

Egy büntetlenül maradt gyermekbántalmazás tanulságai

Simon Gábor dr.¹ ■ Angyal Miklós dr.²
Dérczy Katalin dr.³ ■ Heckmann Veronika dr.¹

¹Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Igazságügyi Orvostani Intézet, Pécs

²Baranya Vármegyei Rendőr-főkapitányság, Pécs

³Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Orvosi Képző Intézet, Pécs

Magyarországon évente kb. 2000–2500, fizikailag bántalmazott gyermek kerül a gyermekjóléti szolgálatok látókörébe, a felderítetlen esetek száma azonban ennek a többszöröse is lehet. A testi sérüléssel vagy súlyos elhanyagolással járó eseteket gyakran az egészségügyi szolgáltatók látják elsőként, illetve sokszor egyedülként. Az egészségügyi dolgozók jelzési hajlandósága kicsi, jelentési kötelezettségüknek gyakran nem tesznek eleget. Esetbemutatásunkkal – a jelentési kötelezettség elmulasztásának következményein túl – a jelzés prevenció szerepére szeretnénk felhívni a figyelmet. A másfél éves leánygyermeket nevelőanyja vitte a helyi fogorvosi rendelőbe eszméletlen állapotban, étel félrenyelésére hivatkozva. A gyermeknél állapotromlást követően újraélesztés vált szükségessé, azután kórházi felvételekre került sor. Ápolása alatt a gyermek végig agyhalálnak megfelelő állapotban volt. Felvételekor kétoldali homlok-táji és többszörös mellkasi haematomát rögzítettek, a CT-vizsgálat agyödémát, valamint kétszeres koponyacsonttörést írt le. A gyermek az ápolása 6. napján elhunyt. Az esetnek a hatóság felé történő jelzése sem a gyermek ellátása során, sem a halál bekövetkeztekor nem történt meg. A kórboncolás során a két, különböző keletkezési idejű koponyacsonttörés mellett kemény burok alatti vérzés igazolódott. Az esetet követően 9 évvel történt meg a bejelentés a hatóság felé. A nyomozás megállapította, hogy a kislány halálához idegen kezű fejsérülés vezetett, melyet a nevelőszülők kiskorú fiúgyermek okozott, aki azonban az elkövetéskori életkora miatt nem volt büntetendő. A nevelőanya tekintetében felmerülő bűncselekmény az eljárás idejére elévült, így a nevelőanya büntetőjogi felelősségre vonása is elmaradt. Az eset rávilágít arra, hogy más szakterületeken is szükséges lenne az igazságügyi orvostani ismeretek erősítése, a legideálisabb megoldást azonban kétségtelenül a klinikai igazságügyi orvostannak a hazai klinikai gyakorlatba történő bevezetése jelenthetné.

Orv Hetil. 2024; 165(14): 553–559.

Kulcsszavak: gyermekbántalmazás, fejsérülés, koponyatörés, kemény burok alatti vérzés

Lessons of an unpunished child abuse

Around 2000–2500, physically abused children get into the sight of child protective services in Hungary. However, the number of unrecognized cases can be a multiple of this number. Cases with physical injury or severe neglect are often first seen by healthcare providers or, rather, alone in many cases. The reporting willingness of healthcare workers is low, and they often fail to fulfill their obligation to report. Apart from the consequences of failing the reporting obligations, we want to draw attention to the preventive role of reporting. The one-and-a-half-year-old girl was taken to the local dentist by her foster mother in a state of unconsciousness, mentioning food aspiration. The child was hospitalized after her deteriorating condition required resuscitation. The child was in a state of brain death during her whole hospital treatment. Bilateral frontal and multiple chest hematomas were recorded on admission; the CT described brain edema and double skull fracture. The child died on the 6th day of treatment. The case was not reported to the authorities, not during her treatment, and not when she died. Pathological autopsy found subdural bleeding and two skull fractures with different timing. The case was reported to the authorities 9 years later. The investigation found that the child died due to a head injury caused by the underage son of the foster parents, who could not be punished due to his age at the time of the crime. The criminal responsibility of the foster parent was excluded because of the statutory limitation. The case reveals that strengthening forensic medical knowledge would be needed, but the optimal solution would be introducing clinical forensic medicine into Hungarian clinical practice.

Keywords: child abuse, head injury, skull fracture, subdural bleeding

Simon G, Angyal M, Dérczy K, Heckmann V. [Lessons of an unpunished child abuse]. Orv Hetil. 2024; 165(14): 553–559.

(Beérkezett: 2024. január 11.; elfogadva: 2024. január 31.)

Rövidítések

ADH = antidiuretikus hormon; BM = Belügyminisztérium; CT = (computed tomography) komputertomográfia; EKG = elektrokardiográfia; EMMI = Emberi Erőforrások Minisztériuma; ESzCsM = Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium; EüM = Egészségügyi Minisztérium; GCS = Glasgow Coma Skála (az eszméletlen beteg prognózisának megítélésére); IM = Igazságügyi Minisztérium; OFTEX = Orvosok Folyamatos Továbbképzése portál

