

*Emberi jogok a
Gyermekpszichiátriában*

2003

**Kiadja a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum
1083 Budapest, Szigony u. 13/A.
Levelezési cím: 1437 Bp., Pf.: 287.**

Emberi Jogok a Gyermekekpszichiátriában

Szerző:

Gombos Gábor, a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) társelnöke,
az Európai Fogyatékosügyi Fórum Emberi Jogi Bizottságának tagja

Társszerzők:

Iványi Róbert, E kategóriás ápoló, a PÉF felhasználói koordinátora

Karácsony Erika, a Fénysugár Mentálhigiénés Egyesület elnöke, a
PÉF elnökségi tagja

Novák Ádám, a Varázshegy Önsegítő Egyesület és a PÉF elnökségi
tagja

dr. Pető Katalin, pszichiáter, a PÉF alelnöke

Radó Iván, a PÉF ügyvezető igazgatója

dr. Schiffer András, a PÉF megbízott jogásza

Simon Zsuzsa, betegjogi képviselő, a PÉF elnökségi tagja

Simor Eszter, szociális munkás, Mental Disability Rights International
(MDRI)

dr. Szeli Éva, pszichológus, jogász, (MDRI)

Szőke Zsolt, a Lélek-Hang Egyesület elnöke, a PÉF társelnöke

Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum
Budapest, 2003.

Én mondom: Még nem nagy az ember.
De képzeli, hát szertelen.
Kísérje két szülője szemmel:
a szellem és a szerelem!

(József Attila: Ars Poetica)

A tanulmány beszerezhető a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórumtól

Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum
1437 Budapest
Pf. 287

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórumtól szintén igényelhetők az alábbi kiadványok:

- Az ellátottak emberi jogai a pszichiátriai betegek otthonaiban, Budapest, 2001
- The Human Rights of Patients in Social Care Homes for Mentally Ill, 2001
- ÖsszHang, negyedévente megjelenő periodika

A tanulmány és az annak alapjául szolgáló kutatás főként a Nyílt Társadalom Intézet támogatásával készült.

A PSZICHIÁTRIAI ÉRDEKVÉDELMI FÓRUM RÖVID BEMUTATÁSA

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) 1999-ben alakult, szervezeti formája szövetség. A Fórum létrejöttét több éves előkészítő munka előzte meg.

A Fórum a közép-kelet európai régióban unikális szervezet, amelynek döntéshozó testülete a felhasználói többség elve alapján működik, tehát az elnökség 7 tagjából 4 fő jelenlegi, vagy volt használója a pszichiátriának. Ilyen „felhasználó kontrollált” formában a világon csak néhány szervezet működik, a poszt-kommunista régióban a PÉF az egyetlen ilyen.

Az elnökségben ezen kívül jelen vannak a szakmák képviselői, tehát a szociális munka, a pszichiátria és a hozzátartozói oldal is képviselve van. A felhasználók maguk is független önszervezeteket és régiókat is képviselnek.

A Szövetség tagsága érdekvédelemmel, rehabilitációval foglalkozó, illetve a pszichiátria területén reformszellemű irányultsággal tevékenykedő szakemberekből és felhasználókból áll. A Szövetség a pszichiátria területén elsősorban az esélyegyenlőséggel, az érdekvédelemmel, az emberi jogok tényleges meglétének kérdéseivel foglalkozik.

A Szövetség tevékenysége során a konszenzus híve, munkájában a Magyar Pszichiátriai Társasággal és számos hazai, illetve több nemzetközi szervezettel működik együtt, illetve ezen szervezetek többségének rendes tagja. A Szövetség a Nemzeti Egészségügyi Tanács egyik résztvevő tagja.

Munkájában számos munkatárs vesz részt, felhasználói koordinátorok, regionális központi koordinátorok segítik annak a célnak megvalósulását, hogy a Fórum valóban országosan tudja az érdekvédelmet képviselni.

A Szövetség döntően jogi személyiséggel rendelkező tagokat tömörít, de nem kizárt természetes személyek tagsága sem. A Szövetség közhasznú társadalmi szervezetként tevékenykedik.

A Szövetség tevékenységét annak első 15 hónapjában a SOROS Alapítvány támogatta, a továbbiakban az Open Society Institute és a SOROS Alapítvány támogatását élvezi. Külön megjelölt célokra a Holland Királyság Budapesti Nagykövetsége és a Brit Nagykövetség Budapesti Nagykövetsége, valamint a MATÁV is juttatott szövetségünknek támogatást.

A PÉF emberi jogi monitorozást végez a pszichiátriai betegek otthonaiban (Az ellátottak emberi jogai a pszichiátriai betegek otthonaiban, Budapest, 2001), segíti a lakóönkormányzatok munkáját, jogi tanácsadást és esetenként jogi képviseletet biztosít.

Gombos Gábor a Pszichiátria Használóinak, volt Használóinak és Túlélőinek Európai Hálózatának elnöke, az Európai Fogyatékosügyi Fórum Emberi Jogi Bizottságának tagja. 2000-ben a Speak Truth to Power program keretében a világ vezető 51 emberi jogvédője közé választották, olyan emberek társaságában, mint Özsentsége a Dalai Láma, Vaclav Havel, Desmond Tutu és Elie Wiesel. 2001 óta az Ashoka: Global Fellowship of Leading Social Entrepreneurs tagja. A Nobel-békedíjas Oscar Arias által alapított Alliance for New Humanity nevű békekezdeményezés Tiszteletbeli Tanácsának tagja. Részt vesz az ENSZ fogyatékosjogi egyezményét kidolgozó ad hoc bizottság munkájában.

Köszönetnyilvánítások

A szerzők és a tényfeltáró munkában résztvevő valamennyi aktivista őszinte köszönetét fejezi ki mindazoknak, akik lehetővé tették, hogy jelen tanulmány elkészülhessen. A gyermekpszichiátriai osztályok, részleg, gondozók, a felkeresett gyermekjóléti szolgálatok, nevelési tanácsadók, családsegítők, valamint a speciális gyermekotthon vezetői és munkatársai mind nagy segítőkészséggel viszonyultak a munkánkhoz.

A hosszú, néha másfél órás interjúkra a dolgozók készségesen vállalkoztak. Megfigyeléseinkben nem akadályoztak, sőt a legtöbb helyen minden segítséget megadtak.

Látogatásaink során közös nevező volt, hogy mind az intézményekben dolgozók, mind az emberi jogi aktivisták osztoztunk a gyermekpszichiátriai ellátórendszer elhanyagoltsága fölötti keserűségben, olykor dühben.

Trivialitás, hogy egy társadalom jövője múlik azon, hogyan bánik gyermekeivel. Áttekintve a pszichés problémákkal élő gyerekek és családjaik megsegítésére rendelkezésre álló (vagy inkább nem álló) „rendszer”, nem lehetünk optimisták.

Rengeteg elkötelezett szakemberrel, civil segítővel találkoztunk. Lehetetlen név szerint felsorolni mindazokat, akik – közös ügynek tekintve munkánkat – támogattak bennünket, szaktudásukat, véleményüket megosztották velünk.

A jelen tanulmányban szereplő kritika nem őket illeti. Az állam az, akinek végső soron biztosítania kell, hogy a tanulmányban kifejtett emberi jogi sérelmek ne fordulhassanak elő. Hogy létrehozzon egy olyan pszichoszociális hálót, ami emberi módon, az emberi és gyermekjogok szem előtt tartásával, az abban dolgozók méltó munkakörülményeinek biztosításával érdemben segíthet a pszichés problémákkal élő gyerekeken és családjaikon.

Amikor az állam felelősségét hangsúlyozzuk, nem öncélú bírálatot akarunk gyakorolni. Ezen állam állampolgáraiként, az adott szakterületen működő civil szervezetként kötelességünk kivenni részünket a jobbításból. Ennek első lépése a tények feltárása, publikussá tétele. Ezt javaslatok követik, melyek megvalósításához, a róluk szóló szakmai és társadalmi vitához a PÉF ezúton is felajánlja – kompetenciája keretei között – a segítségét.

Bevezetés

1.1. Általános bevezető

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) a Mental Disability Rights International (MDRI) budapesti irodájának munkatársaival közösen 2002. júniusa és 2003. áprilisa között emberi jogi monitorozást végzett annak feltárására, hogy az emberi jogok – különös tekintettel a gyermeki jogokra – hogyan érvényesülnek a magyarországi gyermekpszichiátriai fekvőbeteg osztályokon ill. részlegen¹. Tekintettel arra, hogy mind az osztályok, mind az ágyak száma kevés, nyilvánvaló, hogy azok csak a jéghegy csúcsát jelenítik meg. Bár kutatásunkban a mozgásszabadság korlátozását is maga után vonható kórházi körülményekre koncentráltunk, azt igyekeztünk beágyazni egy jóval szélesebb kontextusba. Így felkerestünk olyan egyéb intézményeket², ahová viselkedési, érzelmi, tanulási és egyéb pszichés zavarokkal élő gyerekek, illetve családjaik segítségért fordulhatnak.

1998-ban az ENSZ gyermekjogi egyezménye által megkövetelt jelentést³ véleményező bizottság több, tárgyunkba vágó aggályának adott hangot:

„A Bizottság aggályát fejezi ki a gyermekekkel szembeni rossz bánásmóddal kapcsolatos esetek miatt mind a családokban, mind az intézetekben, csakúgy mint az efféle visszaélések áldozatainak pszichoszociális gyógyítását szolgáló intézkedések elégtelensége miatt.”⁴

„A Bizottság aggályát fejezi ki a gyermekbántalmazással, beleértve a családi belüli szexuális bántalmazást is, szembeni jogi és egyéb intézkedések elégtelensége miatt. A Bizottság aggályát fejezi ki a családon belüli erőszakkal kapcsolatos kutatás hiánya miatt is.”⁵

Azóta, főként civil szervezetek nyomására e téren változások indultak meg, de mint látni fogjuk, ez a gyermekpszichiátria terén még távolról sem kielégítően éreztetni a hatását.

„A fiatalok közti magas öngyilkossági arány a Bizottság számára aggodalom tárgya. A Bizottság szintén aggódik a kamaszok egészségügyi problémáit – mint a reprodukzív egészség

¹ Az országban hat kórházi gyermekpszichiátriai osztály működik: ebből három Budapesten (Budai Gyermekkorház Ali utcai osztálya, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Gyermek- és Ifjúság Pszichiátriai Osztálya, valamint az alapítványi formában működő Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia), egy Debrecenben, egy Gyulán, egy Szegeden. A Dunántúl egyetlen intramurális gyermekpszichiátriája Győrben van, ez azonban a Gyermekosztály részlege.

² Interjúkat készítettünk és megfigyeléseket végeztünk gyermekpszichiátriai gondozóban, gyermekjóléti szolgálatoknál, családsegítőkből, nevelési tanácsadókból. Ugyancsak felkerestünk egy speciális gyermekotthont, melynek feladatai közé tartozik a súlyos pszichés problémával élő gyerekek, kamaszok ellátása. A PÉF következő projektjében ezekre a 2002. végéig létrehozott intézményekre fog koncentrálni, ezért jelen tanulmányban nem foglalkozunk velük.

³ Az Egyezmény a gyermekek jogairól 44. cikke 1. és második bekezdése szerint: „1. Az Egyezményben részes államok kötelezik magukat, hogy az Egyesült Nemzetek Főtitkárnak közvetítésével az Egyezményben elismert jogok érvényesítése érdekében elfogadott intézkedésekről és e jogok gyakorlásában elért előrehaladásról jelentést terjesztenek a Bizottság elé, éspedig:

- a) az Egyezménynek az adott államra vonatkozó hatályba lépésétől számított két éven belül;
- b) ezt követően ötévenként.

2. A jelen cikk végrehajtása során készített jelentéseknek rá kell mutatniuk az Egyezményben említett kötelezettségek maradéktalan teljesítését gátló tényekre és nehézségekre. A jelentéseknek elegendő adatot kell tartalmazniuk ahhoz, hogy a Bizottság pontos képet alkothasson magának az Egyezménynek az adott országban való végrehajtásáról.”

⁴ A Gyermekjogi Bizottság Zárószövevényei a Gyermekek Jogai: Magyarország című jelentéshez, (1998) 16. pont (a szerző nem hivatalos fordítása)

⁵ Idem, 20. pont

és a korai terhesek előfordulása – célzó intézkedések elégtelensége miatt. A Bizottság aggodalmát fejezi ki a gyermekek körében növekvő alkohol- és drogfogyasztás, valamint az Állam által tett elégtelen megelőző intézkedések miatt.”⁶

Közhely, hogy a pszichés problémával élő emberek a társadalom legkiszolgáltatottabb, legrosszabb érdekérvényesítő lehetőségekkel rendelkező, erős előítéletekkel kezelt csoportjához tartoznak⁷. Kiskorúnak lenni szintén kiszolgáltatottsággal jár, a legkülönbébb visszaéléseknek (testi, érzelmi, szexuális bántalmazásoknak) a felnőtteknél sokkal könnyebben válnak áldozataivá. Pusztán koruknál fogva is cselekvőképtelenek, ill. korlátozottan cselekvőképesek. Pszichiátriai címkével élő kiskorúnak lenni hatványozottan hátrányos állapot.

Világszerte elfogadott tény, hogy a gyermekpszichiátria önálló diszciplína. A „nagy pszichiátriai” kórképek jellemzően fiatal felnőttkorban – vagy a kései kamaszévokban kezdődnek. Az egyik osztály vezető főorvosa kifejtette: „Nálunk nincsenek elmebetegek. Gyerekek vannak, akiknek gyerekproblémái vannak.” Nagy kérdés, hogy ezen gyermeki problémáknak a legadekvátabb, hosszú távon is pozitív megoldást hozó megközelítése a medikális problémakezelés-e. Ezért is tartottuk fontosnak a nem-medikális intézményhálózat vizsgálatát is.

Az egyes osztályok között minden tekintetben nagy különbségeket tapasztaltunk. Az osztályok többsége előjegyzés alapján vesz fel pácienseket. Két osztály felvételes, ők sürgősséggel is vesznek fel gyerekeket. A legtöbb osztály specializálódott, van, ahol tanulási és figyelemzavaros gyerekekkel foglalkoznak, máshol autista gyerekekre szakosodtak. Jellemző még az étkezési zavaros gyerekek (főként lányok), érzelmi válsághelyzetben lévő kamaszok, komolyabb magatartászavart mutató serdülők kórházi kezelése. Viszonylag ritka, de előfordul a korai életkorban kezdődő pszichózis.

Becsült adatok szerint minden 4-5. gyerek, kamasz küzd valamilyen, nem feltétlenül medikális, segítséget igénylő érzelmi, magatartási, tanulási és egyéb pszichés problémával^{8 9}. Azok száma tehát, akiknek a jogaiért e kutatás elkészült, hazánkban 500 000 és 600 000 között lehet. Többségük nem elsősorban orvosi, egészségügyi ellátást igényelne, hanem egy átfogó, az oktatási intézményekkel szorosan kooperáló pszichoszociális ellátórendszert.

⁶ Idem, 21. pont

⁷ Az Egyesült Királyságban Prof. A. Crisp vezetésével jelentős tanulmányok készültek a pszichés problémákkal élőkkel szembeni stigma és diszkrimináció tárgyában. L. pl. Crisp A.H. (2001) Changing Minds: Every Family in the Land, A campaign update. *Psychiatric Bulletin* (25) 444-446

Crisp AH (2001) Doctors and mental health: no more untouchables. *Mental Health Review Hospital Doctor* 14/06/2001 27-33

Crisp AH (2001) The tendency to stigmatise. *British Journal of Psychiatry* (178) 197-199

⁸ Az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” megállapítása szerint: „1997-ben hazánkban a gyermekpszichiátriai morbiditás 15-25% között volt, ami magasabb a fejlett országok 12-20%-os értékéhez képest.” (H/1813. számú országgyűlési határozati javaslat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról, 61. oldal (2002))

⁹ Nemzetközi tekintetben mérvadó az egyesült államokbeli fölmérés, mely szerint a gyerekek mintegy 20%-a „érintett”. L. *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (2001)

1.2. Egyezmény a gyermek jogairól¹⁰

A gyermekek jogairól szóló ENSZ egyezményt (Egyezmény a gyermek jogairól) az ENSZ Közgyűlése 1989. november 20-án egyhangúan fogadta el és 1990. szeptember 2-án lépett hatályba. A következő évtizedben az ENSZ tagállamok – két ország kivételével – ratifikálták. Ezzel az egyezmény a legszélesebb körben elismert nemzetközi emberi jogi szerződésé vált. Magyarország, mint az egyezményt ratifikáló országok egyike¹¹, nemzetközi kötelezettséget vállalt, hogy érvényesíti a gyermekek alapvető jogait és a gyakorlatban alkalmazza az egyezmény előírásait.

Az Egyezmény a gyermek jogairól elismeri, hogy az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatában, a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányában és a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányában megalapozott nemzetközi emberi jogok teljes skálája minden ember jogait védi, beleértve a gyermekeket is¹². Az egyezmény 2. cikkelye védelmet nyújt a diszkrimináció minden formájával szemben, beleértve a fogyatékoság alapján történő diszkriminációt is. Ily módon a fogyatékkal élő gyermekeket ugyanazok a jogok illetik meg a nemzetközi jog szerint, mint bármely más személyeket. Továbbá az Egyezmény a gyermek jogairól 23. cikkelye különösen is érinti a mentális és testi fogyatékkal élő gyermekek jogait.

