés és Biztosítási Orvostan Tagozat ajánlása alapján

Gyermekbántalmazáséselhanyagolásgyanújaesetén, sérülések-elváltozásokkapcsánakövetkezőadatokdokumentálását tartjuk fontosnak:

- Amennyiben lehetőség van, akkor heteroanamnézis a sérülési mechanizmusról
- A gyermek kórelőzményi adatai, korábbi betegségei röviden
- Általános fizikális vizsgálat, melynek keretében ki kell térni a testhosszra, testtömegre, tápláltsági állapotra
- Hajas fejbőr, körmök, bőr tisztasága, ápoltsága vagy annak hiánya, esetleges élősködők, ótvar, scabies jelenléte
- Sérülések esetén azok pontos rögzítése, paramétereinek rögzítése – többek között a sérülés helye, mérete, alakja, sebzug, sebszél, sebalap, a sérülés iránya, mélysége, a seb környezetének elváltozásai
- A bőr felszínén elhelyezkedő sebek számos paraméterrel bírnak, melyek alapján a seb típusa, keletkezési ideje, súlyossága meghatározható. Ezeket a paramétereket az elsődleges ellátás során szükséges pontosan rögzíteni, mert a későbbiekben a seb gyógyulása után ezek a paraméterek már nem rögzíthetőek, a seb paraméterei a későbbiek során már nem meghatározhatóak. A sebzés paramétereinek pontos rögzítése az orvosi dokumentációban, látleletben, ambuláns lapon azért is fontos, mert ezen dokumentációk alapján a sebzés jellegzetességei a későbbiekben is értékelhetőek. A műtéti leírás különösen nagy fontossággal bír, mivel műtéti beavatkozások során a sebzések kimetszésre, ellátásra kerülnek, pl. szúrt sérülés vagy lövési sérülés bemeneti nyílása a műtéti beavatkozás során teljes egészében eltávolításra kerülhet, és a későbbiekben, pl. a sebzés elhelyezkedésének a meghatározása is csak a műtéti leírás alapján lehetséges.

A sebek orvosi dokumentációban történő leírásakor a következő paraméterek rögzítése szükséges:

- A seb elhelyezkedése – anatómiai régió, oldaliság (jobb oldal, bal oldal), távolság a szagittális síktól, távolság a talp síkjától (különös tekintettel szúrt sérülés és lövési sérülés bemeneti és kimeneti nyílására).
- A seb nagysága – általánosan elfogadott mértékegységben (cm, mm) kifejezve, a seb szélességének, hosszúságának feltüntetésével.
- A seb alakja – valamely ismert vagy jellegzetes alakzathoz hasonlítva, pl. babérlevél alakú, csillag alakú, rombusz alakú stb.
- A seb széle – lehet éles (éles eszköz okozta behatások kapcsán) vagy egyenetlen (repesztett, szakított sérülés).
- A sebzug – lehet kihegyezett, felszínes hámkarcolásban folytatódó vagy lekerekített.
- A seb fala – alávájt vagy letetőzött, sima vagy egyenetlen, szakadozott.
- A seb lefutása – egyenes, ívelt, zegzugos.
- A seb környezete – szennyezett, tiszta.
- A seb alapja – lágyrészek, csontos képletek.
- A seb mélysége – általánosan elfogadott mértékegységben (cm, mm) kifejezve, annak lehetséges megjelölésével, hogy a sérülés megnyitott-e testüreget, vagy sem.
- A sebzés iránya a szöveteken belül – a gyermeki test síkjainak, irányainak és tengelyeinek felhasználásával vektorszerűen, a testsíkokhoz viszonyítva (a szúrt és a lövési sérülések esetében nemcsak a testsíkokhoz kell viszonyítani, hanem pontosan, fokokban kell meghatározni az azoktól való eltérés mértékét is).
- A sérülés korának meghatározása (acut, subacut, chronicus).
- Lehetőség szerint fotódokumentáció a sérülésről (amennyiben ennek jogi és technikai feltételei megvannak).
- Képalkotó vizsgálati eredmények (pl. rtg, CT, MR, UH – a csontos anatómiai struktúrák vizsgálata mellett a bőr alatti lágyrészek bevérzésének, zúzódásának a leírása).
- Laboratóriumi vizsgálati eredmények.
- Gyanú esetén toxikológiai vizsgálat végzése és dokumentálása.
- Véralvadási zavar gyanúja esetében genetikai vizsgálat kezdeményezésének dokumentálása.

6. melléklet: Bántalmazás esetén a radiológiai kivizsgálás menetének leírása
(American College of Radiology [128, 129] és a NICE irányelvei alapján)

A képalkotó diagnosztika feladata fizikai gyermekbántalmazás alapos gyanúja esetén az egyértelmű vagy okkult sérülések kimutatása, a sérülés keletkezési idejének és mechanizmusának megítélése és a sérülés gyógyulásának nyomonkövetése.
Az egészségügyi szakmai irányelv radiológiai szakaszának célja, hogy a felmerült fizikai bántalmazás kivizsgálása országosan egységes módszertannal, minőséggel és hozzáállással történjen.

Indikáció és modalitások:

- A radiológiai kivizsgálás indikációja a gyermekbántalmazás alapos klinikai vagy radiológiai gyanúja.
- Kétéves kor alatt radiológiailag megalapozott a gyanú egy magas specificitású vagy egynél több közepes és alacsony specificitású szkeletális sérülés fennállása esetén, a látott sérüléssel inkongruens anamnézis esetén vagy központi idegrendszer vizsgálata során látott több, eltérő időben keletkezett sérülés esetén.
- Kétéves kor felett teljes radiológiai kivizsgálásra ritkán van szükség, ezekben az esetekben egyedi, klinikoradiológiai döntés szükséges.
- A kivizsgálás előtt szóban és írásban is (vizsgálatkérő lap) szükséges a radiológussal ismertetni minden anamnesztikus és fizikai tényezőt, amely a gyanú felállításához vezetett. Szintén a klinikus feladata tájékoztatni a szülőt a felmerült gyanú tényéről és a kivizsgálás várható menetéről.
- A radiológiai kivizsgálás magában foglalja a teljes csontváz röntgenvizsgálatát („skeletal-survey"), a központi idegrendszer vizsgálatát és klinikai gyanú esetén a mellkasi és hasi szervek vizsgálatát is. Kifejezetten alacsony specificitása miatt a teljes csontváz egy röntgenfelvételen történő leképezése („babygram") gyermekbántalmazás kivizsgálása esetén nem használható módszer!
- Fizikai gyermekbántalmazás alapos gyanúja esetén, egyéves kor alatt a skeletal-survey mellett minden esetben szükséges a koponya és a gerinc MR-vizsgálat végzése.
- Egyéves kor felett, ha a gyermek neurológiai tüneteket nem mutat és nincs klinikai gyanú a fej- vagy gerincsérülésre, a központi idegrendszer MR-vizsgálata elhagyható.
- Instabil állapotban lévő gyermek esetén – kortól függetlenül – az MR-vizsgálat helyett a gyorsabb és az életet veszélyeztető eltérések kimutatására szintén alkalmas CT-vizsgálat választandó. Azonban a gyermek állapotának stabilizálását követően, ideálisan 2–5 napon belül az MR-vizsgálat ezekben az esetekben is elvégzendő.