Magyarország Alaptörvénye szerint minden gyermeknek joga van a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz. A büntető törvénykönyvben (2012. évi C törvény) is több helyütt megjelenik a gyermekek fokozott védelme, így például a 14 éven aluli gyermek sérelmére elkövetett emberölés vagy a 12 éven aluli – védekezésre és akaratnyilvánításra képtelen – személy sérelmére elkövetett testi sértés mint minősített esetek, illetve a kiskorú veszélyeztetése mint különálló tényállás. A gyermekbántalmazás megnyilvánulhat testi erőszak, érzelmi erőszak, szexuális erőszak és elhanyagolás formájában is [1]. Magyarországon évente kb. 2000–2500, fizikailag bántalmazott gyermek kerül a gyermekjóléti szolgálatok látókörébe. Az esetek 85,1%-ában az erőszakot családon belül követik el, ezek 50–60%-át szülő, 5–10%-át testvér, 30–40%-át pedig egyéb rokon [2, 3]. Nevelőszülőknél nevelkedő gyermek esetén még nagyobb lehet a bántalmazás elszívődésének gyakorisága [4]. A gyermekbántalmazással kapcsolatos statisztikák azonban csak a jéghegy csúcsát mutatják, a felderítetlen esetek száma azok többszöröse is lehet: egyes források szerint akár 25 leplezett eset is juthat 1 feltárra [3]. A bejelentések 76%-a a köznevelési intézményektől, jegyzőktől, védőnőktől és egészségügyi ellátóktól érkezik [3]. A testi sérüléssel vagy súlyos elhanyagolással járó eseteket gyakran az egészségügyi szolgáltatók – mint a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjai – látják elsőként, illetve sok esetben egyedülként. A tapasztalatok ugyanakkor sajnos azt mutatják, hogy az egészségügyi dolgozók jelzési hajlandósága kicsi, jelentési kötelezettségüknek gyakran nem tesznek eleget [3, 5]. Esetbemutatásunkkal – a jelentési kötelezettség elmulasztásának következményein túl – a jelzés prevenció szerepére szeretnénk felhívni a figyelmet.

Az eset ismertetése

A másfél éves leánygyermek 2010 nyarán került nevelőszülőkhöz. A gyermeket 2011. augusztus végén nevelőanyja vitte a helyi fogorvosi rendelőbe eszméletlen állapotban. A rendelőben csak a fogorvosi asszisztens tartózkodott, akit a nevelőanya arról tájékoztatott, hogy májkrémis dolgot nyelt félre a gyermek. Az asszisztens észlelte, hogy a gyermek nem lélegzik, ezért először biztosította a légutakat, de nem talált a gyermek szájában sem-

mit. A megérkező fogorvos folytatta az ellátást, ellenőrizte a gyermek légútjait, de azok tiszták voltak. Időközben a gyermek állapota tovább romlott, a fogorvos megkezdte az újraélesztést, amelyet a kiterjedt mentőszolgálat folytatott. A bejelentést követően légimentő szolgálat is érkezett a helyszínre, ők az ellátási lapon rögzítették azt is, hogy a gyermek fején jobb oldalon frontálisan duzzanat látható, melyről a nevelőanya elmondta, hogy „az etetőszékből is kiesett, de két napja a testvére is fejbe verte játékkalapáccsal”. Az ellátás kezdetén a gyermek bőre cyanoticus volt, GCS-értéke 3, a pupillák izochoriásak, fényre nem reagáltak, az EKG-n asystolia, majd sinustachycardia látszott. Maszkos ballonos lélegeztetés hatására a cyanosis, a kezdeti tónustalanság megszűnt, majd tónusos-clonusos görcsrohamra kezdődött, mely csak intubálás és gyógyszeres kezelés, szedálás hatására (2 × 2 mg Seduxen, majd intubációhoz 20 mg Propofol és 10 µg Fentanyl) oldódott.

A gyermek az elsődleges észlelés után 2 óra 44 perccel került felvételre a gyermekgyógyászati osztályra. A felvételi dokumentációban rögzítették, hogy a „nevelőanya utólagos telefonos elmondása alapján korábban otthonában májkrémis falatkákat evett, majd evés közben szemei fennakadtak, teste megfeszült, etetőszékéből »lefordult«, »légzése, szívverése leállt«”. A gyermek a kezelése során végig agyhalálnak megfelelő állapotban volt. Az elvégzett koponya-CT-vizsgálat során agyödémát, valamint két törést írtak le: az egyik a jobb oldali tarkócsonton található, 3–5 mm széles, lecsiszolt szélű törésvonal, a kontúrjain hyperdens felrakódásokkal; a másik a tarkótájon a középvonaltól balra elhelyezkedő, 10 mm hosszúságú keskeny törésvonal. A mellkasról és a végtagokról készült röntgenvizsgálatok törést nem mutattak ki, de a végtagok csontjai mérszűkűek voltak. A mellkasröntgen-vizsgálat során aspirációra utaló jelet nem észleltek. A kórházi kezelés alatt sérülésként kétoldali homloktáji „duzzanat, haematoma”, valamint a mellkas alsó részén körkörös elhelyezkedő, 2 cm átmérőjű vérbeszűrődések kerültek dokumentálásra (részletes leírás nem történt). Az utóbbiakat rögzítés, szíjazás nyomainak tartották. A klinikai toxikológiai vizsgálat a kezelés során alkalmazott gyógyszerek jelenlétét igazolta. A gyermeknek a felvételekor észlelt metabolikus acidosisát bikarbonáttal korrigálták, diabetes insipidusnak megfelelő klinikai kép miatt ADH-kezelésben részesült; ápolása 6. napján fokozatosan hypotensio, progresszív bradycardia jelentkezett, és a gyermek elhunyt.