Az Egyezmény a gyermek jogairól legjelentősebb fejleménye, hogy a gyermekeket *személyeknek* és *állampolgároknak* ismeri el, akik képesek arra, hogy aktív szerepet játszanak emberi jogaik megélésében. A gyermek ily módon sokkal inkább társadalmi szereplő, semmint erőtlén és hangtalan gyámolítottja a családnak és a társadalomnak. Az Egyezmény a gyermek jogairól bevezette és hangsúlyozza azt a felfogást, miszerint a gyermekek jogokkal bíró személyek, átmenetet képezve a szükségletek kielégítésére alapozott politikától a jogok és az egyéni érdekek tiszteletén alapuló politika irányába.¹³

1.3. Előszó helyetti bevezető a jogász szemével¹⁴

A komplex, posztmodern társadalmakban a kiszolgáltatottság nem egy-egy társadalmi csoport „privilegiuma”. Szinte minden ember rendelkezik olyan élménnyel, hogy bizonyos életszakaszban, léthelyzetben sorsáról – bár képessége meg lett volna rá – nem határozhatott önállóan, nem egyenlő morális személyként kezelték, róla, nélküle, számára ismeretlen szempontok alapján döntöttek, idegen személyek. Az emberi személyiség integritását fokozott kihívások érik az életünket átszövő jóléti intézményekben: a gyermekvédelem, a köz- és felsőoktatás, a közművelődés, a szociális ellátás, az egészségügy területén. Ha van státus, ahol – korra, nemre, vagyoni helyzetre tekintet nélkül – minden ember természetsszerűleg válik fizikai és információs értelemben kiszolgáltatottá más személyeknek, akkor az a beteg, az egészségügyi felhasználó pozíciója. Különösen így van ez, ha a betegség stigmatizál és/vagy a beteg életkorának megfelelő döntési, belátási képességét korlátozza. A jogrendszerek a részvételi és önrendelkezési jogok tekintetében a gyermekeket jellemzően nem kezelik a közösség egyenrangú tagjaként. Teszik ezt abból a megfontolásból, hogy egy tradicionálisan

¹⁰ A fejezet dr. Szeli Éva munkája

¹¹ A Magyar Köztársaság az 1991. LXIV. törvényben hirdette ki az egyezményt.

¹² Egyezmény a gyermek jogairól, Preambulum

¹³ *Children's Rights: Reality or Rhetoric? The UN Convention on the Rights of the Child: The First Ten Years.* The International Save the Children Alliance, London, UK, 1999.

¹⁴ A fejezet dr. Schiffér András munkája

meghatározott korhatár alatt a személyek még nincsenek – és nem is lehetnek – birtokában mindazon tudásnak, amely saját sorsuk és környezetük felelős alakításához szükséges.

Egy társadalom minősége azon mérhető leginkább, miként bánt a leggyengébb érdekérvényesítési képességgel rendelkező tagjaival. Azokkal, akik önmaguk aligha bírnak hatást gyakorolni a lényeges közösségi döntésekre. Azokkal, akik halmozottan kényszerülnek kiszolgáltatott szerepbe. A kórházak gyermekpszichiátriai osztályain ápolott betegek jogainak helyzete ennyiben kristálytiszta fokmérője az egyenlő bánásmód magyarországi gyakorlatának is.

Az érdekartikulációra alig-alig képes személyek jogainak védelmét sehol a világon nem szerencsés kizárólag közhatalmi szervekre bízni, hiszen a „gyenge nyomásgyakorlók” számtalanszor éppen a közhatalom érzéketlenségétől, közönyétől szenvednek. A nem-kormányzati szervezetek monitoring tevékenysége ezért kiemelkedően fontos.

A PÉF és az MDRI tényfeltáró tanulmánya öt problémacsokrot vetett fel bennem, amelyek a kormányzati politika és a jogalkotás sürgős cselekvését igénylik. Az általam boncolgatott kérdések óhatatlanul túlsordulnak a gyermekpszichiátria világán. Megnyugtató rendezésük közvetve – közvetlenül, de feltételezi a magyar egészségügy rendszerszintű válságának enyhülését is.

/I/ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény betegjogi katalógusa meglehetősen mostohán bánt az intézményi léttel összefüggő jogosítványokkal. Az Eütv. 28.§ egyetlen mondatban gondolja rendezni ezt az igényt: „Az egészségügyi szolgáltató köteles a beteget – egészségügyi állapotától függően – a felvételkor, illetőleg az ellátás előtt tájékoztatni a betegjogokról, azok érvényesítésének lehetőségeiről, illetve az intézmény házirendjéről.” Az Eütv. hallgat a tájékoztatás mikéntjéről, tartalmát és módját illetően nem különböztet cselekvőképességi szint alapján. A házirend tekintetében az Egészségügyi törvény még a „jól látható helyen való kifüggesztés” követelményét sem fogalmazza meg. Az intézményi rezsím megértő megismerése ennél fogva teljes egészében az intézményvezetés humánumára, elhivatottságára van bízva. Az átláthatatlan, elidegenítő környezet ugyanakkor bizonyosan nem segíti a gyógyulást.

/II/ A tanulmány utal egy házirendre, mely szerint: „amennyiben a gyermeknél drogot, alkoholt és egyéb az orvos által nem engedélyezett gyógyszert találnak a bennfekvés alatt, az osztályról távozni kell.” A kíméletlen szigor jellemző és nyilvánvalóan az egészségügyi (azon belül pedig a gyermekpszichiátriai) infrastruktúra túlterhelt kapacitásának „szól”, mégis megengedhetetlen. Durva, laikus hasonlattal olyan, mintha egy belgyógyászati osztályról számúznék azt, aki hány. Hasonlóan végletes jogászi megközelítéssel: az ilyen házirend törvénytelenül, tünetsoport alapján zár ki betegeket az egészségügyi ellátásból. A kíméletlenségnek kétségkívül forrása a drog –és alkoholfüggőséggel kapcsolatos társadalmi stigmatizáció, valamint a jogrend kriminalizációs hajlamai ebben a témában. Utóbbira példa az egészségügyi adatkezelésről szóló 1997. évi XLVIII. törvény, amely alapján – bár kizárólag konkrét büntetőügyben – például egy addiktológiai osztály is adattovábbításra kötelezhető betegeiről, a nyomozó hatóság felé (23.§).

/III/ Problematikus és nehezen indokolható, hogy az Egészségügyi törvény az invazív beavatkozásokra vonatkozó garanciális szabályokat (15.§) a pszichotróp gyógyszerek alkalmazására nem terjeszti ki. A jogalkotói felfogás a fizikai és a tudati integritás megbontását nem tekinti egyenrangúnak, ellentmondva ezzel – egyebek mellet – mindannak, amit a kilencvenes évek elején az Alkotmánybíróság az emberi méltóság és a személyiségi

jogok fogalmáról kifejtett. „Gyógyszerügyben” a helyzetet súlyosbítja a betegek alulinformáltsága, az egészségügy lepusztult állapota és a nagy gyógyszercégek erősödő nyomása között keletkező feszültség. Egyszerre lenne szükség speciális szabályokkal megerősíteni a betegek tájékoztatási jogát a gyógyszerfelhasználás terén és szigorítani az orvosi szakma – gyógyszerkereskedelem közötti kapcsolat rendszabályait.

/IV/ Unásig hangoztatott közhely, hogy szakmai, emberi és pénzügyi szempontból egyaránt növeli az egészségügy hatékonyságát, ha az erőforrásokat a megelőzésre és az utógondozásra összpontosítják. Kiváltképp igaz ez a gyermekpszichiátriára, ahol a szociális tényezők hatványozott szerepet játszanak a betegség kialakulásában és a gyógyulásban egyaránt. Ehhez képest a pszichoterápia és családterápia nem élvezzi az egészségbiztosítás teljes elismerését. A gyökerek itt is messzire nyúlnak. Kis túlzással a pszichológia a magyar jog mostohagyermek: a pszichológusokra nézve nincsen az orvosokhoz, gyógyszerészekhez hasonló szakmai jogalkotás, az adatkezelési jogszabályok bizonytalanok és következtelenek a pszichológiai információk dolgában, s „ennek megfelelően” rendezetlen a pszichológiai szolgáltatás kapcsolata az egészségüggyel, a klinikai szakpszichológusok státusza az egészségügyi intézményekben (Egészségügyi törvény 103.§). A szociális, pszichológiai szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés eszméjét könnyen illúzióvá teheti a WTO keretében megindult világméretű szolgáltatás – liberalizációs folyamat (GATS). Megjósolható, hogy ennek elsőszámú kárvallottai pontosan azok a fiatalok lesznek, akik már gyermekkorukban jelentős szociokulturális hátrányt „szedtek össze” és leginkább igényelnék a nem- segély központi szociális szolgáltatásokat.

/V/ A pszichiátriai megbetegedésekhez vezető erőszak megelőzése, következményeinek enyhítése korántsem csak büntetőjogi, azon belül pedig az eddig pönalizált élethelyzeteken túlmutató kérdés. A pszichoterápia imént említett elhanyagoltsága mellett, a rendszeti és egészségügyi apparátus nincsen felkészítve az erőszakot elszennvedettek „fogadására”. Ennek egyenes következményei a látencia, az elfojtás, a pszichiátriai tünetek. A nemi erőszak büntetőjogi fogalmát ki kell terjeszteni a közvetlen fizikai erőszak tényétől függetlenül, bármilyen függő helyzetben elkövetet szexuális visszaélésre. Komoly feladat a jogalkotók előtt, hogy megalkossák a – testi, lelki, de nem pusztán szexuális természetű – zaklatás tényállását a büntető, illetve a szabálysértési jogban. Be kell látni, hogy a sokszor maradandó pszichiátriai sérülésekhez vezető erőszakos vagy visszaélészerű cselekmények többségét ma Magyarországon különösebb konzekvenciák nélkül lehet elkövetni.

2. Módszertan

A tényfeltáró munkát a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) és a Mental Disability Rights International (MDRI) munkatársai¹⁵ végezték. A projekt céljáról előzetesen, szóban és írásban tájékoztattuk a meglátogatott intézmények vezetőit. Előzetesen egyeztetett időpontban került sor az intézmény felkeresésére. Megfigyeléseket végeztünk az intézmény fizikai állapotáról, a személyzet és a gyerekek ill. szülők közötti interakciókról. Ezt követően került sor egy féligstrukturált interjúra.

A kórházi osztályok mindegyikét három alkalommal kerestük fel. Az első látogatás során az osztályvezetővel, a második alkalommal a főnővérrel illetve – ha volt ilyen – a szociális munkással, az utolsó vizitkor pedig gyerekekkel készítettünk interjút. A gyerekekkel készítendő interjúhoz előzetesen kértük a szülő, gondviselő írásbeli, tájékozott beleegyezését. A kiskorú interjúalanyok figyelmét felhívtuk arra, hogy joguk van akár az egész interjút, akár bizonyos kérdések megválaszolását elutasítani. A gyerekekkel készült interjúkon személyzet nem volt jelen¹⁶, s a gyerekeket tájékoztattuk a bizalmas adatkezelésről.

Az osztályok többszöri felkeresése egyúttal lehetővé tette a megfigyelések pontosítását, valamint a véletlenszerű, egyedi események és a szisztematikus problémák elkülönítését.

A nem-medikális intézményekben (gyermekjóléti szolgálatok, családsegítők, nevelési tanácsadók) a vezetővel, ill. szociális munkásokkal készítettünk interjút.

Az emberi jogi monitorozást végző team multidiszciplináris volt. Tagjai között pszichiátriaviselt aktivisták, pszichiáter, végzős szakápoló jelölt, jogász, pszichológus, szociális munkások, betegjogi képviselő voltak. A csapat többsége maga is pszichiátriaviselt ember volt, hárman közülük a gyermekpszichiátriai ellátórendszer egykori felhasználói. A munkatársak többsége már részt vett pszichiátriai emberi jogi monitorozásban.

A megfigyelési szempontok összeállításánál alapvetően támaszkodtunk az Európai Kínzás Elleni Bizottság (CPT) pszichiátriai intézményekről szóló irányelveire¹⁷. Fontosnak tartottuk még ugyanezen dokumentumnak a szabadságuktól megfosztott fiatalokra vonatkozó szempontjait¹⁸.

A CPT pszichiátriai intézményekre vonatkozó szempontrendszer az alábbiakban vázolható:

„Mandátumából adódóan a Bizottság elsősorban azt vizsgálja, hogy szándékos rossz bánásmód előfordul-e az intézetekben. Munkája során azt találta, hogy a szándékos rossz bánásmód ritka, de azért előfordul. Leggyakrabban nem az orvosok és a szakképzett ápolók, hanem a kisegítő személyzet követi el. Ezért is különösen fontos, hogy a kisegítő személyzet megfelelő módon legyen kiválasztva és képzéssel, továbbképzéssel készítsék fel őket a munkára. Fontos az is, hogy szakképzett személyzet szoros ellenőrzése alatt dolgozzanak.

¹⁵ A PÉF részéről Andor Erika Alexandra, Borbély Andrea, Gombos Gábor, Iványi Róbert, Karácsony Erika, Novák Ádám, dr. Pető Katalin, Pintér Judit, Simon Zsuzsa, Soltész Ágnes, Somogyi Margit, Szabó András és Szóke Zsolt; az MDRI részéről Simor Eszter és dr. Szelei Éva voltak a team tagjai. A szervezési és logisztikai feladatokat Radó Iván látta el. Jogászai segítséget adott dr. Arnold Iván és dr. Schiffer András.

¹⁶ Egy alkalommal csoportos beszélgetésre is sor került arra vállalkozó gyerekekkel. Ezen a személyzet is jelen volt.

¹⁷ „Substantive” sections of the CPT’s General Reports, Chapter VI, CPT-INF-E (99) 1 (Rev 2)

¹⁸ idem, Chapter VII

A Bizottság nem tartja jónak, ha a pszichiátriákon a kisegítő munkát néhány kiszemelt páciens látja el (vagy ami még rosszabb, elítéltek a környékbeli börtönből). Ezt csak végső megoldásként tudják elfogadni, akkor is csak szakképzett egészségügyi dolgozók folyamatos ellenőrzése mellett.

Fontosnak tartják, hogy a pácienseket megvédjék agresszív társaiktól. Ehhez az elegendő számú személyzet meglétét tartják alapvetőnek. Hangsúlyozzák, hogy bizonyos, különösen sérülékeny, kiszolgáltatott páciensek (pl. értelmi sérültek, zavart állapotú serdülők) külön legyenek elhelyezve a felnőtt betegektől.

Az intézményvezetés felelősségét a rossz bánásmód megelőzése során abban látják, hogy a személyzet terápiás feladatát a biztonsági feladatok elé helyezték.

A Bizottság körültekintően tanulmányozza a páciensek életkörülményeit és a kezelésüket. A pozitív terápiás környezet hiánya könnyen vezet embertelen vagy megalázó bánásmódhoz. A nehéz anyagi körülmények sem adnak felmentést a megfelelő táplálék, fűtés, ruházat és gyógyszerelés biztosítása alól.

Az életkörülmények vizsgálatokor kitérnek az egy főre jutó alapterületre, a világításra, fűtésre, szellőzésre, az épület állagára és a higiénés viszonyokra. Tanulmányozzák a lakószobákat, annak dekorációját, a személyes tárgyak elhelyezésére szolgáló zárható szekrények meglétét. A fürdők és WC-k kialakítása során a páciensek szeméreméretére tekintettel kell lenni. Helytelennek tartják az egész napos pizsama, illetve hálóing viselést.

A táplálkozás kapcsán nem csak az élelem mennyiségét és minőségét, de a felszolgálat körülményeit is tekintetbe veszik.

A CPT előnyben részesíti a kiscsoportos elhelyezési formákat. A sokágyas hálótermek bezárását bátorítják. Jónak tartják, ha a páciensek – saját döntésük alapján – nappal is tartózkodhatnak a hálótermükben.

A kezeléssel kapcsolatban kiemelik annak egyénre szabott jellegét. Minden betegnek egyéni kezelési tervet kell kidolgozni. A kezelés nem merülhet ki gyógyszerelésben, alapvető a pszichoszociális szemlélet.

Elektrosokkot csak altatásban és izomlazítókkal tart megengedhetőnek, külön regiszterben szigorúan dokumentálva a kezelést.

Az egészségi állapotot és a felírt gyógyszeres kezelést rendszeresen felül kell vizsgálni. Minden betegről külön egészségügyi dokumentációt kell vezetni. A páciensnek joga van a dokumentációba betekinteni – eltekintve azon kivételes helyzetektől, amikor az terápiás szempontból káros.

Alapelv, hogy a betegeket olyan helyzetbe kell hozni, hogy szabad és tájékozott beleegyezést adhassanak a kezeléshez. Minden cselekvőképes páciensnek – akár önkéntes, akár kötelezett – joga, hogy visszautasítson kezelést, vagy más orvosi beavatkozást. A kezelésről megfelelő tájékoztatást kell adni, helytelen pl. az elektrosokkot „alvásterápiának” nevezni.

A személyzet létszámát, képzettségét, tapasztaltságát és képzését, továbbképzését is vizsgálják. Fontosnak tartják, hogy a különböző szakmák szakemberi csapatmunkában végezzék feladataikat. Az intézményen kívüli világgal való kapcsolattartás a személyzet számára is elengedhetetlen.

A korlátozó intézkedések kapcsán kiemelik, hogy az intézménynek kidolgozott szabályzattal kell rendelkeznie. A nem-fizikai beavatkozások, pl. szóbeli utasítások, mindig meg kell előzzék a fizikai korlátozást. A személyzetet megfelelően ki kell képezni a korlátozások alkalmazásáról. Korlátozás, elkülönítés soha nem alkalmazható büntetésként. A korlátozó intézkedéseket külön dokumentálni kell.

A pszichiátriai intézetben való elhelyezést rendszeresen felül kell vizsgálni. A páciens akarata ellenére történő beutalást csak a törvényben erre feljogosított testület rendelheti el. A kezelés alatt a páciensnek biztosítani kell a jogászhoz való hozzáférést.

Végezetül a CPT hangsúlyozza, hogy az intézetekbe való elzárással szemben előnyben részesíti a közösségi pszichoszociális ellátási formákat¹⁹.

Az egyes intézménytípusokra, illetve szakmákra külön-külön interjú kérdőívet dolgoztunk ki. A gyerekekkel készítendő interjú kérdéseinek összeállításába, ill. a megfigyelési szempontok kiegészítésébe bevontunk önkéntes fiatalokat, akik nem túl régen voltak felhasználói a gyermekpszichiátriai ellátórendszernek.