A kivizsgálás menete

- A kivizsgálás középpontjában a – jó eséllyel abúzuson átesett – gyermek áll. Ennek megfelelően a kivizsgálást úgy kell megszervezni, hogy a lehető legkevesebb helyváltoztatással és a lehető legrövidebb időn belül, gyermekbarát körülmények között történjen.
- A csontváz és a központi idegrendszer vizsgálatát a gyanú felmerülését követően minél hamarabb, de legkésőbb 72 órán belül el kell végezni.
- A csontváz vizsgálatához szükség van a vizsgálandó terület immobilizálására, ebben – amennyiben a klinikai személyzet megítélése szerint nem jelent közvetlen veszélyt a gyermekre – elsősorban a szülő segítségét kell igénybe venni, ha ez nem lehetséges, a radiológia munkatársai segédkeznek. Szükség esetén – a helyi eljárásrendeknek megfelelően, a diagnosztikus érték javítása érdekében – bódítás vagy szedáció is igénybe vehető.
- A felvételek értékeléséhez két radiológus szükséges (két gyermekradiológus vagy egy gyermekradiológus és egy traumás esetekben járatos felnőtt radiológus), akik a felvételek elkészülését követően, legkésőbb 72 órán belül elkészítik a konszenzuson alapuló leletet.
- A sérült vagy kérdéses testtájak és a mellkasi felvételek utánkövetése az első vizsgálattól számított 11–14. napon történik.
- A központi idegrendszer vizsgálatához – a gyermek korából fakadóan – szükség van szedációra, így a gyermek aneszteziológus team-et érdemes a gyanú felmerülésekor bevonni a kivizsgálás szervezésébe.
- Az MR- vagy CT-vizsgálatok értékelését az elérhető, intracranialis és spinalis sérülésekben legjáratosabb radiológus végezze!
- Amennyiben mellkasi vagy hasi sérülés gyanúja is felmerül, úgy a helyi, baleseti okból bekövetkezett sérülés kivizsgálásáról szóló eljárásrend követendő.

7. melléklet: Szexuálisan bántalmazott fiatalkorú nőgyógyászati vizsgálatának ajánlott menete

Szexuális bántalmazás gyanúja esetén ennek igazolására gyermeknőgyógyász vagy nőgyógyász szakorvosi és klinikai szakpszichológiai vagy gyermekpszichiátriai vizsgálat elvégzése javasolt.

A nőgyógyászati vizsgálat kezdetekor az áldozat azonosításához szükséges adatokon túl rögzíteni érdemes az áldozat foglalkozását, a feltételezett elkövető életkorát és foglalkozását, a családi kapcsolatot a fiatalkorú áldozat és az elkövető között, a bántalmazás gyakoriságát, típusát, az elkövetés helyszínét, pontos idejét, valamint az áldozatot kísérő személy és az áldozat között családi vagy egyéb kapcsolat mibenlétét.
A kórelőzmény pontos felvétele kiemelt fontosságú, ideértve mind az orvosi, mind a szociális anamnézist is. A fiatalkorú saját szavaival történő elbeszélésének szó szerinti rögzítése javasolt, kiegészítve az áldozat és kísérőjének viselkedésében és magatartásában észlelt jelekkel. A felnőtt kísérő által elmondott történet rögzítésére csak ezt követően kerül sor. Nagyon fontos, hogy a kikérdezés nyugodt környezetben és támogató, empatikus hozzáállással történjen. Célszerű a kognitív képességeket általános kérdésekkel felmérni. Egyszerű nyelvezet mellett minél részletesebb információkat kell gyűjteni a bántalmazásról.

Javasolt:
- részletes orvosi és szociális anamnézis,
- bántalmazás körülményeinek részletes leírása (sértett saját szavainak rögzítése),
- támogató környezet, egyszerű nyelvezet, biztonságot nyújtó attitűd.

A fizikális vizsgálat tartalmazza az áldozat testének teljes, átfogó vizsgálatát egyéb bántalmazás jeleinek felismerésére, illetve egyéb sérülések azonosítására. Fontos, hogy a vizsgálatot teljesen meztelenül végezzük. Az esetleges sérülések elhelyezkedését, kiterjedését írásban pontosan rögzítsük. A nemi szervek vizsgálata kiemelt jelentőségű. Fontos a szexuális fejlettség rögzítése, a bántalmazás jeleinek kutatása. A gyermeket hanyattfekvő, béka-láb helyzetben, anyja ölében vagy térd-mell helyzetben vizsgáljuk. Idősebb fiatalkorúak esetében a kőmetsző helyzet javasolt. Lehetőség szerint hüvelyi feltárás és ultrahangvizsgálat szükséges.

Javasolt:
- teljes test vizsgálata,
- bántalmazásra utaló jelek, sérülések felkutatása,
- nemi szervek részletes vizsgálata, kolposzkópia.