A halálesetet követően kórboncolás történt; a kórboncolást végző patológus a boncolást megelőzően a kezelőorvossal konzultált, a boncjegyzőkönyvben rögzített véleményük szerint „a hatósági boncolás kezdeményezése nem tűnt indokoltnak”.

A kórboncolás során külsérelmi nyomként a homlok bal oldalán 6 mm-es felszínes hámsérülést, a háton egy 3 mm-es, felszínes hámsérülést írtak le. A fejbőrben a jobb oldalon kifejezett hegesedés, a bal oldalon 10 mm-es bevérzés látszódott. A tarkócsont jobb oldalán 10 cm

hosszú, 4 mm széles törésvonalat észleltek, a tört végék között vörös sarjszövetet. A kemény burok alatt a bal oldalon a tarkólebenynek megfelelően 4 cm-es, friss vérömleny mutatkozott. Az agy állományában göccs eltérést nem láttak. A légcsőben és a hörgőkben zöld genyves váladék volt észlelhető, de a tüdőállományban gyulladással beszűrtséget nem azonosítottak. A vesék és a máj pangásosan vérbő volt, egyebekben a belszervek kóros eltérést nem mutattak. A szervtömegek a következők voltak: tüdőlebenyek: 80–85 g, szív: 50 g; máj: 350 g; lép: 25 g; vesék: 30–30 g.

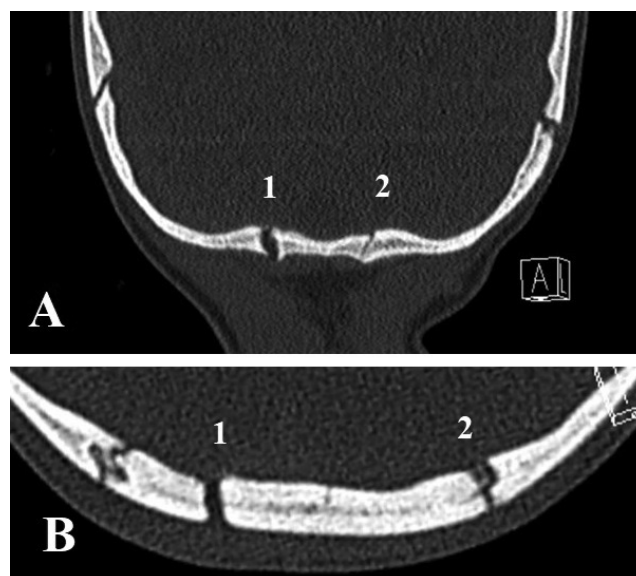
A subduralis vérömleny szövettani vizsgálata során vörösvértesteket, kevés neutrophil granulocytát, fibrint és minimális berlinikék-pozitivitást észleltek. Az agy szövettani vizsgálata az idegsejtek duzzadását és helyenkénti eltűnését, vörösneuron-képződést és kifejezett microglia-infiltrációt igazolt. A csonttörés szövettani vizsgálata során vastag, kollagéndús hegszövet, csontújdonképződés mutatkozott. A belszervek szövettani vizsgálata során hörgőgyulladás, kezdődő heveny hörgős tüdőgyulladás volt észlelhető. A boncolási jegyzőkönyv véleménye szerint a gyermek halálának hátterében gyermekkori epilepszia állt, mely az esést és a koponyasérülést előidézte. A halál közvetlen okaként a lélegeztetés kapcsán kialakult heveny bronchitist, illetve az agy diffúz károsodásának talaján létrejött légzési elégtelenséget jelölték meg. A hatóság értesítése a kórboncolást követően sem történt meg, így az esetet sem a gyermekvédelem, sem a rendőrség nem vizsgálta.

A halálesetét követően 4 hónappal ugyanezekhez a nevelőszülőkhöz került két leány- és egy fiútestvér. Az idősebb lány jelzése alapján 2013 májusában fény derült arra, hogy nevelőszülője fizikálisan bántalmazza, annak fiúgyermeké pedig szexuálisan zaklatja. A gyermekvédelmi szakértői bizottság a gyermekeket megvizsgálta, és az összegző pszichológiai vélemény valószínűsítette mindhárom gyermek esetében a bántalmazásokat, illetőleg a leánygyermek esetében a szexuális abúzust. A gyermekek ezt követően új gondozási helyre kerültek, a nevelőszülők jogviszonyát pedig 2013 októberében megszüntették (a közleményben bemutatott 2011. évi esetet ugyanakkor nem vizsgálták). A leány 2014 júniusában öngyilkosságot kísérelt meg, ezt követően az iskolában beilleszkedési zavarai voltak, illetve agresszív viselkedést tanúsított az aktuális nevelőszülőkkel szemben. 2019-ben gyermeke született, majd a gyermeke apjával való szakítása után pszichés állapota destabilizálódott, és 2020-ban a lakóotthonban kortársával egy vitája bántalmazásba torkollott. A bántalmazás során a fél éves gyermeke kiesett a kezéből és a földre esett, ezt követően a gyermekén harapási sérüléseket, valamint több, különböző időpontokban kialakult, már gyógyult törést találtak. Bántalmazás miatt az anyával szemben büntetőeljárás indult, és ekkor került a gyermekvédelem látóterébe a 2011. évi haláleset is, mely miatt jelzéssel éltek a rendőrség irányába. A hatóság a jelzést követően rendkívüli haláleset miatti közigazgatási hatósági eljárást indított,

majd a szakértői vélemények alapján büntetőeljárást kezdeményezett.