A kutatás során birtokunkba került, ill. elkészült valamennyi dokumentumot az adatvédelmi szabályok betartásával, bizalmasan kezeljük. Mivel a vizsgálat célja a rendszer-szintű problémák azonosítása, azok kiküszöbölésére szolgáló javaslatok kidolgozása volt, ezért tanulmányunkban az interjúalanyokat, ill. az intézményeket a továbbiakban nem nevesítjük.

¹⁹ részlet Gombos G.: Embertelen, megalázó bánásmód és kínzás vagy büntetés, Összhang (2003), 3 (1), 10-12.

3. A PÉF által vizsgált szolgáltató- és intézményrendszer áttekintése²⁰

A magyar gyermekvédelem gyökerei csaknem ezer évesek, egészen az államalapításig nyúlnak vissza. Szt. István törvénykönyvének XXVI. részében rendelkezett a vagyonos árvák gondozásáról, valamint a püspökök feladatai közé emelte a szegény, elhagyott gyermekek gondozását. Gellért csanádi püspök tekinthető a magyar gyermekvédelem első szervezőjének, az országot járva segítette az elhagyott gyermekeken, saját otthonra rendezett be számukra. E mellett több szerzetesi csoport is működtetett önálló vagy a rendházhoz csatolt intézményt a magukra maradt gyermekeknek. A hűbérurak is gyakran rendelkeztek az árván maradt gyermekek ellátásáról: általában a rokonságot kötelezték a gondoskodásra. A városok kialakulásával tovább intézményesült az árvák védelme, a halott szülő céhe, vagy a városi hatóságok nyújtottak több-kevesebb biztonságot.

A XVIII. században lezajlott társadalmi változások – elsősorban a gyermekhalandóság csökkenése – rákényszerítették az államot, hogy a gyermekek védelmében aktívabb szerepet vállaljon. I. József 1711-es rendelete bevezette a gyám intézményét, Mária Terézia szorgalmazására 1741-ben létrejött Nemescsón az első árvaház, 1749-től rendelet szabályozta a szegényigazgatást.

Az árvaházak nagy része átmeneti elhelyezést biztosított, míg a gyermeknek nevelőszülőt nem találtak. Az alapítványok és egyletek által gyűjtött adományok az elhelyezést fedezték, de a megfelelő ellátást már nem biztosították. A korabeli állapotokról így ír 1841-ben, a Pesti Hírlapban Kossuth Lajos: „Az anyátlan gyermek gyámoltalan serege segélyért sír föl az égre, s az emberekhez, és mi azt gondoljuk, megtettünk mindent, amit tennünk kell, ha bérdaikához adtuk. Ennek szabott bére évnegyedenként négy pengő forint s nem vesszük szemügyre, hogy e négy forintos dajkák kezei között 100 gyermek közül 80-90 elhal: 100-ból 10 pedig kikerülve a dajkakezekből, talán az utcán fagy meg!”

Gróf Nádasdy Lipót társadalmi mozgalmat indított, melynek eredménye, hogy 1870-ben megalakult az ország első gyermekmenhely egyesület, melyet az évtized folyamán több követett. Az 1898. évi XXI. törvény kimondta, hogy az elhagyott gyermekek gondozását 7 éves korukig az Országos Betegellátási Alapból kell fedezni, és a belügyminiszter hatáskörébe utalta a leleneket ellátó intézmények felügyeletét. Három évvel később született meg a gyermekek védelméről szóló törvény, mely a talált és a hatóságilag elhagyottnak nyilvánított gyermekek számára gyermekmenhelyek létrehozását határozta el, melyeket 15 éves korukig vehettek igénybe a rászoruló gyermekek.

A két világháború között a szűkös állami forrásokból és az adományokból fenntartott intézményrendszer lényegében változatlan maradt, a gondoskodás fő eleme a nevelőszülői elhelyezés volt.

A második világháború után a Nemzeti Segélyre hárult a több tízezer árva táplálása és gondozása. Elhagyott, romos épületekben folytatódott a gyermekvédelem, a nevelők munkáját önkéntesek is segítették: saját családjukba fogadták be az árván maradt gyermekeket.

A mindent átható állami felügyelet és a centralizáció nem hagyta érintetlenül a gyermekvédelmet sem. 1948-ban államosították a gyermekmenhelyeket, elnevezésük Állami Gyermekvédő Otthonra változott, a Nemzeti Segélyt beolvastották a Vöröskeresztbe, a

²⁰ A fejezet Novák Ádám munkáján alapul

2111/39/1954-es MT rendelet szerint az állami gondozásba vett gyermekeket elsősorban intézetekben kell elhelyezni. Változást ezen a területen is az 1968-as év hozott: újra bővíteni kezdték a nevelőszülői hálózatot, megjelennek az első nevelési tanácsadók is. 1974-ben egy Oktatási Minisztériumi rendelet kimondja a fokozatosság elvét a gyámhatósági intézkedések rendszerében, a gondozásba vételt védő-óvó tevékenységnek kell megelőznie. Bevezetik a rendszeres nevelési segélyt, az életkezdési támogatást, kiterjesztik az utógondozást és megszűnik a gyermekeket erősen stigmatizáló egyenöltözék is. A rengeteg bürokratikus elem azonban nagyon megnehezíti az örökbefogadást: 1974-ben csak 62 esetet regisztráltak.

Ma Magyarország legfontosabb polgárait – a gyermekeket – az alkotmány, a közoktatási törvény, a családjogi törvény, a szociális törvény, az egészségügyi törvény, az esélyegyenlőségi törvény védi, valamint hazánk 1991-ben ratifikálta a gyermekek jogairól szóló ENSZ egyezményt is.

Ezek mellett a magyar országgyűlés 1997-ben törvényt fogadott el a gyermekek védelméről. A szabályozás új eleme a helyben nyújtott gyermekjóléti alapellátások megerősítése, mely a veszélyeztetettség megelőzését, a gyermek családon belüli nevelését, fejlődését, jólétét szolgálja. A törvény e célnak rendeli alá a gyermekjóléti szolgálatokat.

A Statisztikai Hivatal adatai szerint 1999-ben mintegy 1600 gyermekvédelmi szolgálat működött, ebből több mint 900 volt egyszemélyes, 320 pedig társulásban látta el feladatait. A települési önkormányzatok 2500 főt alkalmaztak összesen, jellemzően részmunkaidőben foglalkoztatták a gyermekjóléti szolgálatot ellátó munkatársukat.

Az elsődleges megelőzés elemei a tájékoztatás és tanácsadás, emellett fontos szerepe van egy hatékony, a veszélyeztetettséget idejében jelző rendszer kiépítésének. Ez elsősorban az egészségügyi szolgáltatók, oktatási intézmények, családsegítő szolgálat, társadalmi szervezetek együttműködésével valósul meg. Az észlelés és a tényezők meghatározása után már célzott segítségnyújtásra van lehetőség a veszély elhárításában. A családból kiemelt gyermekek visszahelyezése érdekében a gyermeknevelési körülmények javítása a gyermekjóléti szolgáltatások eleme, ezt utógondozás követi, mely a családba történő visszailleszkedés garanciája.

A nyolcvanas években jöttek létre a családsegítő szolgálatok, melyek működésükben hordozzák a gyermekvédelem és a családvédelem szolgálatába állított új megközelítésű szociális munka lehetőségét.

2000-ben 1632 településen biztosítottak ilyen ellátást, melyet 660 intézményben végeztek, közülük 641 látott el gyermekjóléti szolgáltatást is.

A családsegítő szolgáltatás a szociális törvény szerint olyan személyes gondoskodást nyújtó ellátás, melynek célja a szociálisan és mentálisan veszélyeztetett családok támogatása. A krízishelyzetek megelőzése érdekében jelzőrendszert működtet oktatási, szociális, egészségügyi, társadalmi szervezetekkel együttműködve. Az életvezetési képességek megőrzése, javítása érdekében tanácsot ad, támogatást nyújt szociális és gyermekjóléti ügyek vitelében, segít a családon belül megjelenő működési zavarok, konfliktusok megoldásában.

A két szolgáltatás hasonló elemeket tartalmaz, működésük feltételezi egymást, de gyermekjóléti szolgálatot minden településen létre kell hozni, ellentétben a családsegítővel. Mindkét intézmény a családok megfelelő működését hivatott szolgálni, de a gyermekjólét a

gyermek mindenk felett álló érdekét tartja szem előtt, tehát a gyermekes családokat látja el. Fontos különbség a két szolgáltatás között, hogy a családsegítők az önkéntesség elve alapján dolgoznak, a gyermekjóléti szolgálatnak az ellátásra kötelezetteket is segítenie kell.

A Köznevelési törvény a nevelési tanácsadókat a pedagógiai szakszolgálatok intézményi körébe sorolja, csakúgy, mint a tanulási képességet vizsgáló bizottságokat. A szakszolgálatok alapvető feladata, hogy segítse a pedagógus, és a szülő nevelő munkáját.

A nevelési tanácsadó azokkal a gyermekekkel foglalkozik, akik nehezen tudnak megfelelni az iskola által meghatározott feltételeknek: tanulási problémákkal küzdenek, magatartásbeli rendellenességeik vannak. A szakszolgálat elsősorban azoktól a családon kívüli tényezőktől próbálja védeni a gyermeket, melyek az iskolában érhetik őket. A problémák feltárása után a tanácsadó szolgálat szakvéleményt készít, majd a szülőt és a pedagógust bevonva alkalmassá teszi a gyermeket a beilleszkedésre.

A tanulási képességet vizsgáló bizottság feladata a fogyatékoság vizsgálata és szűrése. A szervezet javaslata dönti el, hogy a gyermek milyen ellátásban részesüljön, mi legyen ennek módja és hol kapja meg azt a gyermek.

4. Gyermekpszichiátriai gondozók, családsegítők, nevelési tanácsadók. Esettanulmányok²¹

A gyermekpszichiátriai osztályok látogatása mellett kíváncsiak voltunk a valamilyen szinten kapcsolódó intézmények munkájára, mivel ott is találkozunk a gyerekek problémáival. Jártunk gyermek ideggondozóban, beszélgettünk vezetőjével, voltunk nevelési tanácsadóban, elbeszélgettünk családsegítő vezetőjével is.

Gyermek ideggondozó

Az intézmény a kórház területén, egy különálló épületben található. Kartonozó, rendelők, csoportszoba, váróhelyiség van. A gondozót bárki felkeresheti, nincs beutaló rendszer, illetve természetesen gyermekorvostól érkeznek beutalóval is. A gyermeket szülővel együtt fogadják. Hétfőtől péntekig, 8-12-ig van rendelés. A gondozás 3-18 éves korig lehetséges. Amennyiben a gondozás alatt lévő gyermek, illetve szülő akarja, 18. éve betöltése után is maradhat. Egyébként a 18. év után átirányítják a területileg illetékes felnőtt gondozóba. A vezető elmondása szerint az ellátóknak személyi szabadsága, hogy milyen terápiát alkalmaznak. Gyógyszeres terápiát a gondozóban megforduló gyerekek 90%-a !! kap, szerintük oldani kell a gyermek feszültségét, lehangolt állapotát. A gyermek gondozásba vételekor ki kell tölteni a szülőnek egy felvételi adatlapot, majd először a gyerekkel beszélnek, ő a fontos, utána a szülővel, majd együtt. A gyermekek első alkalommal csak szülővel kereshetik meg a gondozót. A rendelésen sokféle beteget kezelnek: így anorexiás, bulimiás, depressziós, autista, ágyba vizező, és más szorongással együtt járó betegségeket. Amennyiben szükséges kórházi kezelés, akkor gyermekosztályra, vagy az országban található valamely gyermekpszichiátriai osztályra utalják, mivel a városban nincs. Legtöbb esetben 2x5 napra kapnak helyet, s azt is hosszú előjegyzéssel.

A szülőket szóban tájékoztatják a gyógyszeres, illetve egyéni terápia módjáról, felállítanak egy feltételezett diagnózist.

A vezető elmondása szerint amennyiben a szülő bizalmatlan, akkor lehetőség van más orvoshoz fordulni. A vizsgálatok után, mondatról mondatra átbeszélnek a problémákat. A gyerekkel is részletesen átbeszélnek, hogy milyen tünetei vannak, melyiket szeretné, hogy leghamarabb kezeljék, megoldják. A terápia során menet közben lehet „sebességet” csökkenteni, ha szükséges, akkor módosítani a betervezett terápián.

Amennyiben a gyermek lelki problémái mellett drogfüggő, vagy alkoholfüggő, akkor felnőtt addiktológiai rendelésre küldik. Vezető szerint „drogos ide nem jöhet”. Ugyan ez a helyzet az alkoholfüggővel is.

Igyekszenek továbbkísérni a gyógyult, illetve tünetmentes gyermek sorsát, időnként visszalátogatnak a gyermekek a gondozóba. Meggyógyult gyerekek leletét nem adják tovább a gyerekorvosnak, csak a szülőnek.

A gondozóban 4 orvos, 2 pszichológus, 2 pedagógus, 1 főnővér és két segédasszisztens dolgozik. Az ÁNTSZ felügyelő szerv, de szinte csak a legszükségesebb bútort adta, más támogatást nem kapni tőlük. Sok esetben a dolgozók, a vezető vesznek eszközöket, időnként gyógyszergyáraktól kapnak némi támogatást, segítséget. Sok esetben a szülőktől kapnak játékokat.

²¹ Az „esettanulmányok” Székesfehérvár intézményeit mutatják be. A fejezet Karácsony Erika munkája.

Jó lenne már tudni, hogy hol a gyermekpszichiátria helye, mondta a vezető. Probléma, hogy nem önálló szakma a gyermekpszichiátria. Vagy gyermekorvosból, vagy felnőtt pszichiáterből képezik át az orvosokat gyermekpszichiáterre. Elmondása szerint a gyermekpszichiátria szakrendelői órák a gyermekgyógyászat részét képezik. A Szakmai Kollégiumban nincs gyermekpszichiáter. Probléma az is, hogy az Eü. törvényben nincs szó a gyermekpszichiátriáról.

Nevelési tanácsadó

Önkormányzat által működtetett pedagógiai szakszolgálat.

Klienseik a 3-18 éves korig tanulás és magatartászavarral küzdő gyermekek és szülei. A szolgálatot az iskola és a szülők keresik meg, valamint esetenként a gyermekorvos irányítja oda a gyermeket szintén a szülővel.

A tanulás és magatartászavart helyben orvosolják, amennyiben úgy gondolják, a gyermek ideggondozóba „való”, vagy például logopédushoz irányítják a gyermeket a szülővel. Az időpont egyeztetések telefonon történnek. Amennyiben szükséges szakvéleményt is írnak a gyermekről.

Az intézményben 4 főállású pszichológus, 1 részállású pszichiáter, 4 gyógypedagógus dolgozik. Szociális munkás még nem dolgozik az intézményben, de szükségesnek tartanak, hogy legyen, folyamatban van státuszba állítása.

A következő problémák megoldásával foglalkoznak: magatartászavar, lelki zavarok, tanulási nehézségek, kommunikációsegítés, beilleszkedés, szülő-gyerek kapcsolati problémák.

A gyermek a szülővel keresheti meg az intézményt, folyamatos a szülővel a kapcsolat. Egyéni és kiscsoportos foglalkozások vannak a gyermekek részére, a szülővel egyéni megbeszélés. Egyéni és kiscsoportos fejlesztő foglalkozások hetente vannak. Egyéni terápia, például pszichológussal, akár több órában is, ahogy a helyzet igényli. A munkatársak egymás között, valamint a társ -szakterületek munkatársaival ritkán tudnak beszélni, mert nincs idő rá. Egyes esetekben viszont megbeszélnek problémás gyerekeket. Kapcsolatuk a gyermek pszichiátriái gondozóval van, szükség szerint, családsegítővel csak akkor veszik fel a kapcsolatot, ha a család már eleve kapcsolatban volt velük. A vezető véleménye szerint a rendszer eléggé túlterhelt. Szenvedélybetegekkel nem foglalkoznak, tovább irányítják a gondozóba, mivel ők nem egészségügyi intézmény, ahonnan, -amint már említettük- ismét tovább küldik.

Mivel nagy a túlterheltség a területen, egyre több gyermek és szülő szorul segítségre, tanácsadásra, még több szakmailag jól, speciálisan képzett emberre lenne szükség. Természetesen ezzel együtt az intézmények bővítése is szükséges. Az általam látogatott nevelési tanácsadó szép környezetben, szép épületben működik a város központjában, tárgyi feltételeik jók, de szükség lenne a rendszer bővítésére. Felszereltségük is jónak mondható.

Az intézmény hétfőtől péntekig, 8-16-ig fogadja a gyermekeket és szüleiket. A nevelési tanácsadó végzi az iskolaérettségi vizsgálatokat, ez évente kb. 500 gyermeket érint. Évente kb. 1200 új esettel foglalkoznak, ebből jön le az 500 fő, így rendszeresen 300-400 gyermek jár a foglalkozásokra.

Családsegítő

Klienseik a város azon tagjai közül kerülnek ki, akik bármely okból hátrányos helyzetűek, segítségre szorulnak. Gyermekjóléti szolgálat is működik. A gyermekorvosok, a védőnők jeleznek a családsegítő munkatársainak, ha bármilyen okból figyelemre, segítségre, tanácsadásra szorul akár a gyermek, akár szülei. Hatósági beavatkozásnál, szükség szerint a

gyámhivatallal veszik fel a kapcsolatot. Foglalkoznak programjaikkal, megelőzéssel. Indokolt esetben eljárnak, ha veszélybe kerül a gyermek, vagy rossz a helyzete a családban. Feladatuk az is, hogy akit szükséges el irányítsanak a gyermek ideggondozóba, vagy éppen a nevelési tanácsadóba. Kapcsolatuk ezekkel az intézményekkel jó, személyes és telefonos kapcsolatban vannak egymással. Segítséget, támogatást nyújtanak különböző önkormányzati segélyek, támogatások kérésében.