Váladék mintavétel szükséges további vizsgálatok végzése céljából. Javasolt vizelet terhességi teszt elvégzése. Igazságügyi orvostani szempontból javasolt lehetőség szerint a köröm alatti kaparék, hajszál, szennyezett ruhadarab lezárt borítékba helyezése, és kiemelt fontosságú lehet a szeméremszőrzet kifésülése. Fontos, hogy 72 órán belül spermium kimutatása céljából váladék mintavétel történjen a szájból, lányok esetében a hüvelybementről/hymenalis gyűrűről, hüvelyboltozatból, a nyakcsatornából, a végbélnyílásból; fiúk esetében a nemi szervek/gát bőréről, a végbélnyílásból és a hímvesszőről. Szükséges STD panel céljából hüvelyváladék mintavételt végezni, mellyel szifilisz, HIV, hepatitis B és C, chlamydia, gonorrhoea, mycoplasma, genitalis herpes és trichomonas fertőzés igazolható.

Javasolt:
- terhességi teszt,
- hüvelyváladék – STD-szűrés céljából,
- spermiumkutatás – mintavétel több helyről,
- lányok (száj, a hüvelybement/hymenalis gyűrű, hüvelyboltozat, nyakcsatorna, végbélnyílás),
- fiúk (száj, gát bőre, hímvessző, végbélnyílás).

Az ellátás során szükség szerint a sérülések sebészeti kezelése, sürgősségi fogamzásgátlás alkalmazása, tetanus védőoltás adása javasolt. Minden esetben a szexuális úton terjedő betegségek elleni profilaktikus antibiotikum adása szükséges.

Javasolt:
- sebészeti ellátás,
- gyógyszeres STD profilaxis,
- sürgősségi fogamzásgátlás,
- sz. e. Tetanus elleni oltás.

A leletek dokumentációja három nyomtatott példányban történik. A leleteket csak hatósági kérésre adjuk ki (rendőrség, ügyészség).
A fiatalkorú áldozat kontrollvizsgálata két héttel később javasolt az STD-szűrés eredmények ismertetése, szükség szerinti kezelése, ultrahangvizsgálat és pszichés támogatás céljából.

1.3. Táblázatok

1. táblázat: *A 0-17 éves gyermekek összesített bántalmazási adatai 2020-2022 Magyarország* [32]

Bűncselekmény sértettje 0–17 éves korosztály mindösszesen	2020 mindösszesen	2021 mindösszesen	2022 mindösszesen
	49 855	49 150	48 885
Emberölés és minősített esetei	209	131	210
Életveszélyt vagy halált okozó testi sértés	192	214	208
A nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni bűncselekmények mindösszesen (alább részletezve 1. szexuális erőszak, 2. szeméremsértés, 3. gyermekpornográfia)	1324	1371	1507
1. szexuális erőszak	343	323	396
2. szeméremsértés	420	384	442
3. gyermekpornográfia	270	390	359
A gyermekek érdekét sértő és a család elleni bűncselekmények mindösszesen (alább részletezve 1. tartási kötelezettség elmulasztása, 2. kiskorú veszélyeztetése, 3. kapcsolati erőszak)	2863	2968	3110
1. tartási kötelezettség elmulasztása	1186	1089	1036
2. kiskorú veszélyeztetése	1005	1102	1277
3. kapcsolati erőszak	650	757	761

2. táblázat: *Veszélyeztetett, bántalmazott, elhanyagolt gyermekek száma* [32]

Megnevezés	2012	2014	2017	2018	2020	2022
18 éven aluliak száma, január 1.	1 783 846	1 734 421	1 713 887	1 715 113	1 709 048	1 707 018
Nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak száma (fő)[a)]	190 564	139 818	172 808	173 604	162 985	164 209
Nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak aránya (%)	10,68	8,06	10,08	10,12	9,54	9,62
Nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúakból elhanyagolt gyermekek összesen (fő)[b)]	26 591	29 671	20 875	20 572	18 596	20 103
Elhanyagolt gyermekek aránya (%)	1,49	1,71	1,22	1,20	1,09	1,18
- fizikai elhanyagolás	11 879	14 912	14 468	14 547	12 376	13 812
- érzelmi (lelki) elhanyagolás	14 712	14 759	6 407	6 025	6 220	6 291
Nyilvántartott kiskorúakból bántalmazott gyermekek összesen (fő)[b)]	7 856	7 494	6 542	7 067	7 355	8 220
Bántalmazott gyermekek aránya (%)	0,44	0,43	0,38	0,41	0,43	0,48
- fizikai bántalmazás	2 532	2 927	3 235	3 607	3 499	3 946
- érzelmi (lelki) bántalmazás	4 973	4 113	2 687	2 856	3 078	3 552
- szexuális (abúzus) bántalmazás	351	454	620	604	778	722
Védelembe vett kiskorúak száma	25755	22884	28307	29014	27143	28678

a) Az adatok forrása: 2012. évben OSAP 1210, 2014. évben OSAP 1775, 2016. évtől OSAP 1696. 2012-2014. évben az adatok tárgyév december 31-re, 2016-tól tárgyévre vonatkoznak.

b) Az adatok forrása 2012-2014. évben OSAP 1775, 2016. évtől OSAP 1696

3. táblázat: Az alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek – orvosok és védőnők számának alakulása *2018-2022 között Magyarországon* [66]

Megnevezés	2018	2019	2020	2021	2022
Házi gyermekorvos	1 405	1 384	1 359	1 334	1 321
Vegyes praxis ellátó orvosok száma					1492*
Védőnői állás összes	5188	5 211	5 217	5224	5240
Betöltött védőnői állás	4802	4796	4844	4879	4919
ebből területi	3676	3675	3715	3764	3769
ebből iskolai	953	952	957	945	980
ebből kórházi	102	105	107	108	112
ebből CSVSZ	71	64	65	62	58

*2022. 12. 31-én

4. táblázat: *Kulcssérülések 2 éves kor alatt* [saját szerkesztés]

Kulcs-sérülések 2 éves kor alatt		
Magas specificitás	Közepes specificitás	Alacsony specificitás
Metafízis-törés (sarok és bucket-handle)	Többszörös (kétoldali) törések	Subperiostealis callus
Bordatörés (hátsó-oldalsó ív)	Eltérő idejű törések	Kulcscsonttörés
Lapockatörés	Luxatio	Csöves csontok diafízis-törése
Processus spinosus törés	Csigolya test törés és subluxatio	Vonalas koponyatörés
Szegycsonttörés	Ujjak törései	
	Komplex koponyatörés	

5. táblázat: *Felsorolás a teljes csontvázröntgen vizsgálatához („skeletal-survey")* [saját szerkesztés]