A rendőrségi meghallgatás során a nevelőnő az első alkalommal elmondta, hogy a kislánnyal nem volt probléma, kedves volt, a vér szerinti 12 éves fiával is jól kijött. A gyermeknek korábban nem volt sohasem sérülése. A kérdéses napon a kislány a konyhában ült az asztalnál egy kisszéken, amely kb. 40 cm magas volt, és májkrémes falatkákat evett. Elmondása szerint egy nagy puffanásra lett figyelmes, és amikor hátrafordult, látta, hogy a gyermek a földön fekszik. Ahogy felkapta, észlelte, hogy nem vesz levegőt, mert félrenyelte az ételt, amelyet elmondása szerint a szájából ki is kotort, majd a hátát kezdte ütni, és a mellkasát nyomkodta. A nevelőnő a második meghallgatásakor a gyermeket már kifejezetten nyafogós, hisztis kislánnyként jellemezte, akit „*emiatt a dolgai miatt nehéz volt szeretni*”. Előadta, hogy a kislány felügyeletét sokszor a 12 éves fiára kellett bízni, és a gyerekek között voltak konfliktusok. Többször előfordult, hogy a fiú meglökte vagy fellökte, és egyszer egy műanyag játék kalapáccsal is megütötte. A nevelőszülő észlelte, hogy a kislány napokkal a kórházba szállítás előtt aluszékonyabbá vált, többet sírt, és kevesebbet evett, de sérülést nem látott rajta. A fogorvos a tanúkihallgatásán elmondta, hogy az asszisztensétől másnap úgy hallotta, hogy a gyerek valójában nem félrenyelte, hanem a fejét bántalmazták, emiatt csodálkozott, hogy csak most (9 év múlva) lett belőle ügy. A hatóság a nevelőszülőkkel műszeres hazugságvizsgálatot végzett, melynek során mindketten megtévesztő válaszokat adtak a kritikus kérdésekre.

A hatóság kirendelésére orvosszakértői vélemény készült radiológus szakkonzulens bevonásával. A radiológus szakkonzulens elemezte a CT-felvételt, és súlyos



1. ábra

A törések elhelyezkedése és megjelenése a CT-felvételen. A) Koronális sík, B) axiális sík. 1: jobb oldali törés, 2: bal oldali törés

CT = komputertomográfia

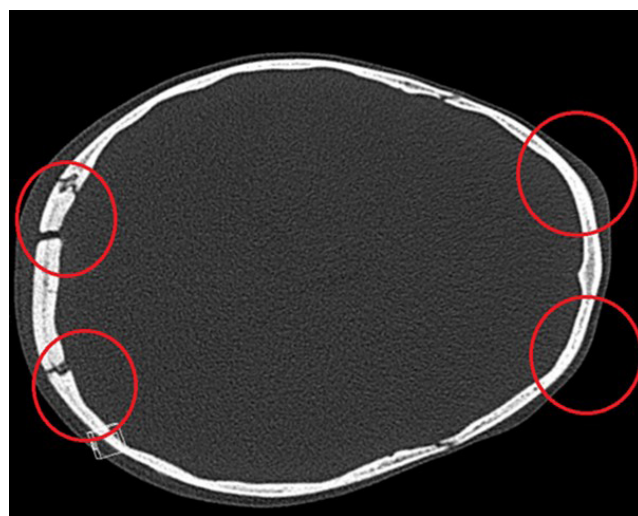
agyvizenyőt, kis kiterjedésű, bal oldali subduralis vérzést, a tarkócsont jobb és bal oldalán 1-1 vonalas törést azonosított (1. ábra). A nyakszirtráján mindkét oldalon bőr alatti bevérzésnek megfelelő hyperdensitas volt azonosítható, csakúgy, mint a homlok bal oldalán. A radiológiai kép alapján a jobb oldali törés a gyógyulás jeleit mutatta, a bal oldali (részleges) törés azonban nem. A szakértői vizsgálat igazolta, hogy a gyermek halálát bántalmazás során elszenvedett sérülések okozták. A nyomozás megállapította, hogy a kislány sérüléseit a nevelőszülők fiúgyermek okozta, aki a cselekmény idején gyermekkorú volt, s ez a büntetőségét kizáró oknak minősül. A hatóság a nevelőanya tekintetében – az orvoshoz fordulás elmulasztása miatt – megalapozottnak tartotta a gondatlanságból elkövetett emberölés vétségének gyanúját, ám ez a bűncselekmény az eljárás idejére elévült, így a nevelőanya büntetőjogi felelősségre vonása elmaradt.