Az intézmény munkatársai között szociális munkások, szociálpedagógusok, pszichológusok, mentálhigiénés szakemberek vannak Gyógypedagógusuk nincs. Különböző foglalkozásokat szerveznek gyerekeknek és felnőtteknek egyaránt. Pl. önismereti klubot középiskolásoknak, kisebbeknek is szerveznek klubot, heti rendszerességgel. Szülőknek is szerveznek foglalkozásokat, így pl. 30 órás Gordon csoportot tartottak. Van egy szülők klubjuk is, ahol megbeszélhetik gondjaikat, tanácsot, segítséget kérhetnek problémájuk megoldásához.

A dolgozók is rendszeresen tartanak összejutéseket, ahol mindenki ott van, aki valamilyen szinten kapcsolódik az adott témához. Tartanak ún. esetkonferenciát is.

A gyermek ellátó rendszerből hiányolják, hogy a városban nincs gyermekpszichiátriai osztály, szükség esetén más városba kell vinni a gyermeket kórházba, ez mindenképp hátrány, hozzátéve még, hogy hosszú az eljegyzési idő. Ezt már több fórumon is felvetették. A pszichés panaszokkal, szenvedélybetegséggel küzdőket tovább irányítják az illetékes gondozóba. Problémának tartják, hogy az egészségügy ezen területén nagy a szakemberhiány. Gond, hogy a szociális munkások nem kapnak képzést pszichiátriai témában, pedig hasznos lenne, sőt szükséges széleskörű munkájukhoz. Szívesen részt vennének pszichiátriai témájú konferenciákon, képzéseken. Fontosnak tartják, hogy bármely szerv, amely érintett a család, gyermek sorsában, együttműködjön, megbeszéljék- megbeszéljenek eseteket, segítsék egymás munkáját, tudjanak egymásról.

A családsegítő fenntartója az önkormányzat. Pénzt pályázatok útján szereznek programjaikhoz, működésükhöz. Gondjaik közül az egyik legégetőbb probléma a helyszűke, kicsi az irodájuk, szűkek klubhelyiségeik is.

Azt hiszem mindhárom területen bőven van tennivaló, megszívleendő problémák, a rendszer alapos áttekintése, átforgalmazása, hisz jelen pillanatban igen nagy szükség lenne egy jól működő rendszerre, hogy felnövekvő nemzedékünk biztonságban érezhesse magát ha lelki problémái vannak, bátran és bizalommal fordulhasson egy jól működő, nem zsúfolt intézményhez, elhivatott, szakmailag jól képzett ellátókkal.

5. Gyermekpszichiátriai osztályok

5.1. Tárgyi és személyi feltételek – Két osztály összehasonlítása

Talán ötszáz méter sem választja el egymástól azt a két kórházat, melyek Budapesten pszichiátriai szakellátást nyújtanak gyermekek számára. Nem is járhatnánk máshol, ez a [Lipót - hivatalos nevén](#) az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) - több hektáros parkja, [mely a vendéglős Göb Lipótról, a telek eredeti tulajdonosáról kapta a német Leopoldfeld \(Lipótmező\) nevet.](#) Itt áll az [a bécsi és prágai elmegyógyintézetek mintáit követő](#) épület, [mely nyolc évig tartó munkálatok után 1868-ban, mint Budai Magyar Királyi Tébolyda nyitotta meg kapuit.](#)

A sokat látott sárga falak között X számmal működik [- felnőtt osztályokhoz nagyon hasonló külső, tárgyi feltételek között -](#) a gyermekpszichiátriai osztály 20 aktív [ággal](#) és 10 rehabilitációs [férőhellyel](#). Az [itt](#) ellátásban részesülő gyermekeknek nem csak [pszichés állapotuk](#) miatt van szükségük fokozott figyelemre: közülük minden második roma származású és minden harmadik állami gondozott.

A terület Vadaskerti út felőli oldaláról közelíthető meg a Vadaskert Kórház kétszintes, alig több mint tíz éves épülete, ahol 36 ágyon és 18 nappali férőhelyen – melyeket elsősorban budapestiek vesznek igénybe – folyik a gyógyítás. A kórházi ápolás mellett szakambuláns ellátást is biztosítanak, és speciális általános iskolában oktatják a tanulási zavarokkal küzdő gyermekeket. A kórház működtetője a Vadaskert Alapítvány a Gyermekek Lelki Egészségéért, mely 1989-ben jött létre, és kezdetben az Újpesti Kórház keretei között működött. A Vadaskert Kórház 1993 februárjában [kezdte meg munkáját](#) két részleggel és egy kezdeti pedagógiai egységgel. [Egy évvel később](#) alakult [meg](#) a Vadaskert Fejlesztő és Felzárkóztató Általános Iskola, mely közoktatási szerződés alapján [öt osztályban oktatja a speciális igényű diákokat](#). A gyógyító tevékenységet Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozza, e mellett jelentős gyógyszerügyi támogatásokat is felhasznál az intézmény.

Mindkét intézmény túlterhelt, a kórházi elhelyezésre legalább egy hónapot várnia kell az ország egész területéről érkező jelentkezőknek, ez alól csak a sürgős esetek jelentenek kivételt. Az ápolási idő általában 1-2 hétre rövidült, a súlyosabb állapotú gyermekeket ennél hosszabb ideig is kezelik.

A Vadaskertben külön csoportban helyezik el a 10 évesnél kisebb gyermekeket és a serdülőket, az OPNI gyermekosztályán szétválasztásra a belső tér elrendezése miatt nincs lehetőség. Látogatásaink idején mindkét osztályon működött egy-egy úgynevezett anyás szoba, ahol indokolt esetben a szülőnek és [- elsősorban öt évnél fiatalabb -](#) gyermekének közös elhelyezésre van lehetősége. Az egészségügyi dolgozók szerint ez megkönnyíti munkájukat és segíti a gyógyulási folyamatot, ezért több ilyen kórtermet tartanak szükségesnek.

A gyermekekkel foglalkozó teljes személyi állományt figyelembe véve az OPNI gyermekosztályán egy betegre átlagosan egy ellátó jut, a Vadaskert Kórházban szinte azonos ez az arány. A vadaskerti pszichológusok száma 50%-kal alacsonyabb, mint az OPNI-ban, annak ellenére, hogy a kórház befogadóképessége csaknem kétszer nagyobb. Az orvos (ideszámítva a rezidenseket is)-beteg arány pontosan megegyezik, mindkét helyen átlagosan hat gyermekre jut egy orvos, de az OPNI-ban közülük egy sem rendelkezett gyermekorvosi szakvizsgával. Az OPNI gyermekosztályán az ápolószemélyzet fele szakképzetlen, a Vadaskertben kizárólag szakápolók segítik az orvosok munkáját.

Vizsgálatunk idején az alapítványi kórházban a [szociális munkás feladatait](#) orvos látta el, viszont [óvónőt](#) és [védőnőt](#) is [alkalmaztak](#). Az OPNI gyermekosztályán a logopédusi és a gyógytornászi állás volt betöltetlen, valamint a pedagógusi és a gyógypedagógusi feladatokat egy személy látta el. Egészségnevelési szakembert és mentálhigiénikust egyik intézményben sem találtunk.

[A több tekintetben hasonló személyi feltételekkel működő két intézmény közötti különbséget árnyalja, hogy az OPNI súlyosabb eseteket, köztük halmozott fogyatékkal élő gyermekeket is fogad, őket más kórházakban általában nem látják el. Közülük sok az egészségügyi gyermekotthonból érkező, őket elkísérheti gondozójuk, hogy tapasztalataival segíthesse elő a kezelés sikerét.](#)

5.2. A paramedikális személyzet szerepe, helyzete a gyermekpszichiátriai osztályokon²²

5.2.1. A paramedikális személyzet szerepe általában

Munkánk során nagy figyelmet fordítottunk mindazokra az emberekre, akik napi tevékenységük, munkájuk során a gyerekekkel, serdülőkkel kapcsolatba kerültek. Leginkább azokat a szakembereket értjük paramedikális személyzet alatt, akik az orvosok mellett dolgoznak, a gyerekeket gyógyítják-gondozzák (pl.: nővérek, pszichológusok, szociális munkások), illetve azokat, akik „csupán” érintkeznek velük (pl.: portás, takarító, munkások).

Az eddig felsoroltak közül feltétlenül kiemelendők az ápolók, hiszen ők éjjel-nappal, hétvégén is a gyerekekkel vannak, ők kapcsolódnak velük a legtöbbször, ők ismerik őket a legjobban, illetve helyzetüknél fogva ők tudják a legtöbb, leginkább helytálló információt nyújtani horgylétükről, viselkedésükről a társszakembereknek.

Fontos továbbá a pszichológusok szerepe: munkájuk felöleli a diagnosztizálást, tesztek készítését, csoportos és egyéni pszichoterápiákat, segítséget. Ők tárják fel a gyerekek valódi (pszichés) problémáinak okait, és segítenek azok feloldásában.

Mint ismeretes, a pszichés problémák mögött sokszor szociális nehézségek húzódnak meg. A szociális munkások ezeket hivatottak oldani, és a gyerekek társadalomba, családba való be- és visszailleszkedésének is ők az alapvető pillérei. Munkájuk során segíthetnek pl. iskolát váltani, illetve azzal konszenzust létesíteni, vagy általuk enyhülhet a család egészét fojtogató pénzügyi válság, és kapcsolatot tarthatnak fent a családdal, iskolával, egyéb intézménnyel, követhetik a gyermek további sorsát.

Elsődleges szerepe lehet a gyógypedagógusnak, logopédusnak, gyógytornásznak is. Általuk a tanulási-, figyelem- és beszédzavaros gyerekek helyes szakmai segítséget, támogatást kaphatnak.

A paramedikális személyzet munkája abban az esetben ideális, ha az intézményben magas szintű team munka valósul meg, gyors és pontos az információ-áramlás, illetve a gyógyító-ápolói munka egészét egymás mellé rendeltség (legalábbis dominánsan), holisztikus és gyermekközpontú szemlélet hatja át, továbbá a személyzetben nincsen semmilyen előítélet a családdal, iskolával, társintézményekkel, vagy bizonyos gyermek-serdülő szubkultúrákkal

²² A fejezet Iványi Róbert munkáján alapul

kapcsolatban (pl. romák, szenvedélybetegek, állami gondozottak, halmozottan fogyatékosok). Fontos, hogy képesek legyenek együttműködni a gyermekek minden érintkezési felületével (ismeretségi kör, gyermekjóléti szolgálat, iskola, család, ideggondozó, civil szervezetek, stb.). Krízishelyzetekben lehetővé tudják tenni azt, hogy a különböző problémákat, vagy azoknak sokféle megnyilvánulásait egyszerre az összes szinten tudják megoldani. Munkájuk alapvető feltételei továbbá az empátia, a következetesség, a kongruencia és a kliens autonómiájának tiszteletben tartása, a lehetőségekhez mérten.

E témánkat is megelőzi az a kérdés, hogy bármely lelki eredetű gyermeki problémának a megoldása lehet-e medikális, illetve azon belül is: gyógyszerekkel kezelhető.

5.2.2. A paramedikális személyzet helyzete a magyarországi gyermekpszichiátriai osztályokon

Általában az volt a benyomásunk, hogy a gyerekekhez és a velük való közös munkához való viszonyulás jó volt, sőt sokszor igen lelkes. Egyértelmű, hogy a nehézségek, hiányosságok ellenére ez a legfontosabb.

1. Az ápoló személyzet

A kép teljesen vegyes országos viszonylatban. Vannak olyan intézmények, ahol összeszokott csapat dolgozik, teamként, optimálisabb létszámmal és képzettségekkel, és van, ahol óriási a létszámhiány, a fluktuáció, és viszonylag alacsony a dolgozók összképzettségi szintje. Ráadásul amelyekben jobbak ezek a feltételek, általában kevésbé problémás gyerekek vannak, ahol pedig nagyságrendekkel rosszabbak, ott nagyon magas az aránya a rossz „állapotú”, fokozottan hátrányos helyzetű gyermekeknek (állami gondozottak, romák, értelmi sérültek, stb.). Az aránytalanságokat sokszor a személyzet is érzékeli, de nincs igazán eszközük tenni ellene. A viszonylag általános létszámhiány és magas fluktuáció annak köszönhető – az ellátórendszer rendszertelensége mellett –, hogy az ápolói bérek még mindig sokkal alacsonyabbak, mint egy bevásárlóközpontban dolgozó eladóé, amely tény egyben tükrözi azt is, hogy e szakma társadalmi elismertsége igen alacsony.

A képzettség, országos számszerű aránytalansága mellett minőségében is hasonló képet mutat: volt olyan osztályvezető főnővér, aki a „Milyen ápolási modellel dolgoznak az osztályon, és miért azzal?” kérdésre nem tudott válaszolni, és sajnós láthatóan fogalma sem volt arról, hogy mi az az ápolási modell.

Közös probléma, hogy sehol nem mondják el a gyerekeknek azt, hogy a házirend megsértése pontosan milyen következményekkel jár, illetve arról nincs sehol egységesen kialakult protokoll sem írásban, sem szóban, így alkalmazása esetleges.

Az ápolási dokumentáció megfigyeléséből kiderült, hogy az általában csupán abból áll, hogy rögzítik a legfontosabb eseményeket, információkat, a teljesség igényével való kivitelezése (pl. az ápolás egyénre szabott tervezése és figyelemmel kísérése) nem jellemző, sőt magát az ápolási dokumentációt is több helyen csak most kísérlik meg bevezetni. Itt meg kell persze azt is jegyezni, hogy az ilyen rendszerű és szemléletű ápolás és annak dokumentációja Magyarországon viszonylag új keletű, bár sok helyen, más osztályokon ennél azért előrehaladottabb állapotban van.

A tanulásban, szabad idő eltöltésében, kulturális tevékenységekben igyekeznek a legtöbbet adni a gyerekeknek a lehetőségeken belül, amelyek nagyon szűkösek általában: nincs elég hely, eszköz, idő, létszám, stb.

A megfelelő szintű ápolást-gondozást nehezíti továbbá egyrészt az, hogy a gyerekek általában 2 vagy 3 hetet töltenek csak az osztályon, másrészt pedig a személyzet túlterheltsége: sokan 2-

3 állásban dolgoznak akár család, gyerek mellett is. Jelenleg Magyarországon a mentálhigiénés prevenció szinte balkáni állapotokat mutat: a segítő szakmák embereinek bére kevés; több, illetve rekreációs szabadságot nem kapnak, szupervízió gyakorlatilag nincs, vagy esetleges, munkájuk fontosságát kevésbé ismerik el, amit tovább nehezít az egészségügyi intézmények régről itt maradt poroszos, általában paternalista, merev hierarchiájú rendszere. Kivételek természetesen vannak, de nem ezek a jellemzők. Kiemelendő, hogy a gyerekek problémáikkal mindenhol leginkább az ápolókhoz fordulnak, bennük tudnak leginkább megbízni.

2. A többi paramedikális munkatárs

- A pszichológusok

Örömmel láttuk volna, ha már a gyerekek ilyen problémáit egészségügyi, medikális közegbe helyezik, akkor a pszichológusok minimum egyenrangú társai lehetnek volna a pszichiátereknek, de ez sajnos messze jár a valóságtól, és egyébiránt ez vonatkozik a szociális munkásokra is. A pszichológusok egyrészt országszerte kevesebb létszámmal dolgoznak, mint a pszichiáterek, másrészt erősen érezhető helyzetükön alárendelt státuszuk. Országosan iránymutató jellegű az a kijelentés, melyet az egyik osztályvezető főnövér tett az ott dolgozó pszichológusokról: „a pszichiáter utasítása alapján végzik a munkájukat”. Ennek értelmében munkájuk többnyire kimerül a diagnosztizálásban, tesztek készítésében, egy-egy csoportos foglalkozásban, néhány beszélgetésben. Kétségre vonható az is, hogy gyógyszeres terápia mellett a kliens mennyire vonható be a pszichoterápiába. Így igazi, mélyreható gyógyításra a pszichológusoknak helyzetük és a rövid ápolási idő miatt általában nincs lehetőségük.

- A szociális munkások

A szociális munkások helyzete kevés kivétellel igen hátrányos képet tükröz: sok osztályon egyáltalán nincs is ilyen szakember, vagy magas szakértelmet és tudást kívánó pozíciójukat más tölti be, például egy nővér vagy védőnő, akinek kompetenciája erősen megkérdőjelezhető, főleg abban az esetben, amikor (és ez sem ritka Magyarországon) egyszerre több szakma összevont képviselőjeként szerepel az intézményben. Sokszor az osztály szociális munkájának felelősségét más intézményekre, családra, iskolára, stb. hárítja. Ilyen körülmények között a gyerekek megfelelő szintű szociális anamnézisének elkészítésére, problémáiknak megoldására, utánkövetésükre, vagy a kapcsolattartásra életterük többi színterével (pl. iskola, család, családsegítő) nem adódik érdemi lehetőség. E szakemberek alárendelt szerepe az osztályokon – bizonyos kivételektől eltekintve – általában még a pszichológusokénál is kirívóbb. Egy átlagos kórházi dolgozó, legyen akár orvos is, sokszor nincs is tisztában azzal, pontosan mit is takar a szociális munka, illetve milyen magas szintű tudást feltételez képviselőjétől, így azt sem, hogy igen sok gyerek be sem kerülne az osztályra megfelelő szintű szociális munka, mentális prevenció esetén.

- Gyógypedagógusok, logopédusok, gyógytornászok, szocioterapeuták, óvónők, stb.