Teljes csontváz vizsgálata – Skeletal-survey
Koponya AP és oldal (nyaki gerinccel együtt) **, ***
Humerus AP *
Ulna és radius AP
Kéz PA *
Femur AP *
Tibia és fibula AP *
Láb AP *
Mellkas AP, lateralis és 2 ferde (bordák) *
Lumbosacralis gerinc és medence AP **
Lumbosacralis gerinc oldal **

* páros csontoknál mindkét oldal

** gyanú vagy sérülés esetén oldalirányú felvétel is!

*** Koponya- és nyakigerinc-CT esetén a koponya Röntgen elhagyható

6. táblázat: *Beleegyezési korhatár és büntethetőség* [saját szerkesztés]

idősebb fél → fiatalabb fél ↓	**12 év alatt**	**12–14 év között**	**14–18 év között**	**18 év felett**
12 év alatt	nincs büntetőjogi felelősség	nincs büntetőjogi felelősség	szexuális erőszak	szexuális erőszak
12–14 év között		nincs büntetőjogi felelősség	nem büntetendő	szexuális visszaélés
14–18 év között			nem büntetendő	csak minősített esetekben büntetendő *
18 év felett				nem büntetendő

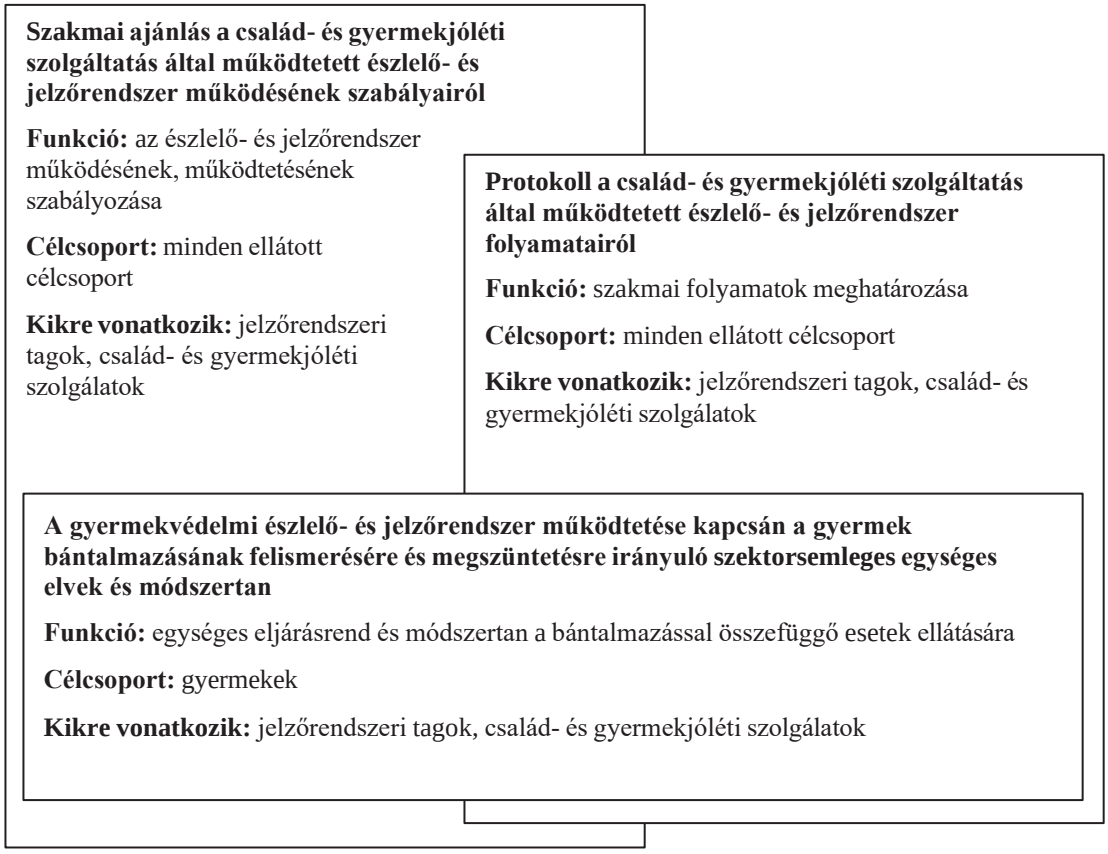
*: A vele kapcsolatban fennálló hatalmi vagy befolyási viszonnyal való visszaélés.

7. táblázat: *Szexuálisan bántalmazott fiatalkorú nőgyógyászati ellátásának menete* [124, 125]