Megbeszélés

A gyermekbántalmazás felismerésében a sérült gyermeket ellátó egészségügyi dolgozóknak kulcsfontosságú szerepük van [6, 7]. Az 1997. évi XXXI. törvény (a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról) 17. §-a alapján az egészségügyi szolgáltatást nyújtók (védőnők, gyermekorvosok) kötelesek jelzessel élni a gyermek veszélyeztetettsége esetén a gyermekjóléti szolgálatnál, illetve hatósági eljárást kezdeményezni a gyermek bántalmazása, illetve súlyos elhanyagolása esetén. Az 1997. évi XLVII. törvény (az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről) 24. §-ának (3) bekezdése alapján a gyermeket elsőként ellátó egészségügyi szolgálatonak kötelessége haladéktalanul értesíteni a gyermekjóléti szolgálatot, ha feltételezhető, hogy a gyermek sérülése vagy betegsége bántalmazás következménye. A törvény 24. §-ának (1) bekezdése alapján pedig bűncselekmény következtében kialakult, 8 napon túl gyógyuló sérülés esetén a rendőrség értesítése is kötelező. A 351/2013. Korm. rendeletben (a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról) a 3. § (3) a) pontja alapján nem természetes halálra utaló körülmény észlelése alapján a halottvizsgálatot végző orvosnak kötelessége a rendőrség haladéktalan értesítése. A jelen közleményben szereplő események idején hatályos 34/1999. BM–EüM–IM rendelet (az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a halottakkal kapcsolatos rendelkezései végrehajtásáról, valamint a rendkívüli halál esetén követendő eljárásról) 1. §-ának (4) pontja ugyanilyen tartalmú előírást fogalmazott meg. Az 1997. évi CLIV. törvénynek a jelen közleményben szereplő események idején hatályos változata szerint a sérüléssel összefüggő haláleset akkor minősül rendkívüli halálnak, ha bekövetkezésének körülményei bűncselekmény elkövetésére utalnak, vagy ha baleset okozta, és a halál bekövetkezésével összefüggésben szükséges a felelősség vizsgálata – az utóbbi előírás tehát mérlegelési lehetőséget/kötelezettséget jelentett a halott-

vizsgálatot végző orvos részére. A jogszabály 2014. január 1-jétől hatályos módosítása azonban már minden, balesettel összefüggésben bekövetkezett halálesetet rendkívüli halálnak minősít, a felelősség vizsgálatának szükségességétől függetlenül. Következésképpen tehát minden, sérüléssel összefüggően bekövetkezett halálesetet jelenteni kell a hatóságnak.

A gyermekkorú koponyacsonttörések keletkezési idejének meghatározása nagyon nehéz ugyan a nagy fokú variabilitás miatt [8], de a törések megjelenése és a sérülések alapján a jobb oldali törés esetében 10–14 nappal korábbi, míg a bal oldali esetén legfeljebb néhány nappal korábbi keletkezési idő volt valószínűsíthető [9]. A külsérelmi nyomok és a törések elhelyezkedése alapján a gyermek fejét legalább 4 különböző, tompa erőbehatás érte (2. ábra) különböző időpontokban. A törések vonalas jellege a fejnek valamilyen tompa felszínhez való ütdésére utal [10], azonban etetőszékből történő kieséskor koponyatörés elszenvedése igen ritka, előfordulása 1% körüli vagy az alatti [11, 12]. A sérülések nem származhattak a nevelőszülő által elmondott egyszeri erőbehatástól (így például etetőszékből való kiesésből), illetve műanyag kalapáccsal történő ütéstől sem. A nevelőszülő később módosította tanúvallomását, mely szerint nem etetőszékből, hanem támla nélküli kisszékből esett hátra a gyermek. E szék típusnak a magassága miatt még kevésbé valószínű koponyatörés kialakulása, ugyanis kisgyermekkorú koponyatörések létrejöttéhez a szakirodalmi adatok szerint legalább 1–1,5 méter magasból történő zuhanás szükséges [13–17]. A mellkason leírt sérülések alapján felvetődött a mellkas megszorításának lehetősége is. A nevelőszülő által előadott keletkezési mechanizmus tehát igen valószínűtlen volt. A sérülések pontos keletkezési mechanizmusa – a sérülések hiányos dokumentációja miatt – nem volt megállapítható.



2. ábra

Axiális CT-felvétel a koponyáról. A fejet igazolhatóan érő négy erőbehatás elhelyezkedése (körökkel jelölve)

CT = komputertomográfia

A boncolás adatai alapján a gyermek halálához a fejét több nappal a kórházba szállítást megelőzően ért erőbehatás által okozott súlyos fokú, traumás eredetű agyduzzanat vezetett (ekkor jött létre a jobb oldali koponyacsonttörés is). A traumás eredetű agyduzzanat tünetei jellegzetesen fokozatosan súlyosbodnak [18, 19], ennek megfelelően a gyermek állapota is fokozatosan rosszabbodott, aluszékonyság, irritabilitás, étvágytalanság lépett fel. Majd ebben az állapotban érte a fejet egy újabb, nagy erejű tompa erőbehatás, mely létrehozta a bal oldali koponyacsonttörést és kemény burok alatti vérzést, s ez a már fennálló agyduzzanatot tovább súlyosbíthatta, és a hirtelen állapotrosszabbodásért felelőssé tehető. A nevelőszülő által előadott ételféltáplálás – mivel annak nyomát egyik ellátó sem észlelte – erősen kétséges.

A nevelőszülő elmondása szerint a gyermek napok óta aluszékonyabb volt, amihez „síróság” és étvágytalanság társult. A tudatállapot-változás, általános állapot-romlás olyan figyelmeztető jelek, melyek észlelésekor haladéktalanul orvoshoz kellett volna fordulni. Különös tekintettel arra, hogy – bár a tanúvallomásban nem szerepel, de az orvosi iratok alapján egyértelműen megállapítható – ugyanebben az időszakban a fejbőrön sérülésre utaló duzzanat is látható volt.