Szerepük, létszámuk Magyarországon hasonló aránytalanságokat mutat, mint az ápolóké, annyi különbséggel, hogy számukat tekintve mindenhol kevesen vannak, legyen az bármilyen jellegű osztály. A foglalkoztató szakemberek kevesen vannak, elégtelen felszereléssel és anyagokkal dolgoznak. Az állami ellátórendszerben nem is nagyon érhetnek el minőségi váltást, esetleg pályázatok segítségével javíthatnak munkafeltételeiken. Csak egy-két részmunkaidős gyógytornász van az osztályokon, a hét intézményben összesen 2 óvónő dolgozik, a gyógypedagógus, logopédus, fejlesztőpedagógus státuszát sokszor egyetlen ember képviseli, összevont funkciókkal. Ők is, mint általában a legtöbb paramedikális munkatárs, gyakorlatilag utasításra, jobb esetben felkérésre dolgoznak, amiből egyértelműen kiderül:

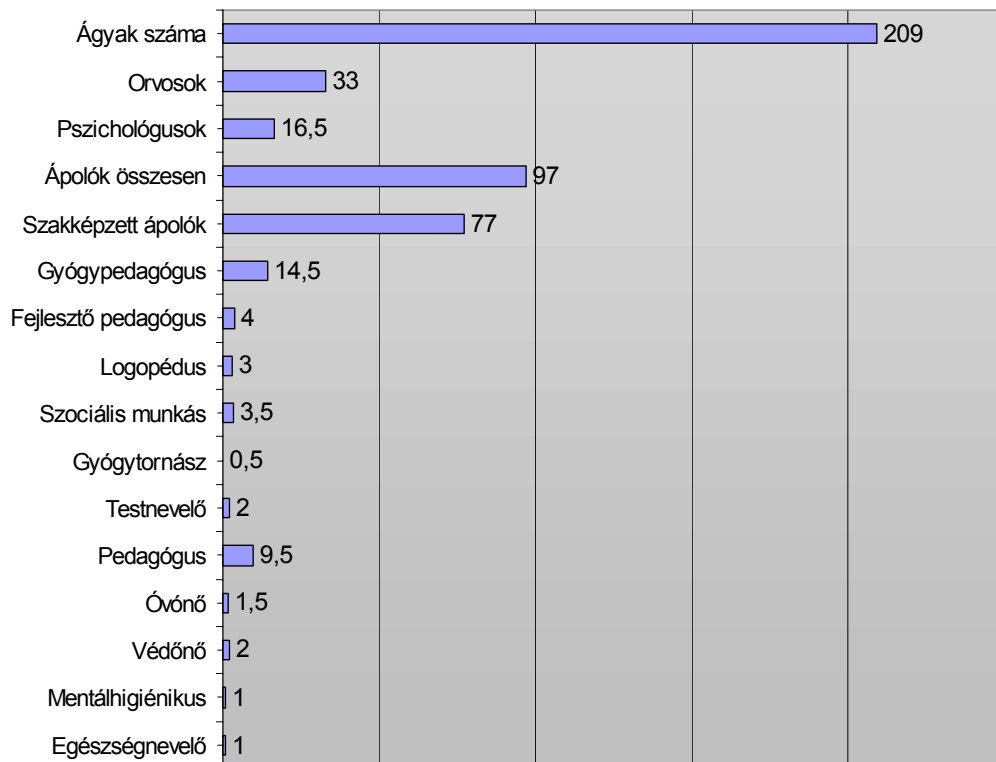
Magyarország egészségügyi irányításának régi autokrata vezetési stílusa mélyen beágyazódott és érintetlen maradt, így az esetek nagy részében szó sincs még valódi együttműködésről, egymás mellé rendeltségről. Sőt; az érintettek jórésze az így kialakult helyzetet jónak minősíti, hiszen ebben a rendszerben vált szakemberré, az formálta őt saját kívánsága szerint.

3. Statisztika

Az itt feltüntetett adatok, összesítések mind a monitorozási munkánkból származó információk. Az adatok az összes osztályra egyszerre vonatkoznak.

- Magyarországi gyermekpszichiátriák: 7 db
- Budapesti gyermekpszichiátriák: 3 db
- Állami működtetésű: 6 db
- Alapítványi működtetésű: 1 db

Bírói szemle 1 helyen van.



Az itt megjelenített adatok gyűjtését, feldolgozását több tényező nehezítette, melyek következtében azok pontossága kissé torzulhatott. Egyrészt a monitorozás közel egy éves időszaka alatt bizonyos, már korábban rögzített tények megváltoztak, vagy eleve korábbi állapotokat tükröztek, másrészt egyes esetekben a hivatalos úton és az intézmények dolgozói által velünk közölt adatok ellentmondóak, nehezen értelmezhetőek voltak pl. amikor egy szakembernek több, egymástól különböző szakterületen volt szakképesítése, vagy több területet látott el. Az utóbbi esetben ezeket az embereket szakterületenként 0,5 személynek vettük.

Az intézményekben teljes munkaidőben dolgozó rezidens orvosokat teljes állásúaknak értelmeltük, az ápolási asszisztenseket – a kórházi ápolás mai gyakorlata alapján – nem számítottuk a szakképzett ápolók közé.

5.2.3. Összegzés

A paramedikális személyzet szerepe, súlya messze nem közelíti meg az orvosokét, ami pedig kiemelkedő fontosságú lenne a helyes pszichoszociális szemlélet kialakításához. A holisztikus ápolás-gyógyítás azt jelenti, hogy a kliens összes életszínterén egyszerre kell segíteni a felmerülő problémák esetén, és azt, hogy a segítők birtokában legyenek az összes erre irányuló információnak, hiszen ennek ez az alapja. A komplex ápolásnak-gondozásnak a jelenlegi rendszer több helyen komoly akadályozója.

Az erős hierarchiájú, dominánsan autoriter-paternalista rendszerben, melyben a paramedikális személyzet feladatköre, kompetenciája erősen megnyírbált, lehetetlen az, hogy a team összes dolgozója minden alapinformációt tudjon a gyermekről, és egyenrangú partnerekként együtt, egyszerre tudjon beavatkozni az orvosokkal a krízisek megoldásába.

Az egész ellátórendszer szemléletmódja (mely a múlt nehéz öröksége) is úgyszólván lehetlenné teszi azt: a holisztikus, kliensközpontú, team munkára építő attitűd helyett még nagyon sok helyen bio-medikális, feladatorientált, autokrata beállítottság uralkodik.

A fennálló körülmények közt nehezített a gyors és pontos információcseré és az, hogy a segítő csapat tagjai magas szinten kommunikáljanak a gyermekekkel illetve azok minden érintett területével (iskola, gyermekjóléti szolgálat, ismeretségi kör). A segítő szakemberek nem kapnak elég lehetőséget saját személyiségük megismerésére – mely legfőbb munkaeszközük – és arra, nehogy idő előtt kiégjenek.

Helytelen a jelenlegi hozzáállás, illetve kevés a lehetőség arra vonatkozóan, hogy a gyermeket és problémáját ne önmagában kezeljék, segítsék, hanem vele együtt a családot mint egészet. Amennyiben kiszakítva őket környezetükből, a családot nem szerves egységként segítik, az úgynevezett (2-3 hetes) gyógyítás után az eredeti körülmények közé visszakerülve nagy valószínűséggel rövid időn belül hasonló állapotba kerülnek, mint gyermekpszichiátriára való érkezésük előtt. Abban az esetben, ha a családdal való kommunikáció különösen akadózó, pl. rossz társadalmi státusz, jelentős szociokulturális hátrány miatt, a megküzdőképességüket, interperszonális interakciójukat segíteni kellene, stresszüket pedig oldani. Ez alapfeltétel ezekben az esetekben a gyermek segítéséhez is. Ebben a munkában jelentős szerepe van (lenne) a szociális munkásoknak, illetve az ápolóknak, hiszen számszerűen ők kapcsolódnak a legtöbbször a családdal is.

Végezetül elmondható, és ez egyik speciális jellegzetessége a magyarországi gyermekpszichiátriái ellátó rendszernek, hogy az osztályokon dolgozók lelkes, gondos hozzáállása sok esetben új utakat tör a rendkívüli mértékben megnyilvánuló objektív nehézségek, hiányosságok között, illetve tompítja a rendszer rendszertelenségét.

5.3. Betegjogok érvényesülése, problémák²³

5.3.1. Önrendelkezés

A magyar Ptk. szerint a 14 éven aluliak cselekvőképtelenek, a 14 és 18 év közöttiek pedig korlátozottan cselekvőképeseek. Az Amszterdami Deklaráció kimondja, hogy a cselekvőképtelen beteget is be kell vonni a döntési folyamatba, tájékoztatni kell, és véleményüket „a szakmailag lehetséges mértékig” figyelembe kell venni a döntések során²⁴. Az Európai Tanács Bioetikai Konvenciója hasonlóképpen előírja, hogy a kiskorú véleményét - érettségéhez és korához mérten - a kezeléssel való döntésnél egyre inkább meghatározó tényezőként kell figyelembe venni²⁵. Általánosságban elmondható, hogy a magyarországi szabályozásban a kezelésekkal kapcsolatos kérdésekben a szülő, más esetben a gyám (törvényes képviselő) a döntéshozó, ezért a kiskorú kívánsága rajtuk keresztül tud - vagy esetleg nem tud - érvényesülni. Bizonyos engedményt kaptak a 16 éves kor felettiek, ők közokiratban, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban kijelölhetnek helyettes döntéshozót, vagy kizárhatnak meghatározott személyeket az őket érintő egészségügyi döntésekből. Ezekről a lehetőségekről, jogosítványokról megfelelő tájékoztatást a páciensek nem kapnak, így ez az önrendelkezési jog nem tud érvényesülni. Kellőképpen tájékozott és a jelenleginél proaktívabb munkát lehetővé tevő keretek között dolgozó betegjogi képviselők fontos szerepet játszhatnának a betegek tájékoztatásában erről a lehetőségről. A megfelelő érettség, a felnőttre jellemző belátás képessége ebben az életkorban már megmutatkozhat, amit bizonyít annak a már dolgozó, depressziós 17 éves fiúnak az esete, aki maga kérte a pszichiátriai osztályon való kezelését. A jövőben - nemzetközi ajánlások alapján - a kiskorúakra vonatkozó speciális szempontokat is figyelembe vevő szabályozás és az önrendelkezési jog bővítésének az elkészítése a kiemelten fontos jogalkotói feladatok közé tartozik.

5.3.2. Tájékoztatás

A pszichiátriai osztályokon feltett kérdéseink egy része kimondottan a tájékoztatás felől érdeklődött, ennek meglérére irányult. Az egészségügyi törvény 2001-es törvénymódosítása lehetővé teszi, hogy a gyermek 16 éves kor felett már lemondhat a tájékoztatásról, ill. megnevezheti azt a személyt, akit helyette tájékoztatni kell. Az osztályok a szülővel/gondviselővel ismertetik a terápia célját, módját és várható hatásait. Megbeszélik a gyógyszerelést, az alternatívákat, a mellékhatásokat. A felvételnél a szülővel beleegyező nyilatkozatot iratnak alá, kérik bizonyos kor fölött (kamaszoknál és általában 16 év fölött) a gyermek hozzájárulását a gyógyszeres terápiához.

A gyermekek tájékoztatása változó, egyes osztályok törekednek az érettségnek megfelelő felvilágosításra, máshol az információ szűkkörű. Az is gondot jelent, hogy a szülő időnként

²³ A fejezet Szóke Zsolt és Simon Zsuzsa munkáján alapul

²⁴ „Abban az esetben is, amikor szükség van törvényes képviselő beleegyezésére, a beteget - akár kiskorú, akár felnőtt -, amennyire csak felfogóképessége engedi, be kell vonni a döntési folyamatba.” A Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe, 3.5. pont, (1994), Amszterdam

²⁵ „Ahol a jog szerint a kiskorú nem rendelkezik a beavatkozáshoz szükséges beleegyezési képességgel, a beavatkozás csak akkor végezhető el, ha képviselője, a hatóság, illetve a jogszabály által kijelölt személy vagy testület ezt engedélyezi.

A kiskorú véleményét korához, illetve érettségéhez mérten minden esetben mint egyre inkább meghatározó tényezőt kell figyelembe venni.” Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, (1997) 6. cikk 2. pont. A Konvenció 2002. évi VI. törvényként beépült a magyar törvények sorába.

nem beszéli meg a gyermekével, hogy most a kórházban kell maradnia, egyáltalán miért is kellett idejönnie.

Házirend, strukturált napirend minden osztályon van (esetleg magyarázó szöveg is van hozzá!). Az ismertetőt van ahol aláírják, s előfordul, hogy kézhez kapnak belőle az érintettek megőrizhető példányt. A benne foglaltak a zavartalan ellátást és gyógyulást szolgálják, s egyben figyelmeztetik a gyerekeket a veszélyekre (a parkban történő tartózkodás veszélyeire, mobiltelefon használatára, értékek elhelyezésére, cigarettázás szabályaira stb.). A házirend kiegészítése, hogy amennyiben a gyermeknél drogot, alkoholt és egyéb az orvos által nem engedélyezett gyógyszert találnak a bennfekvés alatt, az osztályról távozni kell. Ugyanakkor hiányoltuk a házirend jól látható helyen történő elhelyezését, kifüggesztését több esetben, ill. a betegjogokat és a kötelezettségeket ismertető, közérthető kiírásokat. Ezek a falon kifüggesztett információk hasznosak, segítik az idegen környezetben való alapvető eligazodást, gyorsabb beilleszkedést eredményeznek.

A tájékoztatásnak ki kell terjednie az osztályon való tartózkodás okaira és céljára.

Kérdésünkre, hogy - Tudja-e miért van az osztályon? - a következő (reprezentatív) válaszokat kaptuk:

„Azért hoztak ide, hogy tudjak iskolába járni.” (15 éves lány)

„Igen. Verekedős vagyok .” (12 éves fiú)

„Nem tudom.” (12 éves fiú)

„Igen. Magam kértem, hogy kezeljenek.” (17 éves fiú)

„Nem tudok éjszaka aludni, nagyon ébren alszom.” (14 éves lány)

„Nem.” (12 éves fiú)

„Tanulással gondjaim vannak.” (13 éves lány)

„Dührohamaim vannak, gyakran sírok.” (10 éves lány)

A tájékoztatásnak a másik fontos része, hogy -tisztában van-e a bent tartózkodás idejével a gyermek?

- Tudja-e, hogy meddig marad?

A válaszok a következők:

„Hétfélig hazamehetek, többet nem tudok. Egy hete vagyok bent.” (15 éves lány)

„Igen. Két hétig maradok az osztályon. Négy napja vagyok itt.” (12 éves fiú)

„Nem tudom, hogy meddig maradok.” (12 éves fiú)

„Hétfőn jön be édesanyám, akkor beszélnek meg az orvossal közösen.” (17 éves fiú)

„Jövő hét péntekig.” (14 éves lány)

„Nem.” (12 éves fiú)

„A mai napon megyek haza. Többet nem kell jönnöm.” (13 éves lány)

„Most két hétig maradok. Hétfélig hazamegyek.” (10 éves lány)

A felsorolásból látszik, hogy a gyerekek egy része - életkorának megfelelően - tud magyarázatot adni, miért tartózkodik az osztályon, milyen célból van ott, és meddig kell maradnia. Sajnos azonban előfordult több olyan eset, amikor a gyermek ezekre a kérdésekre nemmel válaszolt, nem tudta, miért és meddig kell az egészségügyi intézményben tartózkodnia. Találkoztunk öröndetes és követendő példával, ahol távozáskor a gondviselő és a kliens kérdőívet (ún. elégedettségi vizsgálatot) tölt ki a kórházi ellátás minőségének javítása érdekében. Ebben kitérnek a különböző igényekre, javaslatokra, véleményekre (pl. ápolás színvonala, speciális foglalkozások értékelése, tisztaság, egészségügyi dolgozók külső megjelenése, prospektusok-plakátok hozzáférhetősége, mit találtak jónak-rossznak a kezelés során, stb.).

5.3.3. Fegyelmezés, büntetés

A házirendeket megsértőkkel szemben, a fegyelmezés és büntetés területén nagyon változatos kép alakult ki bennünk - a személyzet ezirányú találékonyságát és az intézmény lehetőségeit is kihasználva - a skála az enyhe szóbeli figyelmeztetéstől egészen az „elkülönítőbe” történő elhelyezésig ill. a hazaküldésig tart. Ez természetesen az összes általunk leírt módszer, egyik intézmény sem használ ennyi büntetési és fegyelmezési formát.

Nézzük meg ezeket a fegyelmezési módokat!

- enyhe szóbeli figyelmeztetés,
- elbeszélgetés,
- fekete pont,
- jutalom megvonás,
- büfébe járás megtiltása,
- a szobába való beküldés,
- ágyban, pizsamában fekvés,
- szigorú ágynyugalom,
- sarokba állítás,
- cigaretta megvonás (kamaszoknál),
- látogatás tilalma,
- fürdőszobai elhelyezés,
- elkülönítőbe való elhelyezés 2- 3 óra időtartalomra (WC-vel is rendelkezik az elkülönítő!),
- csuklópántok alkalmazása (ritkán, évente 1-2 alkalommal használják),
- hazaküldés (ha nagyon rossz a gyermek).

Fizikai büntetést (verést) egyik osztályon sem alkalmaznak, a büntetési formák egy része az „elrettentést” szolgálja, ismertetése - a személyzet elmondása szerint - elegendő visszatartó erőként hat. Az agresszív gyereket kiemelik átmeneti időre a környezetéből, erre szolgálnak a különböző elhelyezési formák (sarokba állítás, fürdőszoba, elkülönítő stb.), ám ezekben az esetekben sem maradhat egyedül. Abban a ritkán előforduló esetben, ha ez nem vezet eredményre – orvosi utasításra – gyógyszerrel adnak az agresszív gyerekeknek. Van olyan osztály, ahol komolyabb büntetést nem is alkalmaznak, a szóbeli figyelmeztetés elegendő fegyelmezési módszernek bizonyul.