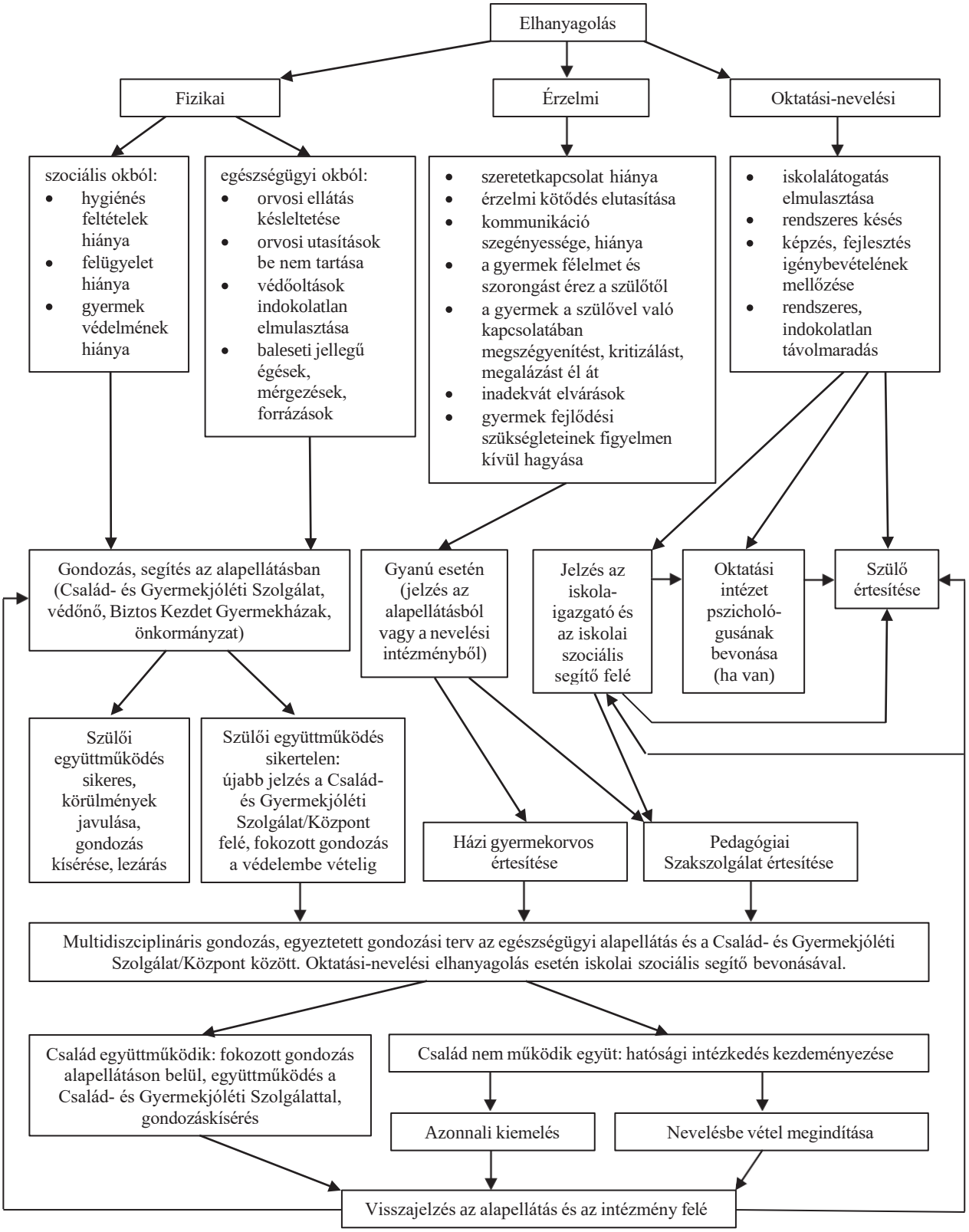
Kórelőzmény felvétele
– részletes orvosi és szociális anamnézis
– bántalmazás körülményeinek részletes leírása (sértett saját szavainak rögzítése)
– támogató környezet, egyszerű nyelvezet, biztonságot nyújtó attitűd
Fizikális vizsgálat
– teljes test vizsgálata szükséges
– lehetséges bántalmazásra utaló jelek, sérülések felkutatása
– nemi szervek részletes vizsgálata, kolposzkópia
Váladék mintavétel
– vizelet-, terhességi teszt
– hüvelyváladék – STD-szűrés céljából
– spermiumkutatás – mintavétel több helyről (lányok: száj, a hüvelybemenet/hymenalis gyűrű, hüvelyboltozat, nyakcsatorna, végbélnyílás; fiúk: száj, gát bőre, hímvessző, végbélnyílás)
Ellátás
– sérülések sebészi ellátása
– szükség esetén sürgősségi fogamzásgátlás
– STD profilaxis – gyógyszeres kezelés
– szükség esetén Tetanus elleni oltás
Leletek dokumentálása
három nyomtatott példányban
Leletek kiadása
kizárólag hatósági kérésre (rendőrség, ügyészség)
Kontrollvizsgálat
– STD szűrés eredményének ismertetése, szükség esetén további kezelés
– ultrahangvizsgálat
– pszichés támogatás

1.4. Algoritmusok

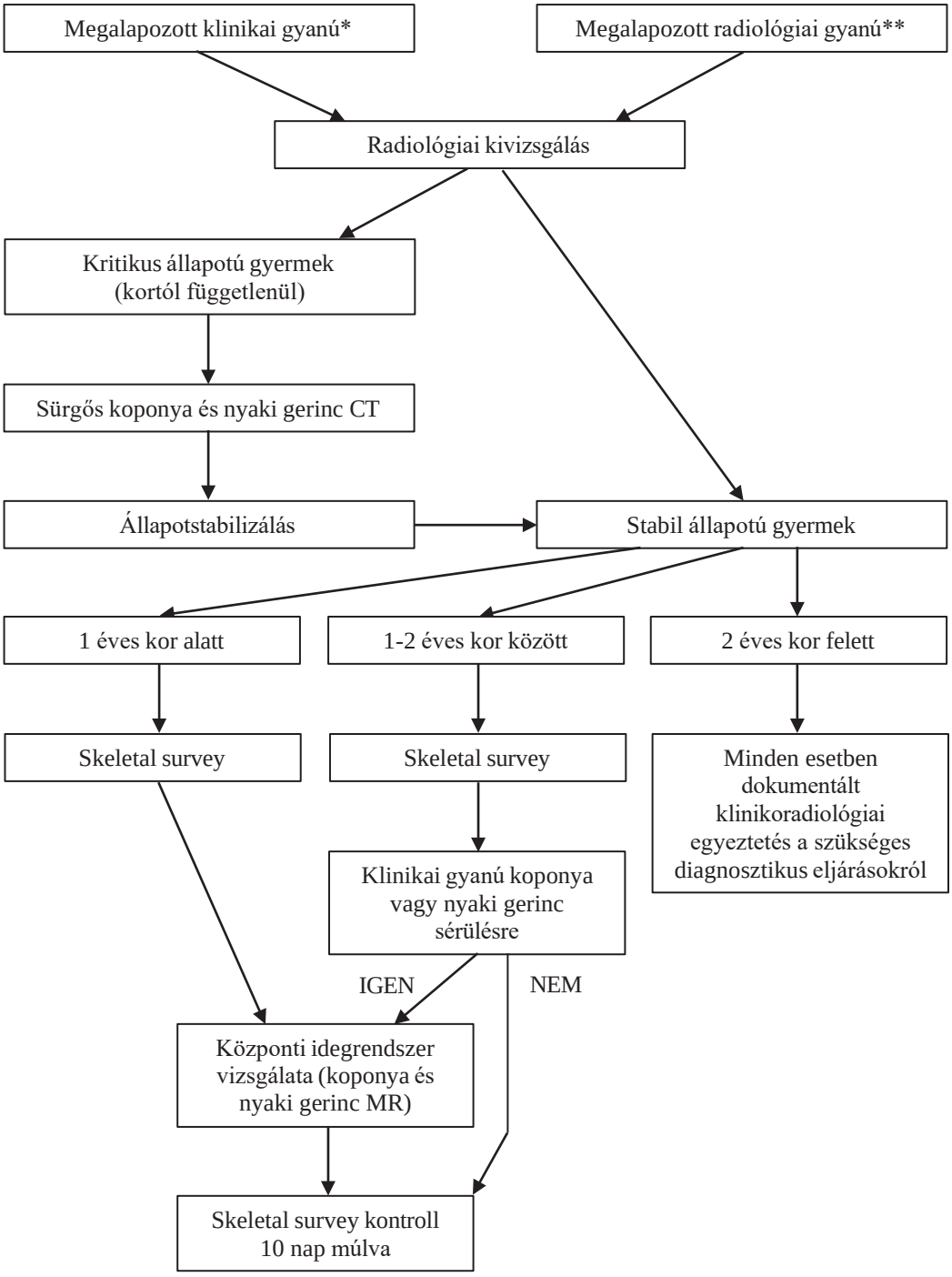
1. ábra:
A család- és gyermekjóléti szolgáltatás szakmai szabályrendszerek egymáshoz való viszonya
[2.a]