A gyermek sérülései keletkezési mechanizmusának megítélését nehezíti, hogy az anamnézist, a sérülések keletkezését illetően a (jellemzően a szülőktől, illetve a jelen esetben a nevelőszülőktől származó) beszámolókat gyakran homályosak, ellentmondásosak, ugyanakkor a kezelőorvosnak ismernie kell azokat a jellegzetes sérüléseket, speciális jeleket, amelyek alapján a bántalmazás gyanúja felmerülhet [20].

A jelen esetben a bántalmazásra utaló legfontosabb gyanújelek a kétoldali, eltérő gyógyulási idejű koponyacsonttörések voltak (különösen a 3 mm-t meghaladó szélességű törésvonal) [17, 21], melyekhez többszörös, szintén különböző keletkezési idejű lágyrész-zúzódások társultak (1. táblázat) [22]. A bántalmazás gyanúját növelte, hogy a nevelőszülő által előadottak nem voltak összeegyeztethetők a sérülésekkel, a régebbi koponyasérülések miatt pedig orvosi ellátás nem történt. A kezelőorvosoknak tehát a gyermek ellátásának megkezdésekor haladéktalanul értesíteniük kellett volna a gyermekvédelmi szolgálatot, valamint – a 8 napon túl gyógyuló sérülésre tekintettel – a rendőrséget is. Jelzés esetén a gyámhivatalnak ellenőriznie kellett volna a nevelőszülők alkalmasságát is. Az előzményekre tekintettel indokolt lett volna a hatósági eljárás kezdeményezése a gyermek halálának beálltakor is. Ennek ellenére a jelzés sem a kezelőorvosok, sem a boncolást végző orvos részéről nem történt meg, holott az adott elhelyezkedésben észlelt többszörös, a gyógyulás különböző stádiumaiban lévő sérülések, az ellentmondásos anamnézis, az orvosi ellátás elmulasztása a fizikai bántalmazás legfőbb ismérvei. A kezelőorvosok és a boncolást végző orvosok az eset hatóságok felé történő jelentésének elmulasztásával

1. táblázat | A gyermekbántalmazásnak az EMMI-irányelvben [30] rögzített jelei közül azok, amelyek a sértett gyermeknél a jelen esetben fennálltak

A gyermekbántalmazás gyanújelei [30]	A sértettnél fennálló elváltozások
Az előadott magyarázattal nem indokolható sérülések.	Kétszeres koponyacsonttörés, melyet nem magyaráz a nevelőszülő által előadott mechanizmus (étetőszelekből kiesés).
Többszörös, különböző gyógyulási stádiumban lévő sérülések.	Eltérő keletkezési idejű lágyrész-zúzódások.
Szimmetrikus sérülések.	Kétoldali, homlok- és tarkótáji sérülések.
Kéz, kötél, bot, markolás, egyéb eszköz nyomai.	A mellkasi sérülések esetén felmerül a megragadás lehetősége.
Többszörös, különböző gyógyulási stádiumban lévő törések vannak.	Kétszeres koponyacsonttörés, különböző gyógyulási stádiumban.
Koponyán belüli sérülések 3 évnél fiatalabb gyermeknél, ha nem szerepel súlyos baleset a kórelőzményben.	Kemény burok alatti vérzés és agyduzzanat súlyos baleseti előzmény nélkül.

EMMI = Emberi Erőforrások Minisztériuma

megszegték a jogszabályok által rögzített szakmai szabályokat.

Az eset hatóságok felé történő jelzésének elmaradása súlyos következményekkel járt: lehetetlenné tette a büntetőeljárás sikeres – elévülés előtti – lefolytatását. Ha az esetre időben fény derül, és a megfelelő intézkedések megtörténnek, akkor megakadályozható lett volna a nevelőszülőkhöz később került gyermek és az ő gyermekének tragédiája is, hiszen a gyermekkori bántalmazás túlélőinek, különösen a női túlélőknek nyújtott segítség kulcsfontosságú beavatkozási lehetőséget biztosít a további, generációkon áthúzódó gyermekbántalmazás és -elhanyagolás megelőzésében [5, 23].

Az eset szakértői értékelését megnehezítette a hiányos és ellentmondásos dokumentáció. A sérülések dokumentálásakor mindenképpen szükséges a sebjellemzők részletes leírása [24], mely a jelen esetben csaknem teljesen hiányzott, továbbá egyes sérülések csak bizonyos dokumentumokban szerepeltek. A hiányos leírás, illetve a nem megfelelő terminológia alkalmazása nagy nehézségeket okoz a sérülések szakértői megítélésére [25, 26], ami a büntetőeljárás lefolytatását is akadályozhatja [27, 28].

Nemzetközi tanulmányok is alátámasztják, hogy hiányos a klinikusoknak a sérülések dokumentálásával és jelentési kötelezettségével kapcsolatos tudása [29]. A klinikusok ez irányú képzettségének erősítése [5] és a vonatkozó irányelvek követése [22, 30] segítséget jelenthet e téren. A 47/2007. EszCsM rendelet 2023. december 29-én hatályba lépő módosításával jogszabályban is