A gyerekek a kórtermekben egymás között vannak egész nap, ezért előfordul, hogy két gyerek összeszólalkozik, esetleg verekednek, bántják egymást. Volt olyan kislány, akinek „cibálták a haját”, egy 12 éves fiút bántalmazott a társa. A válaszokból kiderül, hogy ilyen esetben a gyerekek egységesen az ápolókhoz, nővérekhez fordulnának. A pszichológusok átbeszéléssel, viselkedésterápiával is próbálják kezelni és megelőzni ezeket az összeütközéseket.

Kérdésünkre, hogy – A társaival hogy jön ki? – a válaszok a következők voltak:

„Jól.” (15 éves lány)

„Jól, van barátom. Itt mindenki segít mindenkinek!” (12 éves fiú)

„Változó”. (12 éves fiú)

„Megvagyunk.” (17 éves fiú)

„Jól. Vannak barátnőim és barátaim.” (14 éves lány)

„Jó a kapcsolatom a társaimmal.” (12 éves fiú)

„Nem volt velük problémám. A velem egykorúakkal összebarátkoztam.” (13 éves lány)

„Nagyon jól. Itt nem csúfolnak.” (10 éves lány)

A személyzettel általában jó kapcsolatban vannak a gyerekek, ám előfordul, hogy nézeteltérés alakul ki közöttük (pl. a cigarettázás korlátozó szabályai gyakran vezetnek ilyen konfliktushoz kamaszoknál).

Örömmel tapasztaltuk, hogy van olyan intézmény, ahol a vezető pszichiáter a gyerekekkel lábtengőzik, sakkozik, így próbál közel kerülni hozzájuk.

Milyen a kapcsolat a személyzettel?

„Nagyon jó, ápolók kedvesek velünk, figyelnek ránk.” (15 éves lány)

„Jó a kapcsolat, aranyosak.” (12 éves fiú)

„Rossz.” (12 éves fiú)

„Jó a kapcsolat.” (17 éves fiú)

„Aranyosak, nagyon jó.” (14 éves lány)

„Jó.” (12 éves fiú)

„Konfliktusom volt az ápolókkal, nem alakult ki senkivel sem közvetlenebb kapcsolatom”. (13 éves lány)

„Szeretem az ápolókat. Elvittek a múlt évben a McDonalds-ba is.” (10 éves lány)

5.3.4. Tájékozott beleegyezés, gyógyszerkipróbálások, ajándékok

Az Egészségügyi törvény rögzíti, hogy a gyógykezelést és a beavatkozásokat csak a beteg beleegyezése után lehet megkezdeni. A cselekvőképtelen betegek nem dönthetnek maguk a kezelési kérdésekben, helyette valaki másnak kell döntenie a beavatkozásokról. Az Egészségügyi törvény módosítása²⁶ nyomán a 16. életévüket betöltött fiatalok közokiratba, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalhatják, hogy kit választanak helyettes döntéshozójukként. Amennyiben nincs ilyen kijelölt helyettes döntéshozójuk, akkor a törvényes képviselő vagy a közeli hozzátartozó dönthet a beavatkozásokról. A törvény szerint a helyettes döntéshozók döntési jogosultsága csak az ún. invazív beavatkozásokra (a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat) terjed ki, a gyógyszeres kezeléseket az orvosok így beleegyezés nélkül végezhetik²⁷.

A beleegyező nyilatkozat a fekvőbeteg kórházi ellátásához ill. a beavatkozáshoz (műtéthez) kér hozzájárulást. Ennek alapján a beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása kijelenti, hogy kéri:

- a fekvőbeteg gyógyintézeti elhelyezését,
- a gyógykezeléshez szükséges és külön beleegyezést nem igénylő vizsgálatoknak és beavatkozásoknak az elvégzését,
- a további gyógykezelés érdekében a kórház másik fekvőbeteg osztályára történő áthelyezését.

²⁶ A 2001. évi XXXIV. törvény (Az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról) 11.§ az Alkotmánybíróság 2000. évi 36. határozata (X. 27.) alapján került sor – egyebek mellett – erre a módosításra

²⁷ Ismerte, hogy a pszichotróp gyógyszereknek – különösen gyerekeknél, akiknek központi idegrendszere még fejlődőben van – komoly és visszafordíthatatlan mellékhatásai lehetnek, érdemes lenne e szabályozást újragondolni.

A tájékozott beleegyezés jogának elismerése természetesen magában foglalja, hogy az emberek saját testük és életük feletti önrendelkezési jogukat gyakorolva egyes gyógykezeléseket visszautasítsanak. Abban az esetben, ha a szakmailag indokolt beavatkozáshoz (műtét) nem járul hozzá a beteg, vagy törvényes képviselője, akkor tanúk előtt aláírt elutasító nyilatkozatot tesz. Ebben kijelenti, hogy a bekövetkező további gyógyeredményei alakulásáért, szövődményekért az orvosi felelősség alól felmenti azon orvosokat, akiknek a fenti javasolt kezelését nem fogadta el.

Gyógyszerkipróbáláskor és orvosi kutatáskor az Egészségügyi törvény szerint szigorú feltételeknek kell megfelelni. A betegnek egy részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatást követően írásban kell megadnia beleegyezését a kutatásban való részvételéhez. Cselekvőképességében érintett személy (gyermek) esetén szigorúbbak a feltételek.^{28 29 30}

²⁸ Az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény (Eütv) 159. paragrafusának 4. és 5. bekezdése szabja meg a cselekvőképességükben érintett személyeken végzett kutatások törvényi kereteit: „(4) Kutatás cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes személyen kizárólag a következő feltételek együttes fennállása esetén végezhető:

- a) az (1) bekezdés a)-d) pontjaiban foglalt feltételek teljesülnek;
- b) a kutatástól várt eredmény közvetlenül szolgálhatja a kutatás alanyának egészségét;
- c) a kutatás nem folytatható hasonló hatékonysággal cselekvőképes személyen;
- d) a 16.§) (1)-(2) bekezdés szerinti személy - a 16.§) (5) bekezdésében foglaltakra is figyelemmel - a beleegyezését adta.

(5) A (4) bekezdés b) pontjában foglalt feltételtől kivételesen a következő feltételek együttes fennállása esetén el lehet tekinteni:

- a) a kutatás célja az, hogy a kutatás alanyának állapotához, betegségéhez kapcsolódó tudományos ismeretek gyarapításával belátható időn belül hozzájáruljon olyan eredmények eléréséhez, amelyek hasznosak a kutatás alanyának vagy más hasonló korú és azonos betegségben szenvedő, illetőleg hasonló jellegzetességeket mutató és hasonló egészségi állapotú személy számára;
- b) a kutatás a kutatás alanyára nézve a minimálist jelentősen meg nem haladó kockázattal és enyhe igénybevétellel jár;

- c) a kutatásra az ETT véleményének figyelembevételével a népjóléti miniszter engedélyt ad.

²⁹ **„A korlátozottan cselekvőképes és cselekvőképtelen személy bevonása a klinikai vizsgálatba**

6. § (1) Ha a klinikai vizsgálatba - az Eütv. 159. §-ának (4) és (5) bekezdéseiben meghatározott feltételek betartásával - korlátozottan cselekvőképes személyt vonnak be, akkor mind a korlátozottan cselekvőképes személyt, mind a törvényes képviselőjét tájékoztatni kell a 4. §-ban foglaltaknak megfelelően.

(2) A klinikai vizsgálat csak akkor végezhető korlátozottan cselekvőképes személyen, ha mind a korlátozottan cselekvőképes személy, mind törvényes képviselője beleegyezését adta. A beleegyező nyilatkozatot mind a korlátozottan cselekvőképes személynek, mind törvényes képviselőjének alá kell írnia.

6. § (1) Ha a klinikai vizsgálatba - az Eütv. 159. §-ának (4) és (5) bekezdéseiben meghatározott feltételek szerint - cselekvőképtelen kiskorú vagy nagykorú személyt (a továbbiakban: cselekvőképtelen személy) kívánnak bevonni, akkor a (2)-(5) bekezdésekben foglaltaknak megfelelően kell eljárni.

(2) Az Eütv. 16. §-ának (1)-(2) bekezdése szerinti személyt a 4. §-ban foglaltaknak megfelelően kell tájékoztatni. Ezen túlmenően a cselekvőképtelen személyt is - ítéltétségének megfelelően - tájékoztatni kell minden, a klinikai vizsgálat szempontjából fontos körülményről, annak kockázatáról és kedvező vagy kedvezőtlen hatásáról. A kiskorú tájékoztatásába pedagógiai gyakorlattal rendelkező személyt is be kell vonni.

(3) Amennyiben a cselekvőképtelen személy a tájékoztatást megértette, azt értékelni tudja, és kifejezetten elhárítja a klinikai vizsgálatban való részvételét, vagy a klinikai vizsgálatból ki kíván lépni, ezt a klinikai vizsgálat vezetőjének, illetve a klinikai vizsgálatot végző személynek maradéktalanul figyelembe kell vennie.

(4) Ha a cselekvőképtelen személy cselekvőképessé válik, a lehető leghamarabb tájékoztatni kell a klinikai vizsgálatról, és kérni kell a beleegyezését annak folytatásához. Ennek hiányában a klinikai vizsgálatot az érintett személyen nem lehet folytatni.

(5) Nem végezhető klinikai vizsgálat olyan cselekvőképtelen személy bevonásával, aki még cselekvőképes állapotában kizárta klinikai vizsgálatban való részvételét.

(6) Korlátozottan cselekvőképes és cselekvőképtelen személy egészséges önkéntesként klinikai vizsgálatba nem vonható be.” 24/2002. (V. 9.) EüM rendelet az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról.

Látogatásaink során négy osztályon végeztek kutatásokat, ebből egy osztályon depresszió kutatás folyik, ám ez nem gyógyszeres. A másik három osztályon gyógyszerkipróbálásokat végeztek/végeznek. Az orvos tájékoztatja a szülőt és gyermeket a gyógyszerkipróbálásról, tájékozott beleegyező nyilatkozatot kérnek a gondviselőtől és a gyermektől (12 éves kor felett). Gyógyszerkipróbálásnál ki kell jelölni egy, a kutatásban részt nem vevő orvost, aki rendszeres kapcsolatot tart a kutatásban résztvevőkkel, folyamatos tájékoztatást nyújt és a panaszokat is kivizsgálja.

A gyógyszerkipróbálásban, a kutatásban résztvevő gyermekek több helyen is ajándékokat választhatnak³¹.

5.3.5. Adatvédelem

Az adatvédelmi törvény és az egészségügyi adatokról szóló törvény pontos szabályokban rögzíti azt a kötelezettséget, hogy a beteg adatait bizalmasan kezeljék. Az orvosi titoktartás fontos kérdése, hogy kinek adható felvilágosítás a beteg állapotáról.

Különösen problematikus az adattovábbítás az egészségügyi ellátóhálózaton kívüli szervek felé. A rendőrség kérésére kiadhatók-e pl. a kábítószer fogyasztó páciensek adatai? Az 1997. évi XLVIII. törvény (Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről) 23. paragrafusa megnyitja a pszichiátriai, addiktológiai osztályokon történő nyomozás lehetőségét, hátrányosan befolyásolva a terápiás légkört, a problémával küzdő páciens szakmai segítség kérése iránti bizalmát. Ide kívánczik, hogy a fiatalok drogfüggők és szenvedélybetegek számára nincs elvonókezelésre szakosodott kórházi osztály és nincs megfelelően képzett szakember. A drogbetegeket a hagyományos intézményekben próbálják kezelni.

Az Egészségügyi törvény szerint a beteg megjelölheti azt a személyt, akit a kórháznak értesíteni kell állapotáról, kórházi elhelyezéséről. A jogszabály alapján a betegnek joga van arra is, hogy megjelölje azt a személyt, akit tájékoztatni lehet állapotát, kezelését illetően, így más személy nem jogosult információt szerezni még a kezelés tényéről sem.

A gyakorlatban az osztályok írásban adnak részletes felvilágosítást a hozzátartozóknak (megjelölt személyeknek) a gyermek állapotáról. Az egészségügyi dokumentumokat a hozzátartozó megismerheti, az iratokba betekinthet, azokról – saját költségre – másolatot kérhet, s ehhez igénybe veheti a betegjogi képviselő segítségét. Zárójelentést a szülő kap, az iskola nem. Telefonon keresztül nem adnak felvilágosítást, esetleg a szülő kaphat alapinformációt. Hivataloknak, bíróságnak a kórházi jogászokon keresztül adnak ki véleményt.

³⁰ Hasonlóképpen rendelkezik – általában véve az orvostudományi célú kutatásokba való bevonással kapcsolatban – a 23/2002. EüM rendelet (az emberen végzett orvostudományi kutatásokról) 5. paragrafusa.

³¹ Bár a legtöbb helyen azzal érveltek, hogy ilyen ajándékozásra minden esetben sor kerül, ha a gyerekek „kellemetlen” beavatkozáson kell átmennie, és ez nem korlátozódik csak a kutatásokra/gyógyszerkipróbálásokra, a PÉF-nek több aggálya van a gyakorlatot illetően. Egyrészt elmosza a terápiás beavatkozás és a kutatás közti különbséget, másrészt ellent mond a 23 és 24/2002 EüM rendeleteknek, melyek szerint: „A résztvevő részére a kutatásban történő részvétellel kapcsolatos jövedelem kiesésének, továbbá az utazással összefüggésben ténylegesen felmerült és igazolt - társadalombiztosítási jogviszony alapján nem fedezett - költségeinek megtérítésére költségtérítés fizethető. A résztvevő részére egyéb juttatás vagy díj - az egészséges önkénteseken végzett kutatás kivételével - nem adható. A résztvevő tájékoztatása, beleegyezés a kutatásba” (3.§ 7. bekezdés). A két rendelet azonos sorszámú rendelkezése csak abban különbözik, hogy a „kutatásban történő részvétel” kifejezés helyett a 24/2002-es rendeletben a „klinikai vizsgálatban történő részvétel” terminus szerepel.

Követelmény, hogy az orvosi dokumentációhoz illetéktelen személyek ne férjenek hozzá, azokat jól zárható helyen kell tárolni. Előfordult olyan eset, hogy a sajtó engedély nélkül készített riportot és fényképezett serdülőket az egyik osztályon. Az ilyen eset személyiségi jogokat sért, minden esetben szükséges az érintettek beleegyezése.

Munkánk során mi magunk is írásos engedélyt kértünk a szülőktől, hogy a kérdéseket feltehesük a gyerekeknek és az együttműködéshez a gyermek beleegyezését is kértük.

6. A legfőbb hiányosságok

1. Átfogó, a pszichés problémákkal élő gyerekeket és családjaikat segítő pszichoszociális háló hiánya.

A „problémás gyerek” azonosítására gyakran az óvodában, iskolában kerül sor. Az egyik fővárosi gyermekjóléti szolgálat szociális munkása kereken fogalmaz: „Nincs rendszer, ami működjön, mely támogató a gyermekeket.”

„Alapítványi iskolák magas tandíj fejében foglalkoznak azokkal a gyermekekkel, akik eltérnek a többségtől. Az a család, amely nem tudja megengedni magának az iskolát az önkormányzattól kaphat segítséget.”

Olykor a szomszédok észlelik, hogy valami baj van. Ha ilyenkor egyáltalán történik valami, az a gyermekjóléti szolgálat bevonása. A meginterjúvált, megkérdezett szakemberek szerint a tényleges problémával küzdők töredéke kerül csak a látókörükbe. A gyermekjóléti szolgálatok mozgástere, kapacitása erősen korlátozott. Megkísérlik azonosítani, megszervezni a családnak szükséges segítséget, ami gyakran komplex, több intézményt mozgósító. Egy gyermekjóléti szakember szerint: „A jelzőrendszer fórumain a gyermekorvosok többnyire nem képviseltetik magukat. A gyermekjóléti szolgálat azon munkatársai, akiknek kisgyermekük van a saját gyermekorvosait próbálják rávenni, hogy jöjjenek el ezekre a fórumokra.”

A kerületi iskoláival is tartják a szociális munkások a kapcsolatot a gyermekvédelmi felelősön keresztül. Ha a szülők nem együttműködők, tehetetlenek, illetve fordulhatnak a gyámhivatalhoz. Nem ritka, hogy a „problémás gyerek” és családja végigjárja a családsegítő, nevelési tanácsadó, tanulási képességeket vizsgáló bizottság, gyermekpszichiátriai gondozó, gyermekpszichiátriai osztály láncát, majd visszakerül a gyermekjóléti szolgálathoz, mert a gyermek és a család problémája nem oldódott meg.

Egy másik gyermekjóléti szolgálat munkatársa arra a kérdésre, hogy milyen a kapcsolatuk az ellátórendszerrel, azt felelte: „Ha a kérdés a gyermekpszichiátriai rendszerre vonatkozik, akkor azt lehet elmondani, hogy nincs is rendszer, melyről beszélni lehessen.”

2. A szociális munka hiányosságai

Szinte minden felkeresett intézmény arról számolt be, hogy nincs elegendő, megfelelően képzett szociális munkásuk. Egy átfogó, a pszichés problémával élő gyerek és családja számára elérhető pszichoszociális ellátórendszer elképzelhetetlen a gyermekpszichiátria problematikájában képzett szociális munkások serege nélkül. Többnyire nincs képzés, továbbképzés, ami a szociális munkásoknak ebben segítene.

A legtöbb kórházi osztályon egyáltalán nem alkalmaznak szociális munkást. Ezt a feladatot delegálják egy másik paramedikális munkatársnak, vagy hártják a gyermekjóléti szolgálatra, helyenként a gyámhivatalra (az utóbbi súlyos kompetencia- és szereptévesztésre utal).

Ha van is szociális munkás a kórházban, gyakran előfordul, hogy nem ismerik el a munkáját az orvosok, nővérek. Hallottunk olyan véleményt is egy orvostól, hogy a szociális munkás feladatait egy orvos is el tudja végezni, nem szükséges erre külön munkatárs.

A szociális munkások másik nehézsége, hogy több osztályon kell dogozniuk a kórházban, ami azt eredményezi, hogy nagyon leterheltek.