3. ábra: Az elhanyagolás folyamatábrája [saját szerkesztés]



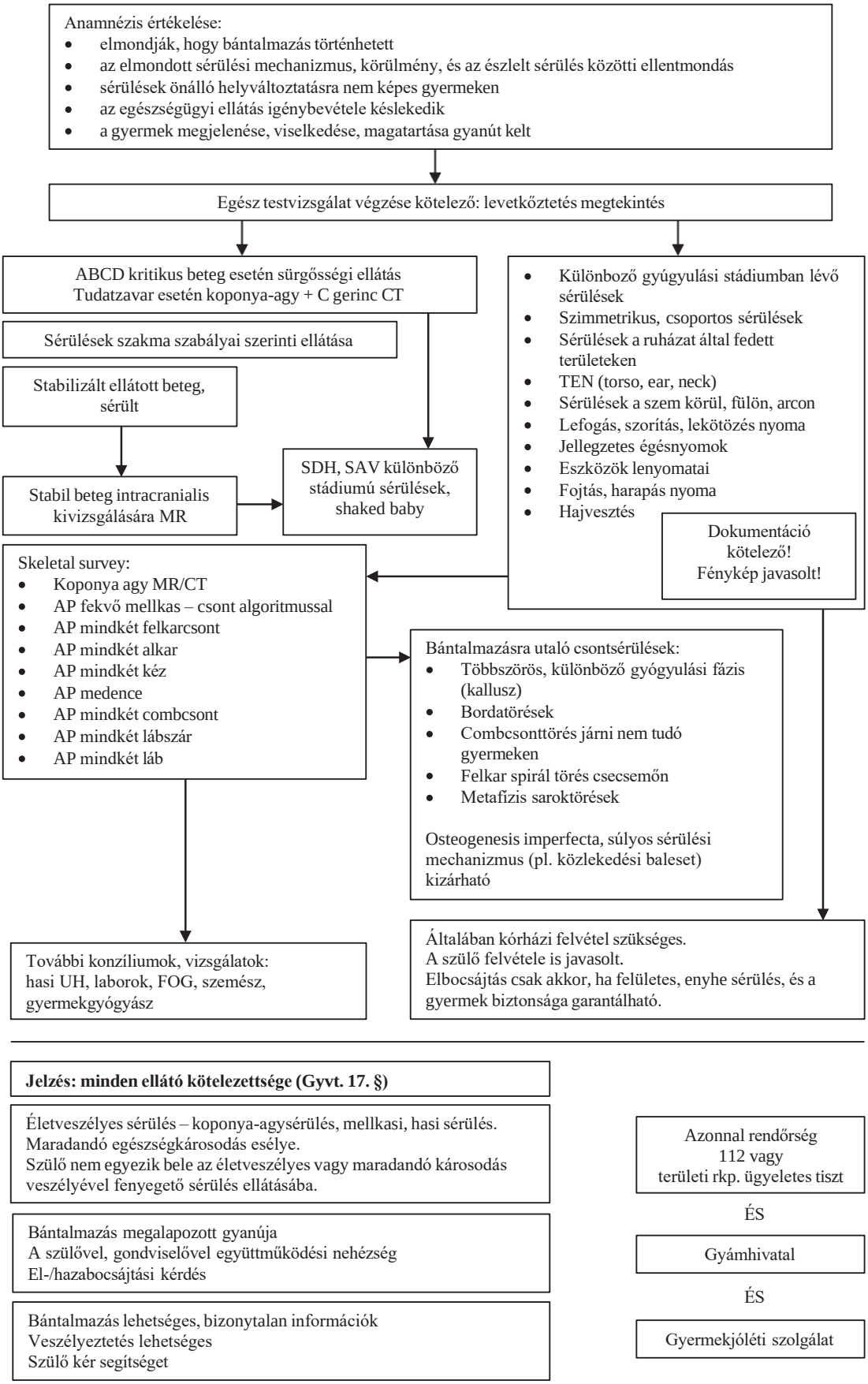
4. ábra:
A radiológiai vizsgálatok folyamatábrája [saját szerkesztés]