rögzítették a látélet elvárt adattartalmát, mely mankóként szolgálva segítheti a klinikusokat a sérülések leírásában. A gyermekbántalmazás mind a négy magyarországi orvosképző egyetemen egy-egy különálló tételként jelenik meg a gyermekgyógyászati szigorlaton és az igazságügyi orvostani kollokviumon, és egyben az igazságügyi orvostan, a csecsemő- és gyermekgyógyászat, valamint a gyermeksebészet szakvizsgatételsorának részét is képezi. A képzés e tekintetben egységes, azonban megfontolható lenne, hogy a gyermekbántalmazás kérdéskörével az orvos- és a szakorvosképzés is hangsúlyosabban foglalkozzon. A gyermekbántalmazás gyanújeleit tételesen rögzíti, és az egészségügyi ellátók feladatait részletesen szabályozza az EMMI által kiadott, „Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén” című szakmai irányelv [22], mely irányelv oktatásának az orvos- és a szakorvosképzésben is nagyobb szerepet kellene szánni. Különösen fontosnak tartanánk, hogy az orvostovábbképzések során a téma nagyobb hangsúlyt kapjon – az OFTEX adatai szerint az elmúlt 5 évben a csecsemő- és gyermekgyógyászat kötelező továbbképzései során mindössze egy előadás („gyermekvédelmi aktualitások”) volt kifejezetten gyermekbántalmazási témájú.

A szerzők véleménye szerint a klinikai igazságügyi orvostannak a nemzetközi példák alapján a mindennapi hazai klinikai gyakorlatba történő bevezetésével lehetne elsődlegesen e téren jelentős javulást elérni. Ennek során igazságügyi orvosszakértők végeznék azon betegek sérüléseinek vizsgálatát, akiknél felmerül a bűncselekmény gyanúja. Az ő speciális képzettségüknek köszönhetően ezáltal szignifikánsan javítható lenne a sérülések dokumentációjának minősége, és csökkenthető a tévesen fel nem ismert esetek száma [31]. *Walz és mtsai* sértettek sérüléseinek klinikusok és orvosszakértők általi dokumentálását hasonlították össze, és kimutatták, hogy a klinikai dokumentáció jelentős hiányosságokkal bír: klinikusok által végzett dokumentáció során a teljes testfelszín vizsgálata csak az esetek 37,9%-ában, az egyes sebjellemzők leírása pedig 9,9–41,9%-ban történt meg, míg hibás leírás 36,4%-ban fordult elő. Amennyiben igazságügyi orvosszakértők végezték a dokumentációt, úgy ugyanezek az értékek 93,9%, 97–97,7% és 0% voltak [32]. A sérültek személyes vizsgálatát a fényképes dokumentáció sem tudja helyettesíteni [33].

Következtetés

A klinikai igazságügyi orvostannak a mindennapi gyakorlatba történő bevezetése tehát jelentősen javíthatná a dokumentáció minőségét, és ezáltal segítené az igazságszolgáltatás hatékony és objektív működését. Emellett pedig az a szempont sem hanyagolható el, hogy a klinikusok ez irányú terhelésének csökkentése jelentős munkaterhet és felelősséget venne le a vállukról anélkül, hogy a gyógyításhoz elengedhetetlen orvos-beteg bizalmi elv sérülését okozná.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: S. G.: 30%, A. M.: 20%, D. K.: 20%, H. V.: 30%. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Kóráz K. Psychiatric aspects of child maltreatment. [A gyermekbántalmazás pszichiátriai vonatkozásai.] *Orv Hetil.* 2014; 155: 694–702. [Hungarian]
- [2] Papházi T. Statistics of child abuse. [A gyermekbántalmazás statisztikája.] *Metszetek* 2016; 5: 123–137. [Hungarian]
- [3] Pintér Á, Tóth JN. The abused child – child rights and child abuse. [A bántalmazott gyermekek – Gyermekjogok és gyermekbántalmazás.] *Stat Szle.* 2017; 95: 847–872. [Hungarian]
- [4] Benedict MI, Zuravin S, Brandt D, et al. Types and frequency of child maltreatment by family foster care providers in an urban population. *Child Abuse Negl.* 1994; 18: 577–585.
- [5] Tománé Mészáros A, Egeresi F, Vingender I. The transgenerational impact of child abuse. Health professionals' social perceptions and values. [A gyermekbántalmazás transzgenerációs hatásai. Az egészségügyi szakdolgozók társadalmi felfogása és értékítélete.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 1544–1552. [Hungarian]
- [6] Ács G. Child abuse – the responsibility of traumatologist. [Gyermekbántalmazás – a traumatológus felelőssége.] *Magy Traumatol Ortop Kézseb Plasztikai Seb.* 2008; 51: 315–327. [Hungarian]
- [7] Papp Z. Battered child syndrome mimicking acute appendicitis. [Akut appendicitis tüneteit utánozó „megvert gyermek szindróma”.] *Orv Hetil.* 2011; 152: 485–488. [Hungarian]
- [8] Bilo RA, Robben SGF, van Rijn RR. Forensic aspects of pediatric fractures. Differentiating accidental trauma from child abuse. Springer, Berlin–Heidelberg, 2010; pp. 39.
- [9] Hermann B, Dettmeyer R, Banaschak S, et al. Child abuse. [Kindesmisshandlung.] Springer, Berlin–Heidelberg, 2016; pp. 34–38. [German]
- [10] Bilo RA, Robben SG, Van Rijn RR. Forensic aspects of pediatric fractures. Differentiating accidental trauma from child abuse. Springer, Berlin–Heidelberg, 2010; pp. 18.
- [11] Powell EC, Jovtis E, Tanz RR. Incidence and description of high chair-related injuries to children. *Ambul Pediatr.* 2002; 2: 276–278.
- [12] Schalamon J, Ainoedhofer H, Saxena AK, et al. Falls from high-chairs. *Eur J Pediatr.* 2006; 165: 732–733.
- [13] Case ME. Accidental traumatic head injury in infants and young children. *Brain Pathol.* 2008; 18: 583–589.
- [14] Johnson K, Fischer T, Chapman S, et al. Accidental head injuries in children under 5 years of age. *Clin Radiol.* 2005; 60: 464–468.
- [15] Nimityongskul P, Anderson LD. The likelihood of injuries when children fall out of bed. *J Pediatr Orthop.* 1987; 7: 184–186.
- [16] Hughes J, Maguire S, Jones M, et al. Biomechanical characteristics of head injuries from falls in children younger than 48 months. *Arch Dis Child.* 2016; 101: 310–315.
- [17] Bilo RA, Robben SGF, Van Rijn RR. Forensic aspects of pediatric fractures. Differentiating accidental trauma from child abuse. Springer, Berlin–Heidelberg, 2010; pp. 25–28.
- [18] Aldrich EF, Eisenberg HM, Saydjari C, et al. Diffuse brain swelling in severely head-injured children. A report from the NIH Traumatic Coma Data Bank. *J Neurosurg.* 1992; 76:
- [19] Ha EJ. Pediatric severe traumatic brain injury: updated management. *J Korean Neurosurg Soc.* 2022; 65: 354–360.