3. Társadalmi, családi és iskolai (pszicho)szociális problémák medikalizálása

Nem ritka, hogy a család pszichoszociális problémái a „leggyengébb”, legvédtelenebb tagjában, a gyerekekben produkál pszichés tüneteket^{32 33}. A „gyermekcentrikusnak” nem éppen nevezhető iskolák is sok szenvedés forrásai lehetnek. Túzoltásra alkalmas lehet ilyenkor a „tünethordozó” gyerek gyógy(szeres) kezelése, de a problémát nyilván nem oldja meg. Kezdeté lehet azonban egy élethosszig tartó pszichiátriai betegkarriernek. Az egyik fővárosi nevelési tanácsadó munkatársa szerint: „Amin még nagyon jó lenne változtatni, hogy a szülők jobban odafigyelnének gyerekeikre, nem csak az állandó rohanás lenne egy család életében. A másik, hogy a versenyszellem mely egyre erősebb az iskolákban csökkenne, mert ezzel összefügg a sok szorongásos gyermek megjelenése itt, a képességek csökkenése stb.”³⁴

Ugyanakkor, szakirányban (tovább)képzett szakemberek, szociális munkások jelenléte az iskolákban lehetne az egyik leghatékonyabb szűrő: a gyermekek idejük nagy részét az iskolában töltik. Ha a pszichoszociális problémák idejében fölismerésre kerülnének, megfelelő szociális munkával sok esetben megelőzhető lenne, hogy a gyerekek a túlterhelt nevelési tanácsadók, gyermekjóléti szolgálatok, gyermekpszichiátriai szakintézmények szolgáltatásaihoz sodródjanak.

4. Pszichoterápia, családterápia, nevelési tanácsadás korlátos elérhetősége

Nagyon kevesen foglalkoznak gyerekek és serdülők pszichoterápiájával, gyerekes családok családterápiájával. Az OEP ezt érdemben nem finanszírozza, így csak a szerencsés és jómódú családok számára hozzáférhetőek³⁵.

A kamaszok pszichoterápiájánál külön etikai-jogi konfliktus nehezíti a terapeuta-kliens kapcsolatot. A kamasznak gyakran szüksége lehet arra, hogy bizalmas információkat osszon meg terapeutájával, amiket nem szeretne a szülők tudomására hozni. Ilyenkor a terapeuta szakmai-etikai normái ütközhetnek a jogi szabályozással (vagy szabályozatlansággal).

Kutatásunk során azt találtuk, hogy több nevelési tanácsadó 12 évesnél idősebb gyerekekkel nem szívesen foglalkozik. Pedig a kamaszkori érzelmi, viselkedési problémák jellemzően ez

³² Az Egyesült Királyságban 1999-ben végeztek statisztikailag reprezentatív fölmérést a gyermekpszichiátriai megbetegedések és a szülők jövedelme közötti kapcsolatról. A 100 fontnál kevesebb heti jövedelemmel rendelkező családokban a gyerek pszichiátriai megbetegedésének gyakorisága csaknem háromszorosa a 770 fontnál nagyobb heti bevétellel rendelkező családokénál. Prevalence of mental disorders among children: by gross weekly household income and age of child, 1999: Social Trends 31

³³ A. Rosenblatt szerint (Prevalence of Mental Health Disorders among Children and Adolescents, Berkely (2002), hivatkozva Institute of Governmental Studies, 43 (1) 2002) a gyermekpszichiátriai zavarok fő kockázati tényezői a szegénység; testi problémák; értelmi sérültség; alacsony születési súly; mentális zavar, vagy szenvedélybetegség előfordulása a családban; gondviselőtől való elválasztás; bántalmazás és elhanyagolás.

³⁴ Ezzel cseng össze Vekerdy Tamás megállapítása: „Mit mér az osztályzat? Nem méri az intelligenciát, az intelligencia fontosabb, ún. cselekvéses faktoraik egyáltalán nem szerepelnek az iskolai mérlegelésben, nem méri a kreativitásnak egyetlen tényezőjét sem (ellenkezőleg: bünteti a divergens gondolkodást), nem méri, nem jelzi előre a későbbi „beválást”, nem korrelál azzal. Az osztályzat egyfajta, igen szűkkörű, verbális és rövidtávú emlékezeti teljesítményt mér, amelynek később nincs szerepe semmiféle életpályán. Arra viszont nagyon alkalmas az osztályzás, hogy a szorongást és a jó jegyre törekvést egyszerre kiváltva csökkentse a tárgyra irányuló érdeklődést és a valódi teljesítményt.”

³⁵ Rosenblatt idézett összefoglalója szerint a pszichoterápiával kezelt gyerekek 79%-a mutat jobb beilleszkedést

után kezdődnek³⁶. A kamaszok és szüleik is magukra maradnak. Az egyik nevelési tanácsadó munkatársa szerint: „Valóban a legtöbb gyermek 6-10-11 éves, akiket a szüleik hoznak. A serdülők törekszenek a függetlenségre, „milyen ciki ilyen helyre járni” stb. A saját klienseim közül 10-ből 3-4 serdülő van. Ha egy serdülőt sikerül megnyerni, akkor képes eljönni.” Már a nevelési tanácsadók helyiségeinek kialakítása, kisgyermekhez illő dekorációja sem vonzó egy „nagy” gyermek számára.

Mindezek megint csak a medikális „tűzoltás”, a gyógyszerelés előnyben részesítéséhez járulnak hozzá. Ahogy egy budapesti Nevelési Tanácsadó szociális munkása fogalmazta: „Ha meghallom, hogy pszichiátria vagy akár gyermekpszichiátria a gyógyszerek szó jut az eszembe. Véleményem szerint a gyógyszerek talán ideiglenesen jók, de kialakulhat függőség tőlük, valamint mellékhatások során az emberben személyes változások is bekövetkeznek. A gyógyszer elfedi az igaz érzelmeket. Azt kellene a kezelés során figyelembe venni, hogy a pszichoterápia és a pszichológus is lényeges láncszem a gyógyítási folyamatban. A gyógyszergyárak hatalmas befolyása erősebb, a pszichológus és a terápia költségesebb. A gyógyszerelés és a pszichoterápia közös célja kell, hogy legyen, hogy az embernek maradjanak érzelmei, melyekkel lehet dolgozni.”

5. A pszichés zavarral és szenvedélybetegséggel együttesen küzdő gyerekek, kamaszok ellátatlansága

Világszerte egyre jelentősebb probléma a pszichiátriai zavarok és szenvedélybetegségek komorbiditása, amire elsőként az Egyesült Államokban hívták fel a figyelmet^{37 38 39}.

A hazai szakmai kollégium állást foglalt, hogy a szenvedélybeteg gyerekek, kamaszok ellátására a gyermekpszichiátria nincs felkészülve. A gond az, hogy semmilyen átfogó hálózat nincs, ami a kettős diagnózisú gyerekek – egyre növekvő – tábora számára adekvát segítséget nyújtana. Az egyik kerületi gyermekjóléti szolgálat szociális munkása megfogalmazásában:

„Ha a gyermek pszichés zavarokkal küzd akkor a szolgálat pszichológusa beszélget vele. A szenvedélybeteg serdülőknél működött egy csoport itt a szolgálatnál, azonban a csoport vezetője hosszabb ideig betegségben volt és a fiatalok nem jöttek el. Majd a betegségéből felépült munkatárs egy ifjúsági központban kezdett dolgozni szintén szenvedélybetegséggel küzdő serdülőkkel. Innen a szolgálatról az ifjúsági központba irányítják a segítségre szoruló fiatalokat.

A serdülőkori szenvedélybetegség kezelése nem megoldott, nincsen megfelelő intézményi háló, mely segítené a fiatalokat. Pl.: nincs olyan gyermekotthon mely szenvedélybetegséggel küzdő fiatalokat fogadna.”

Megerősíti ezt a tapasztalatot egy másik kerület munkatársa is: „Azokkal a fiatalokkal, (14-17 évesek) akik pszichés zavarokkal és szenvedélybetegséggel küszködnek, nincsen ellátó rendszer (nincsen rehabilitáció) ahol megoldást találnának problémáikra. Ez a korosztály

³⁶ Roneblatt szerint (id. mű) a pszichés zavarok prevalenciája kamaszkorban majdnem kétszerese az óvodáskorinak, és 25%-kal magasabb a kisiskolás korinál.

³⁷ Greenbaum, P., Foster-Johnson, L., & Petrila, A. (1996). Co-occurring addictive and mental disorders among adolescents: Prevalence research and future directions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1).

³⁸ U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1999). *The Relationship Between Mental Health and Substance Abuse Among Adolescents*. Office of Applied Studies. Author.

³⁹ Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, G., & Bond, G. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4)

ambulanciára nem fog bejárni. Az ifjúsági klubok többsége inkább a preventív munkára helyezi a hangsúlyt.”

A gyermekpszichiátriai osztályok közül egyetlen van, amelyik nem zárkózik el kettős diagnózisú gyermekek felvételétől.

Az egyik osztályvezető főorvos szerint: „A szenvedélybeteg és egyúttal pszichiátriai beteg gyerekek jó esélye van, hogy nem éli meg a nagykorúságot.” A felnőtt ellátóhelyek felvehetnek ugyan fiatalos pácienseket is. Ez azonban ellentmond a Kínzás Elleni Bizottság azon irányelvének, miszerint, a különösen sérülékeny személyeket – többek közt a zavart kamaszokat – ne „vegýtsék” felnőttekkel. Ez ugyanis rengeteg visszaélésre ad alkalmat.

6. A családon belüli és más erőszak szerepének súlyos alábecslése

Az anamnézisnek a legtöbb osztályon nem képezi részét a családon belüli erőszak vizsgálata. A főorvosoktól általában azt a választ kaptuk, hogy nagyon ritkán fordul elő⁴⁰. Mások azzal érveltek, hogy „úgyis hiába kérdezzük rá, nem mernek válaszolni.” Nagy nemzetközi szakirodalma van annak, hogy a gyerek nonverbális kommunikációjának megfigyeléséből hogyan lehet a családon belüli erőszak létét valószínűsíteni. Azt is kutatási adatok támasztják alá, hogy az USA pszichiátriáin kezelt nők és lányok jelentős hányada szenvedett el családon belüli erőszakot^{41 42 43 44 45}.

Komoly félreértés van a családon belüli erőszak értelmezésében is. Többnyire csak a legsúlyosabb testi és szexuális erőszakra gondolnak. Pedig, különösen gyermekek, kamaszok esetén sokkal kevésbé drasztikus (pl. verbális, érzelmi, stb.) visszaélések is komoly pszichés tünetekhez vezethetnek. Nem csak a visszaélés áldozatának lenni komoly kockázati tényező, de szemtanúnak lenni is az⁴⁶. A Szövetség a Gyermekek Bántalmazása ellen 2000-ben 120 kérdőívet küldött ki gyermekjóléti szolgálatoknak, védőnőknek. A visszaérkezett adatok alapján „A 281 gyermekbántalmazással találkozott 70 szakember válaszaiból kiderül, hogy 240 gyermek esetében történt intézkedés, 226 gyermek a bántalmazás következtében állami gondozásba került. Erre két magyarázat lehet:

- Vagy csak az olyan súlyos bántalmazásokat tekintették a szakemberek gyermekbántalmazásnak, ami valóban a gyermek családból való kiemelését tette szükségessé.

⁴⁰ Kivételt képezett egy gyermekpszichiátriai osztály, ahol igen magas az állami gondoskodásban lévő (60%) és az értelmi sérültek (50%), valamint többszörösen fogyatékos gyermekek aránya (6%). Ennek az osztálynak a vezetője gyakran minősítette pácienseik anamnézisében a családon belüli és egyéb erőszakot.

⁴¹ L. pl. NIMH Fact Sheet, Missouri Institute of Mental Health, November 2002.

⁴² Az egyik városi elmeegszségügyi centrumban végzett felmérés szerint a kliensek 94%-a esett át traumán (Switzer, G.E. et al.(1999): Posttraumatic stress disorders and service utilization among urban mental health center clients, *Journal of Traumatic Stress*, 12 (1) 25-39.)

⁴³ Missouriban a súlyos pszichiátriai problémákkal élők 34-53%-a szenvedett el testi vagy szexuális erőszakot gyermekkorában. (Greenfield, S.F. et al. (1994): Childhood abuse in first episode psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 164, 831-834.; Rose, S.M. et al. (1991): Undetected abuse among intensive case management clients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 499-503.

⁴⁴ Jó internetes összefoglaló található a http://www.childadvocate.net/child_sexual_abuse.htm internetes címen

⁴⁵ Jó összefoglaló tanulmányok a téma iránt érdeklődőknek: Jaffe, P.G., Wolfe, D.A., and Wilson, S.K. *Children of battered women*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990; Margolin, G. Effects of domestic violence on children. In *Violence against children in the family and the community*. P.K. Trickett and C.J. Shellenbach, eds. Washington, DC: American Psychological Association, 1998, pp. 57-101; Peled, E., and Davis, D. *Groupwork with children of battered women: A practitioner's manual*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995; Holden, G.W., Geffner, R.A., and Jouriles, E.N. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association, 1998.

⁴⁶ Hurley, D.J., and Jaffe, P.G. Children's observations of violence: II. Clinical implications for children's mental health professionals. *Canadian Journal of Psychiatry* (1990) 35:471-76.

- Vagy a gyermekbántalmazás kezelése, megoldása ma Magyarországon gyakorlatilag azonos a gyermek családból való kiemelésével (a bántalmazott gyermekek 80%-a), míg amerikai adatok szerint a felvilágosítás és területi munka eredményeképpen a bántalmazott gyermekek mindössze 1-2%-át kell a családból kiemelni.⁴⁷

Érdekes kontraszt, hogy a 2002-ben, az általunk felkeresett gyermekjóléti szolgálatok szociális munkásai egészen másként vélekednek ugyanerről a kérdéstről: szerintük a pszichés problémákkal élő gyerekek családjainak nem kis hányadában fordul elő erőszakos viselkedés, gyermekbántalmazás. A szemléletváltásban a továbbképzéseknek, a gyermekbántalmazás és a családon belüli erőszak kérdésének nyilvánosságra hozataláért végzett kampányoknak egyaránt szerepük lehet.

7. Az önkéntesség megkérdőjelezhetősége

Bírói felülvizsgálat egyetlen gyermekpszichiátriai osztályon történik. Ott minden egyes felvételnél értesítik a bíróságot, s a bíró dönt a felvétel szükségességéről⁴⁸. Az összes többi osztályon nincs szerepe a bíróságnak, a gyerekek önkéntes páciensek, szüleik, gyámjaik adják az önkéntes beleegyezést.

Ez a gyakorlat nincs összhangban az Egészségügyi törvény rendelkezésével, amely kimondja (197.§) „(1) A gyógykezelés akkor tekinthető önkéntesnek, ha abba a cselekvőképes beteg a pszichiátriai intézetbe történő felvétele előtt írásban beleegyezett.

(2) A korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg a 16. § (1)-(2) bekezdésben meghatározott személy kérelmére vehető pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe.

(3) A bíróság az intézeti gyógykezelés indokoltságát és a beleegyezés érvényességét

a) az (1) bekezdés szerinti esetben a beteg, illetve a 16. § (1)-(2) bekezdésben meghatározott személy kérelmére,

b) a (2) bekezdés szerinti esetben hivatalból vizsgálja.”

Figyelembe véve, hogy a szülő és a gyerek között érdekkonfliktus húzódhat meg⁴⁹, ez utóbbi gyakorlat a PÉF szerint aggályos, és de facto önkényes fogvatartást eredményezhet^{50 51}.

⁴⁷ Szövetség a Gyermek Bántalmazása Ellen, A szövetség második közgyűlése: A Szövetség működése első évének munkájáról, további tervekről, (2001) Gyula

⁴⁸ Ezen az osztályon 2001-ben az ápoltak 60%-a állami gondoskodás alatt állt.

⁴⁹ Az állami gondoskodás alatt álló páciensek aránya kórházanként változik 3 és 60% között. A nevelőotthonból felvételre kerülő gyerekek gyámja általában a gyermekotthon igazgatója. E tények még inkább megkérdőjelezzik a felvétel önkéntességét.

⁵⁰ „Az Egyezményben részes államok elismerik az illetékes hatóságok által gondozásra, védelemre, illetőleg fizikai vagy elmeápolásra elhelyezett gyermeknek azt a jogát, hogy időszakosan felül kell vizsgálni az említett kezelést és az elhelyezésével kapcsolatos minden egyéb körülményt.” Egyezmény a gyermekek jogairól, 25. cikk, ENSZ

⁵¹ „1. Az Egyezményben részes államok az ítélőképessége birtokában lévő gyermek számára biztosítják azt a jogot, hogy minden őt érintő kérdésben szabadon kinyilváníthassa véleményét; a gyermek véleményét figyelemmel korára és érettségi fokára, kellően tekintetbe kell venni.

2. Ebből a célból nevezetesen lehetőséget kell adni a gyermeknek arra, hogy bármely olyan bírói vagy közigazgatási eljárásban, amelyben érdekelt, közvetlenül vagy képviselője, illetőleg arra alkalmas szerv útján, a hazai jogszabályokban foglalt eljárási szabályoknak megfelelően meghallgassák”, Egyezmény a gyermekek jogairól, 12. cikk, ENSZ

8. Írásos szabályzat hiánya veszélyeztető állapot esetére

A hat osztály és egy gyermekpszichiátriai részleg egyikén sincs kidolgozott, írásos eljárás, hogy mi a személyzet teendője abban az esetben, ha valamelyik gyermek veszélyeztető állapotúvá válik. Volt, ahol arra hivatkoztak, hogy „a személyzet emberi reakcióira van bízva, mi a teendő”⁵². Az íratlan, „házi” protokollok intézményenként különböznek, a skála felőleli a kémiai kényszerítést (Haloperidol injekció), a csuklóbilincset, a lefogást, az elkülönítést. Hangsúlyozzuk, hogy kényszerintézkedésekre a gyermekpszichiátriai osztályokon ritkán kerül sor. Az írásos szabályzat hiánya azonban fontos elvi probléma, túlzott szabadságot biztosít az intézkedés elrendelőjének és végrehajtójának a módszer megválasztásában, s visszaélésekre adhat okot. Különösen aggályos az a gyakorlat, hogy a „kezelhetetlen” gyereket, legalábbis átmenetileg áthelyezik a felnőtt pszichiátriai osztályra. A gyerekek, kamaszok sérülékenységre tekintettel ez megengedhetetlen, s ellentmond az Európai Kínzás Elleni Bizottság (CPT) irányelveinek⁵³, valamint a gyermekek jogairól szóló ENSZ Egyezménynek⁵⁴. A felnőtt osztályok zsúfoltságát ismerve elképzelhetetlen, hogy a kamaszok felnőttektől való külön elhelyezését biztosítani tudják.