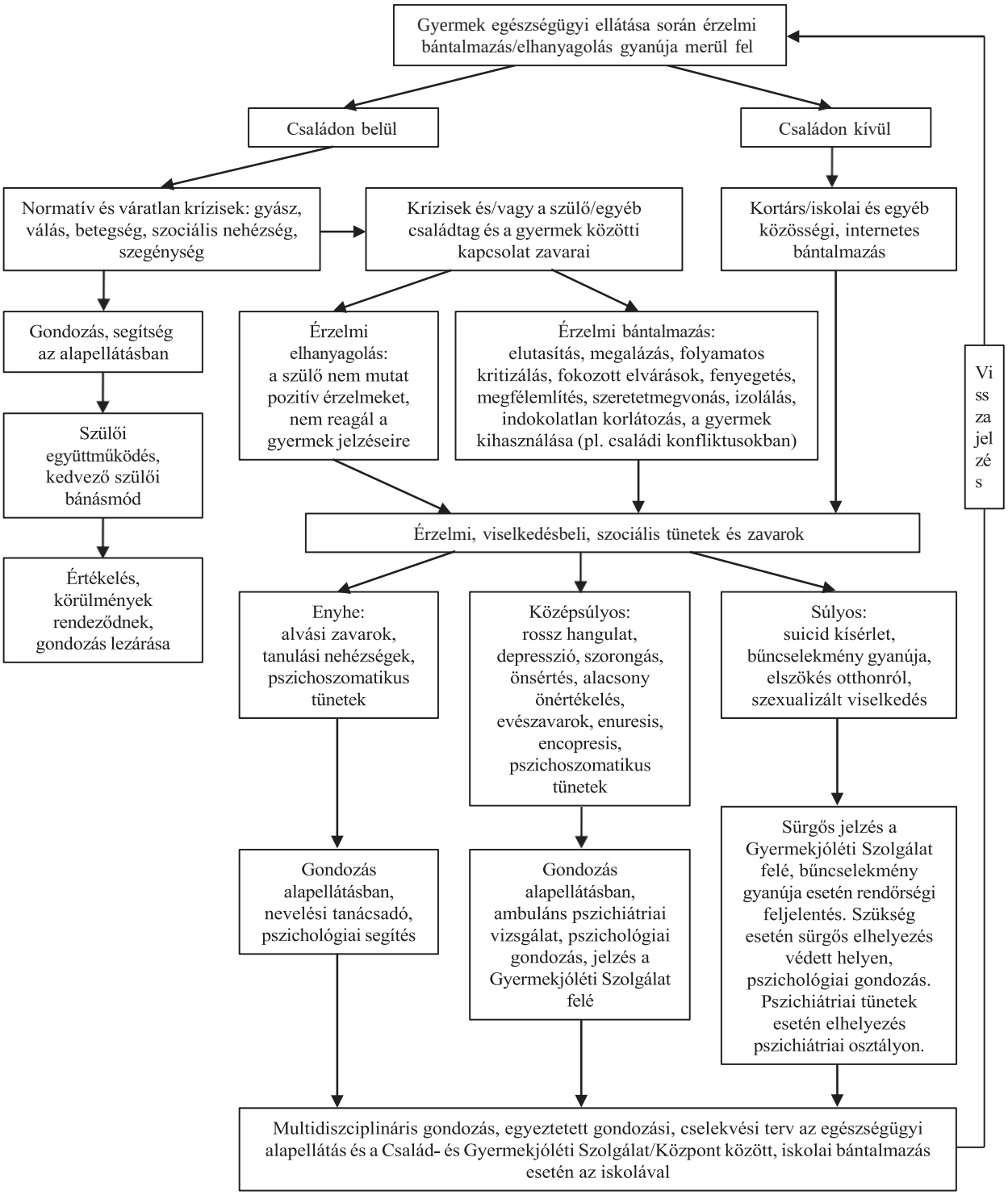
* Kétéves kor alatt radiológiailag megalapozott a gyanú egy magas specificitású vagy egynél több közepes és alacsony specificitású szkeletális sérülés fennállása esetén, a látott sérüléssel inkongruens anamnézis esetén vagy központi idegrendszer vizsgálata során látott több, eltérő időben keletkezett sérülés esetén.

** Kétéves kor alatt egy magas specificitású vagy egynél több közepes/alacsony specificitású szkeletális sérülés fenállása, a látott sérüléssel inkongruens anamnézis vagy központi idegrendszer vizsgálata során látott több, eltérő időben keletkezett sérülés.

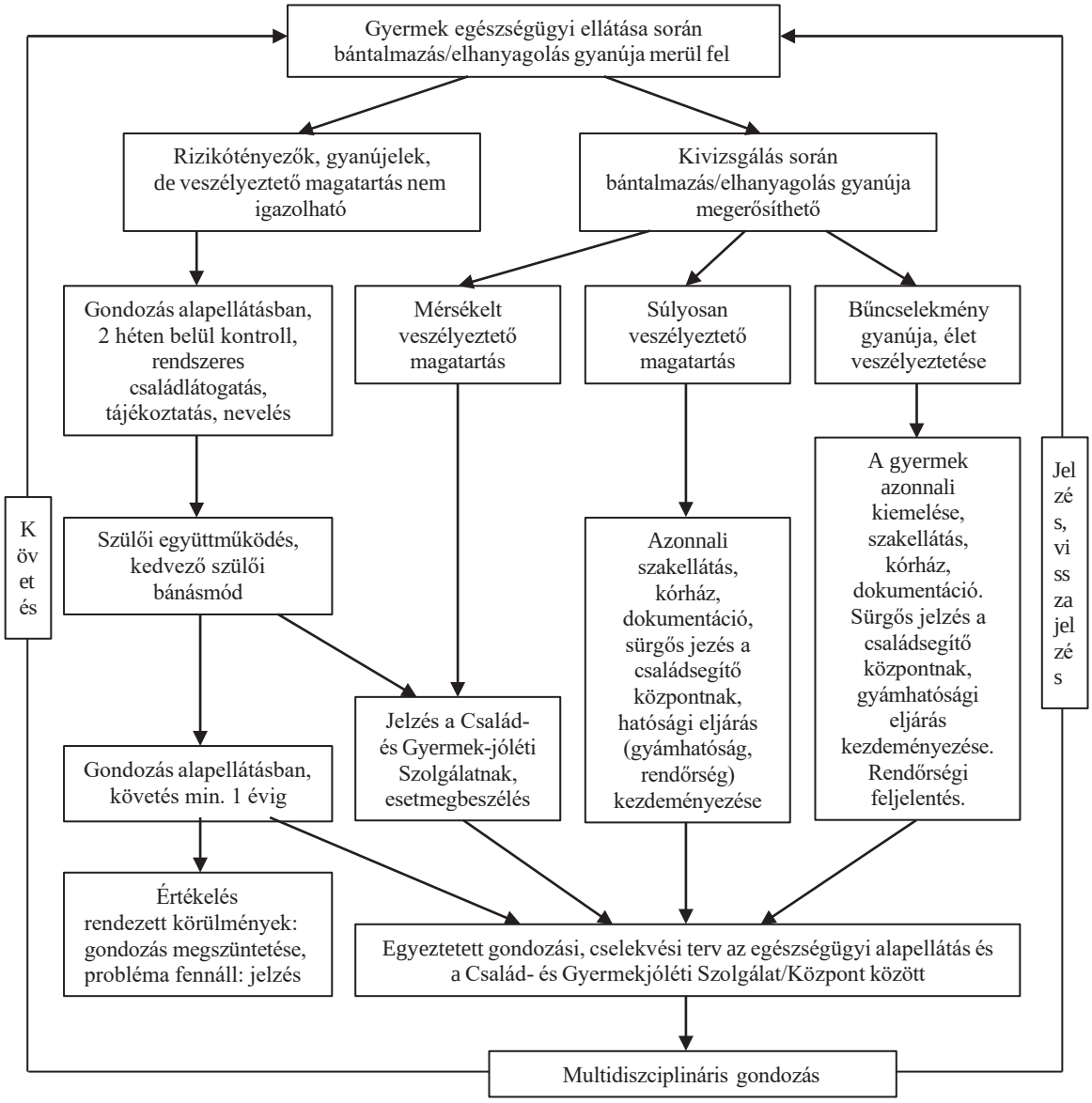
5. ábra: Fizikai bántalmazás folyamatábrája [saját szerkesztés]