- [20] Törő K. Generally about physical abuse – the injuries. In: Nagy A, Törő K. (eds.) Child abuse. [A fizikai bántalmazásról általában – a sérülések. In: Nagy A, Törő K. (szerk.) Gyermekbántalmazás.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2016; pp. 34–38. [Hungarian]
- [21] Kaczor K, Pierce MC. Abusive fractures. In: Jenny C. (ed.) Child abuse and neglect: diagnosis, treatment and evidence. Elsevier Saunders, St. Louis, MO, 2011; pp. 292.
- [22] Ministry of Human Resources protocol about the tasks of health-care providers in case of suspicion of child abuse and neglect. [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén.] Eü Közl. 2020; 14. [Hungarian]
- [23] Armfield JM, Gnanamanickam ES, Johnston DW, et al. Inter-generational transmission of child maltreatment in South Australia, 1986–2017: a retrospective cohort study. Lancet Public Health 2021; 6: e450–e461.
- [24] Törő K. Parameters and description of the wound. In: Nagy A, Törő K. (eds.) Child abuse. [A seb paraméterei, leírása. In: Nagy A, Törő K. (szerk.) Gyermekbántalmazás.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2016; pp. 41–43. [Hungarian]
- [25] Sirokmány V, Fogarasi K, Patonai Z. Child abuse or accident? Terminological expectations of clinical documentation of child injuries. In: National and international partnership for command of a language – XXII. SZOKOE International Terminological Conference – 2022. november 11. [Sirokmány V, Fogarasi K, Patonai Z. Gyermekbántalmazás vagy baleset? Gyermeksérülések klinikai dokumentációjával szemben támasztott terminológiai elvárások. In: Hazai és nemzetközi partnerség a szaknyelvtudásért című XXII. SZOKOE Nemzetközi Szaknyelvi Online Konferencia – 2022. november 11.] 2022; 50: 40. [Hungarian]
- [26] Bán Á, Patonai Z, Fogarasi K, et al. Analysis of medical diagnostic reports (constats) on dental injuries from terminological, dental and forensic medical points of view. [Fogászati sérülésekről készült látletelek komplex terminológiai, fogászati és igazságügyi orvosszakértői elemzése.] Orv Hetil. 2018; 159: 2154–2161. [Hungarian]
- [27] Fogarasi K, Schneider P. How the incorrect use of a medical genre and terminology can result in erroneous legal judgements. CASALC Review. 2015; 5: 121–133.
- [28] Schneider P, Patonai Z, Gergely P, et al. Assault and battery or attempted murder? The effect of inaccurate medial terminology on the criminal procedure. [Testi sértés vagy emberölési kísérlet? A pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a büntetőeljárás kimenetelére.] Belügyi Szle. 2018; 66: 147–163. [Hungarian]
- [29] Saeed N, Sultan EA, Salama N, et al. Child maltreatment: knowledge, attitudes and reporting behaviour of physicians in teaching hospitals, Egypt. East Mediterr Health J. 2021; 27: 250–259.
- [30] World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. August 4, 2022. Available from: www.who.int/publications/i/item/9789240048737 [accessed: June 27, 2023].
- [31] Chaudhary B, Shukla PK, Bastia BK. Role of clinical forensic medicine unit in quality and standardization of medico-legal reports. J Forensic Leg Med. 2020; 74: 102007.
- [32] Walz C, Schwarz CS, Imdahl K, et al. Comparison of the quality of clinical forensic examination of victims of physical violence conducted by clinicians and forensic examiners. Int J Legal Med. 2023; 137: 1777–1786.
- [33] Kono NM, Stockhausen S, Giannoulaki M, et al. Photodocumentation of injuries: legal security without legal medicine? [Fotodokumentation von Verletzungen: rechtssicher ohne Rechtsmedizin?] Rechtsmedizin 2023; 33: 198–205. [German]

(Simon Gábor dr.,
Pécs, Szigeti u. 12., 7624
e-mail: gabor.simon@aok.pte.hu)

„*Etiam sine lege poena est conscientia.*”
(Törvény nélkül is büntet a lelkiismeret.)