9. A betegjogokról és a rendtartásról való tájékoztatás hiánya

A hat osztály és egy részleg közül egyetlenben talákoztunk egyszerű, a gyerekek által érthető nyelven megfogalmazott leírást arról, hogy milyen szabályokat kell betartaniuk, illetve ezek megsértése milyen következménnyel járhat. A főorvosok szerint ezt a felvételtkor a nővérek szóban ismertetik a gyerekekkel, azonban a megkérdezett főnővérek többségének erről nem volt tudomása.

Egyetlen egy osztályon sem talákoztunk a betegjogok gyerekek számára érthető nyelven megfogalmazott ismertetésével.

10. A betegjogi képviselő bevonatlansága

Összesen két osztályon említették, hogy a betegjogi képviselőnek valaha is volt dolga az osztályon ápolott gyerekekkel, ill. szülőjével. Sok helyen nem tudták megmondani, ki a kórház betegjogi képviselője, és hol, mikor érhető el.

⁵² Az egyik osztály vezető főorvosának nyilatkozata

⁵³ „...Továbbá különösen gondoskodni kell arról, hogy különösen sérülékeny páciensek, például értelmi sérültek és vagy mentálisan zavart kamaszok ne legyenek felnőtt páciensekkel együtt elhelyezve.” „Substantive” sections of the CPT’s General Reports, Chapter VI, paragraph 30, CPT-INF-E (99) 1 (Rev 2) (a szerző nemhivatalos fordítása)

⁵⁴ „Az Egyezményben részes államok gondoskodnak arról, hogy, ... c) a szabadságától megfosztott gyermekkel emberségesen és az emberi méltóságnak kijáró tisztelettel, életkorának megfelelő szükségleteinek figyelembevételével bánjanak. Különösképpen el kell különíteni a szabadságától megfosztott gyermeket a felnőttektől, kivéve, ha a gyermek mindenképp a felett álló érdekében ennek ellenkezője tűnik ajánlatosabbnak; a gyermeknek, rendkívüli körülményektől eltekintve, joga van levelezés és látogatások útján kapcsolatban maradni családjával”; Egyezmény a gyermekek jogairól, ENSZ

11. Az életkori csoportok okozta problémák

A legtöbb osztály általában 3 éves kortól 18 éves korig fogad gyerekeket. Az osztályok fizikai adottságai többnyire nem teszik lehetővé, hogy a különböző korcsoportokhoz tartozó, egészen más szükségletekkel bíró és más bánásmódot igénylő gyerekeket külön helyezték el. A gyerekekkel közvetlenül foglalkozó személyzet számára napi szintű kihívás érdemben foglalkozni ezzel a széles korcsoporttal.

12. A személyzet túlterheltsége, bizonyos szakmák hiánya

Mind a gyerekjóléti szolgálatoknál, családsegítőknél, nevelési tanácsadóknál, gyermekpszichiátriai gondozóknál és a kórházi osztályokon panaszkodtak, hogy a feladatokhoz mérten kevés, és nem mindig adekvát képzettségű munkatársuk van. Szinte minden releváns szakma „hiányszakma”: a gyermekpszichiáter, a (gyermek)pszichológus, gyógypedagógus, szociális munkás, védőnő, stb.

A körzeti gyermekorvosok gyermekpszichiátriai továbbképzése, érzékenyítése a mentális problémák iránt, érdekeltté tétele és jobb bevonása a „problémás” gyerekek, családok azonosítását igen megkönnyítené. Egy területen dolgozó, multidiszciplináris csapat szerves tagjaiként sokat tehetnének, hogy a gyerekek (és családjaik) időben eljuthassanak az adekvát pszichoszociális segítséghez.

A kórházak esetén többnyire anakronisztikus összetételű stábok működnek, orvossal, nővérekkel és csak nagyon kevés pszichológus, gyógypedagógus, óvónő, szociális munkás van a teamekben. Az egyik kórház vezetője szerint: „Sok a nővérünk, de a kicsiknek inkább óvónőkre lenne szükségük. A nővérek nem tudnak mit csinálni a kicsikkel, akik testileg többnyire teljesen egészségesek.”

A pszichológusok tevékenysége többnyire kimerül a pszichodiagnosztikában, csoportos, egyéni vagy családterápiákra csak helyenként és korlátosan van lehetőség.

Kevés helyen tapasztaltunk tervszerű „burn-out” megelőzést. Külső szupervízió gyakorlatilag nincs.

A nővérek gyerekekre vetített számában, szakképzettségi mutatóiban az egyes osztályok között nagy eltérések vannak. Van, ahol összeszokott, csupa szakképzett nővérből álló csapat dolgozik (30 ágyra 12 szakképzett, közülük 4 diplomás ápoló jut), s van olyan hely, ahol 30 gyerekre összesen 5 szakápoló és 3 segédápoló jut.

7. A PÉF javaslatai

1. Közösségi alapú pszichoszociális ellátórendszer megszervezése a pszichés problémával küzdő gyerekek és családjaik számára

A meglévő kapacitások átcsoportosításával, a gyermekjóléti, nevelési tanácsadói, családsegítő szolgálatok szakembereinek célirányos továbbképzésével, a gondozói munka finanszírozásának újragondolásával lehetségesnek látszik egy koordinált ellátórendszer rövid idő alatti megszervezése. A medikális oldalon a gyermekpszichiátriai gondozók fejlesztése, a gyermek- és családterápia érdemi finanszírozása megkerülhetetlen. Szakirányúan képzett szociális munkásokra a rendszer működtetésében alapvető szerep fog hárulni. Olyan ellátórendszer kívánatos, amely a pszichoszociális problémákat nem tereli medikális csatornába, hanem a problémák azonosítása után azok oki megoldására képes. Ahol már működnek, mutatják jótékony hatásukat a családok átmeneti otthonai, ahol a krízishelyzetbe jutott szülő (anya) gyermekével biztonságos körülmények között lakhat, és segítséget szerezhet válsága rendezéséhez is. A gyermekvédelmi és a szociális törvények papíron már bevezettek sok olyan ellátási formát, amiknek alapvető szerepük lehetne a gyerekek pszichés problémáinak megoldásában, súlyosabbá válásuk megelőzésében⁵⁵. Mindaddig ezen ellátások nagy része nem, vagy csak kevés helyen valósult meg. Fontos lenne még az iskolai szociális munka erősítése, hiszen a 6-18 éves korosztály idejének nagy részét az iskolákban tölti el, egy sor viselkedési, érzelmi, családi, tanulási probléma legelőször ott jelentkezik.

2. A civil társadalom bevonása a tervezésbe és a szolgáltatások monitorozásába

Az említett reform nem egy szűk szakma szakkérdése. Az érintett civilek minél szélesebb körét érdemben be kell vonni a tervezés folyamatába. Gyermekjogi, pszichiátriai érdekvédelmi és önszolgáltató, családvédelemmel foglalkozó civil szervezeteknek és független szakértőknek mind komoly mondandójuk lehet a folyamathoz. Bátorítani kell a gyermekotthonok gyermekönkormányzatainak részvételét is. A létrejövő, ill. már működő szolgáltatások minőségbiztosításának a felhasználói elégedettségen kell alapulnia. A szolgáltatást kapó gyerekek tudják a legjobban értékelni a kapott ellátást.

3. A gyermekpszichiátriában dolgozó szakemberek érzékenyítése és továbbképzése trauma vonatkozásában

Az anamnézis fontos részét kell, hogy képezze az esetlegesen elszenvedett trauma, családon belüli vagy más bántalmazás felderítése. Szintén továbbképzést kell biztosítani a bántalmazáson átesett páciensek megfelelő kezeléséről. A bántalmazónak szintén kapnia kell pszichoszociális segítséget, erre esetlegesen kötelezhető is legyen.

⁵⁵ Rosenblatt többször idézett tanulmánya szerint jó eredmény várható az alábbiaktól: otthoni ellátás, szükség esetén terápiás céllal helyettes szülőhöz helyezés, bizonyos szintű eszméletment, problémamegoldásra koncentrálnó pszichoszociális kezelés, szülő tréning, gyermek-szülő interperszonális kapcsolati készségének erősítése

4. Elsősorban a problémás kamaszok önszerveződésének támogatása

Szerte a világban jól működnek kortárs segítő csoportok, segélytelefonok, önsegítő csoportok. A gyermekjóléti szolgálatok egy része már helyet ad ilyen kezdeményezéseknek. Jobban kell építeni a már működő csoportok, civil szervezetek felhalmozott tapasztalataira, be kell vonni a pszichiátriai önsegítő csoportok aktivistáit. A minimális működéshez szükséges finanszírozást biztosítani kell.

5. A pszichés problémával és szenvedélybetegséggel is küzdő gyerekek ellátásának megszervezése⁵⁶

Kettős diagnózisú (pszichiátriai betegségben szenvedő és kémiai vagy viselkedési addikció tüneteit is mutató) gyerekek ellátására szükséges lenne legalább egy (de távlatilag nyilvánvalóan regionálisan egy-egy) speciális gyermekaddiktológiai (illetve a terjedő nemzetközi szóhasználat szerint: addiktológiai pszichiátriai) osztály vagy részleg, komplex szocio- és pszichoterápiás (családterápiás) profillal. Hasonlóan megoldásra szorulna a krónikus súlyos gyermek- ill. serdülőkorúak rehabilitációs ill. reszocializációs intézményformája ill. rendszere. Szükségesek lennének (ugyancsak pszicho- és szocioterápiás súlypontú) speciális addiktológiai járóbetegellátó centrumok gyermekek számára.

Formázott: Betűtípus: Nem Félkövér

Formázott: Sorkizárt, Behúzás: Bal: 0 pt

Törölt: ¶

6. A beutalás bírói felülvizsgálatának szabályozása

Minden esetben, amikor a gyerek nem kíván a gyermekpszichiátriai osztályon lenni, és minden esetben, ha a beutalt állami gondoskodás alatt áll, bírói felülvizsgálatnak kell eldöntenie a beutalás szükségességét, vagy indokolatlanságát.

7. Gyermek számára érthető nyelven megírt tájékoztatók jól látható helyen való kifüggesztése a betegjogokról, s arról, hogyan érvényesíthetik azokat.

A koruk miatt cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes gyerekeknek is joguk van megismerni azokat a jogokat, amik őket az egészségügyi ellátás során megilletik. Azt is tudniuk kell, hogy ezen jogukat hogyan érvényesíthetik. Látássérült, olvasni nem tudó gyerekek számára alternatív formában is biztosítani kell ezen információkat.

8. Írásos protokoll és képzés a veszélyeztető állapot megelőzésére illetve kezelésére

Bármilyen ritka is a veszélyeztető állapot kialakulása, alapvetően fontos, hogy világos, határozott, megnyugtató módon tudja azt, megadott protokoll alapján, kezelni az erre kiképzett személyzet. Megengedhetetlennek tartjuk – összhangban a Kínzás Elleni Bizottság ajánlásaival és az ENSZ gyermeki jogi egyezményvel –, hogy a gyerekeket, kamaszokat ilyenkor felnőtt osztályra szállítsák át.

9. A betegjogi képviselők érdemi bevonása

A betegjogi képviselők képzésében, továbbképzésében érzékenyítő tréninget kell biztosítani a gyermekpszichiátrián kezelt páciensek helyzetét illetően. A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum szívesen részt vállal egy ilyen képzés lebonyolításában.

10. A gyermekpszichiáter képzés EU konformizálása

⁵⁶ A szerzők köszönetüket fejezik ki dr. Buda Bélának értékes javaslataiért.

A jelenlegi, ráépített szakképzési formáról át kell térni az EU-ban szokásos, elsőnek választható szakképzési rendszerre.

11. Önálló gyermekpszichiátriai szakmai kollégium létrehozása

Világszerte elismert tény, hogy a gyermekpszichiátria önálló diszciplína. A – zömében kórházi felnőtt pszichiátriai osztályokat vezető szakemberekből álló – Pszichiátriai Szakmai Kollégium keretei között a gyermekpszichiátria speciális, gyakran eltérő szakmai szempontjai, érdekei nehezen érvényesíthetők.

12. A pszichés problémákkal élő gyerekekkel és családjaikkal foglalkozó szakemberek külső szupervíziójának biztosítása

A „kiégés” veszélye minden segítő szakmában realitás. Gyermekekkel foglalkozók esetén, akiknek döntéseiktől, munkájuk sikeres vagy éppen sikertelen voltától a felnövő gyerek jövője komoly mértékben függhet, ez a veszély még fokozottabb. A helyes döntések meghozatalában, a teher megosztásában, a burn-out megelőzésében komoly szerepe kell legyen a külső, finanszírozott szupervízióknak.

13. A területen dolgozók interszektoriális, multidiszciplináris és intézményközi teammunkájának megszervezése

A meglátogatott gyerekjóléti szolgálatok jó része próbálja ezt a munkát szervezni. Ugyanakkor ehhez kapacitásaik gyakran elégtelenek. Az orvosok nem, vagy csak ritkán vesznek részt esetmegbeszéléseken. A gyermekorvosi, különösen pedig a gyermekpszichiátriai gondozás finanszírozásában az esetkonferenciákon való részvételt, a nem medikális teammel, egyéb érintett szolgálatokkal való együttműködésre fordított időt méltányosan figyelembe kell venni.

8. A gyermekek és a személyzet vágyai, észrevételei az ellátórendszer javításával kapcsolatban⁵⁷

Az alábbiakban közlünk egy listát azokról a vágyakról, amiket a meginterjúvált gyerekek, illetve személyzet osztott meg velünk. A lista nem teljes, a legtipikusabbakat válogattuk ki és tesszük közzé, kommentár nélkül.

Gyermekek vágyai, észrevételei:

„Még jobb ellátás, a csapra, a tapétára figyeljenek a felnőttek, valaki addig dolgozzon, amíg ehhez lelke, türelme van.”

„Baj van az ápolókkal, az értelmi fogyatékosokat hergelik, amikor az orvosok hazamennek.”

„Nem tájékoztattak, hogy milyen gyógyszert kapok.”

„Nem tudom, milyen gyógyszert kapok.”

„Jobb lenne, ha nem szidnának és nem fenyegetnének injekcióval.”

„Jó lenne, ha nem fenyegetnének elkülönítővel, mert az lehet 1 óra, de több nap is.”

„Zárható WC-t igényelnék.”

„Kellene éjjeli szekrény, több ápoló és tisztább kórterem kellene.”

„Túl korai a reggeli fürdés, mert kevés a fürdőszoba.”

„Hiányzik a család.”

„Hiányzik a család és a kutyák.”

„Túl korai a lefekvés és kötelező.”

„Kevés a szabad levegőn tartózkodás.”

„Mozgást, táncot szeretnék.”

„Hangfalat, hangszer és mikrofont szeretnék.”

„Cigaretta hiánya, dohányzás tilalma, mobiltelefon használatának tiltása zavaróak.”

„Számítógép hiányzik.”

„Udvar hiányzik. Az egyik ápolót nem szeretem. Szeretnék hazamenni, otthon jobb nekem.”

„Jobb leveseket szeretnék.”

„Jobb ételt szeretnék, unom, hogy mindig zsíros kenyér az uzsonna, amihez hagyma sincs. Gyümölcs sincs.”

⁵⁷ A fejezet Radó Iván munkáján alapul

„Nem szeretem a diétás ételt.”

„Jobb lenne jobb étel.”

Személyzet vágyai, észrevételei:

„Szeretnénk, ha több pedagógus dolgozna az osztályon.”

„Több esetben hiányzik az óvónő jelenléte.”

„Járhatnának be főiskolások a tanulásban segíteni.”

„Kellene gyógytornász.”

„Tanulási és magatartási zavarok esetére külön iskolai rész.”

„Nagyobb osztály, ne csak egészségügyi végzettségűt vehessenek fel (pedagógus, óvónő stb.), nagyobb megbecsülés.”

„Legyen elég magabiztos munkatárs, érdemi pszichoterápiás munka, egyetemi képzéshez csatlakozni és fejleszteni a kutatási munkát.”

„Szeretnénk, ha a gyermekpszichiáter-képzés alapképzés lenne.”

„Szükségesek lennének: tanulószoba, tanítás hiányzik, foglalkoztató helyiség hiányzik, vizsgálóhelyiség hiányzik.”

„Szeretnénk, ha lenne rehabilitációs részleg, iskolai rész.”

„Rehabilitációs hely is kellene, de nem az ország közepén.”

„Több eszköz kellene.”

„Kellene tornaterem és fejlesztő eszközök.”

„Jó lenne: minibusz, videokamera, szövőkeret, diavetítő, kirándulások, játszótér.”

„Uszoda, saját iskola, külön ambulancia.”

„Jobb lenne nagyobb épület, ahol külön lehetne választani a kicsiket a nagyoktól.”

„Kellene több ágy, nem megyénkénti rendszerben.”

„Régióként kellene az osztályokat szervezni, nem megyénként.”

„Hosszú a várakozási idő: 1-3 hónap.”

„Jó lenne feedback-eket kapni a szülőktől.”

„Kellene még krízisszálló, mert kevés van, a pártfogói hálózat nem hatékony.”

„Nem tudjuk, ki a betegjogi képviselőnk, és hogy mi a dolga.”