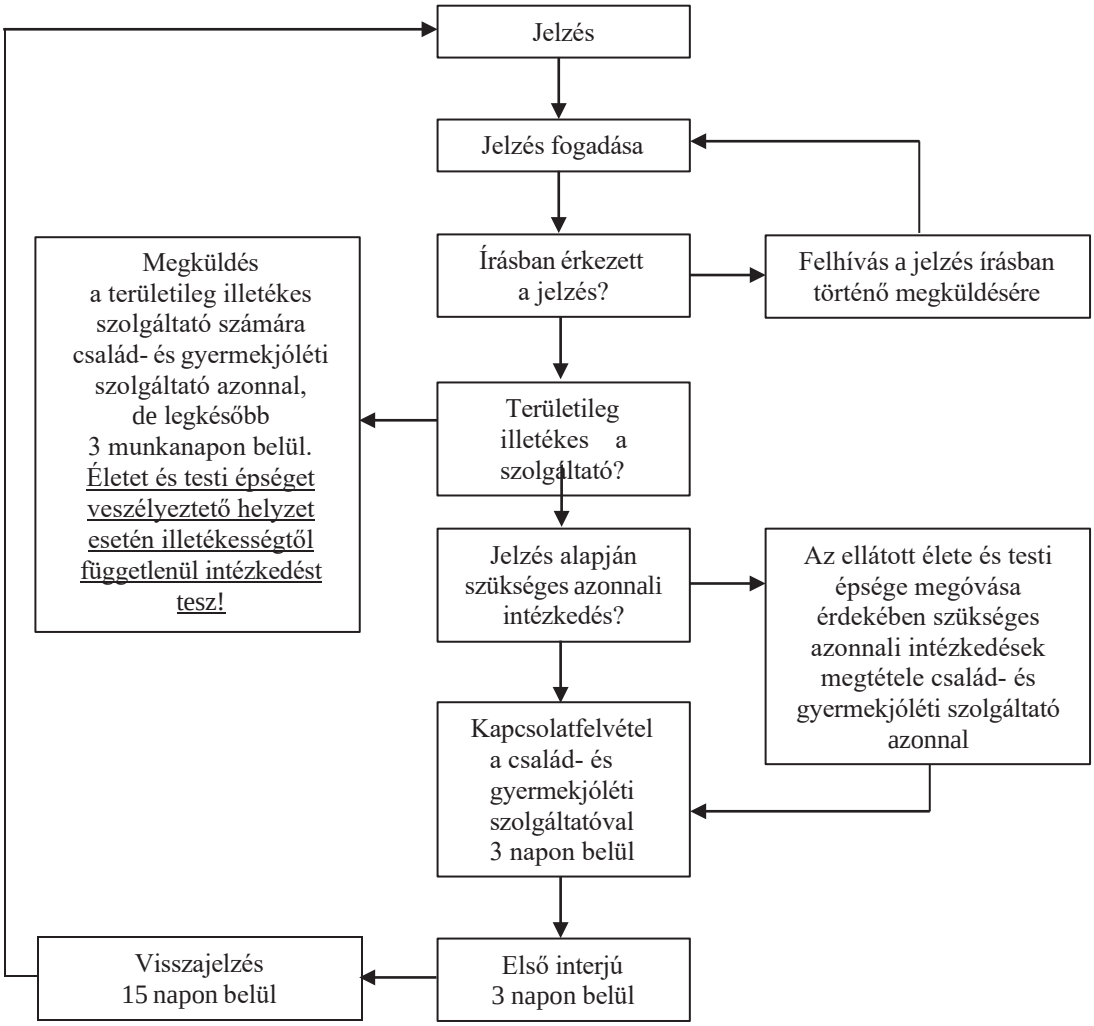
6. ábra:
Az érzelmi bántalmazás folyamatábrája [saját szerkesztés]



7. ábra:
Az ellátási folyamat algoritmusa, a fejlesztők által módosított folyamatábra [6]



8. ábra:
A jelzés fogadásának folyamata a család- és gyermekjóléti szolgálatoknál
[2.b]



1.5. Egyéb dokumentumok

A bántalmazással/elhanyagolással kapcsolatban jelenleg használható BNO 10 kódok
(A WHO 2018 júniusában hirdette ki az új ICD-11 kódrendszert, melyet 2020-tól vezettek be.) [118]

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
T74.4 SBS/AHT – Megrázott gyermek szindróma
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, illetve befolyás, vagy egyéb abnormis minőségű tényezők a neveltetésben
F32–33	Depresszió
F40–48	Neurotikus, stresszhez társuló szomatoform rendellenességek
F40	Fóbiás szorongás rendellenességek
F41	Egyéb szorongásos rendellenességek
F43	Súlyos stressz által kiváltott reakció és alkalmazkodási rendellenességek
F44	Disszociatív (konverziós) zavarok
F45	Szomatoform rendellenességek
F50–51	Viselkedészavarok (evési, alvási zavarok)
F90–98	A viselkedés és érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban kezdődő zavarai

2. ábra:
A fizikai bántalmazás és baleseti sérülések elkülönítő ábrája [101]

