

Gyermekvédelem másképpen: a gyermekkórházak látogatási (t)rendje

2003-ban, az év elején, Dr. Harmat György, a budapesti Madarász utcai Gyermekkórház-rendelőintézet főigazgató főorvosa panasszal fordult Dr. Lenkovich Barnabáshoz, az állampolgári jogok országgyűlési biztósához. Levelében a kórházi és rendelőintézeti körülmények tarthatatlanságáról számolt be.

A kialakult helyzet egyik fő okaként a beteg gyermekek szüleinek viselkedését, a kórházi házirend be nem tartását jelölte meg. A főigazgató felvetette a szülői látogatás korlátozásának szükségességét, mert a szülői magatartás sok esetben odáig fajul, hogy az már jelentős mértékben hátráltatja a gyermekek gyógyítását, ellátását, gondozását. Példaként valóban súlyos mulasztásokat, illetve veszélyeztető magatartásformákat említett: a házirend szerint egyszerre csak egy szülő tartózkodhat a gyermek ágya mellett. Természetesen rövid ideig tartó látogatást több hozzátartozó is tehet egyidejűleg, de elfogadhatatlan helyzetet eredményez, ha 4-5, esetleg több ember is órákon keresztül áll vagy ül az ágy mellett, hiszen az amúgy is szűkös kórteremben zsúfoltság alakul ki, a nővérek nem férnek hozzá a beteghez. A kórteremben fekvő többi gyermek nyugalmát zavarják, szeméremérzetüket sértik, nem beszélve a fertőzésveszélyről. A látogatás időtartama nem korlátozott, a szülő(k) akár 24 órán át is a kórteremben tartózkodhatnak. A házirendben csupán ajánlott látogatási idő szerepel, ez a délutáni órákat jelöli meg.

A másik probléma, hogy sok szülő a teljes gyógyulás előtt hazaviszi gyermekét, vagy nem jelenik meg vele az előírt vizsgálaton. Előfordult, hogy a szülő felügyeletére bízott gyermek ágyának rácsát az édesanya elfelejtette becsukni, így távozott a kórteremből, ezzel kiteve a gyermeket a földre esés veszélyének. A vázolt eset egyébként felveti a szülő és az egészségügyi személyzet felelősségének kérdését is.

A szülők sokszor nem működnek együtt az egészségügyi személyzettel a vizsgálatok, kisebb beavatkozások során. Megtörtént, hogy a szülő kivette a gyerekből az infúziót, mondván, erre nincs szükség. A vérvételnél a gyerek nyugodt viselkedését a szúrástól való saját félelmének hangot adva változtatta át, így a gyermek is félni kezdett a vérvételtől.

A látogatók számos esetben az alapvető tisztálkodási követelményeknek sem tesznek eleget, orvos által nem javallt étellel kínálják gyermeküket, illetve nem a kijelölt dohányzóhelyet használják, hanem a folyosókon, egyéb helyeken gyújtanak rá. Emiatt például egy éjszaka eltelte után a folyosók piszkosak, bűdösek és cigarettacsikkek hevernek szerteszét.

A CSECSEMŐ- ÉS KORASZÜLÖTT OSZTÁLY

Különösen rossz a helyzet a csecsemő-és koraszülött osztályon. A Főorvos Úr egyébként az ombudsmanhoz írt válaszlevelében helyesbítette a megfigyelést. A két osztály két külön szárnyban foglal helyet, így az ombudsmani jelentésben összekevert jellemzést kaptak. A szoptatós anya korlátlanul tartózkodhat gyermeke mellett. A kórtermekben ún. boxos rendszert alakítottak ki, amely azt jelenti, hogy kb. 6-7 négyzetméter alap-



területű, egymástól ablakokkal elválasztott helyiségekben helyezik el a csecsemőket. A kiságyak mellett szűk a hely, a szülők számára pótágy elhelyezése szinte lehetetlen. Az összecusukható kempingágyak nappal a kiságyak mögött vannak, viszont ha az éjszaka folyamán szükséges valamilyen kezelés vagy ellátás, a nővérnek fel kell ébresztenie a szülőt, az ágyat össze kell csuknia. Csak így lehet a csecsemőhöz férni. Ez a hosszú procedúra, sürgős esetben igen nagy gondot jelenthet. Harmat György levelében a következőket mondta el ezzel kapcsolatban: „a csecsemő osztályon valóban 2-3-4 kiságy helyezhető el egy önálló boxosított kórteremrészben, de amennyiben a szülők is kinyitható fotelágyon helyezkednek el ugyanezen boxokban, legfeljebb két gyermek és két szülő elhelyezésére van mód. Ezt semmilyen körülmények között nem lépjük túl. A koraszülött

osztályon egy boxban 3-4 koraszülött is kezelhető, de ezen az osztályon külön fürdőszobás mama-szoba áll rendelkezésre, és bár a szülők napközben a kórteremben tartózkodhatnak, soha nem fordulhat elő, hogy a koraszülött osztályon a hozzátartozók kempingágyon vagy más alkalmas módon a kórteremben éjszákázzanak." A jelentésben leírt téves megállapításból helytelen következtetést vontak le, mert a gyakorlatot tekintve nem fordulhat elő, hogy a gyermek ellátása késedelmet szenvedhet. „A csecsemőosztályon nem történik súlyos beteg ellátása, tehát ezen esetben a veszélyhelyzet sem áll fenn." A zsúfoltságra vonatkozó megállapítások azonban helytállóak, ami a jelenlévő hozzátartozók túlzott számából adódik. A főorvos kiemelte, hogy bár külső segítség nem állt rendelkezésre, alapítványi pénzből maguk alakították ki a szülői benntartózkodást elősegítő szülői fürdőszobákat és mellékhelyiségeket.

A kórházi személyzet tudja, hogy a szülők feszültebbek, ha beteg a gyerekük. Azzal is tisztában vannak, hogy egy édesanya mennyire kétségbeesett egy ilyen helyzetben. Azonban az egészségügyi dolgozók éppen a gyermek gyógyításán fáradoznak, segíteni szeretnének, és ehhez a szükséges szakértelemmel is rendelkeznek. A szülők ennek ellenére számtalan esetben ellenkeznek, utasítják a nővéreket, orvosokat, nem tartják be az orvosi utasításokat, egyszóval öntörvényűek. A magyar egészségügy abban az értelemben is erősen hierarchizált, hogy a szülő és a gyógyító személyzet között többnyire nem partneri viszony áll fenn, így a hagyományoknak megfelelően a szülő kliensi, ellátotti szerepbe kényszerül. Az egészségügyi dolgozók nehezen veszik tudomásul a betegnek az ún. „tájékozott beleegyezéshez" való jogát, miszerint a betegnek - és gyerek esetében a szülőnek - joga van minden beavatkozásról, döntésről érdeklődni, az okokra és teendőkre magyarázatot kérni, véleményt nyilvánítani. Igaz, hogy elméletileg az orvos és a szakszemélyzet a „szakértő", de az is tény, hogy egyre több egészségügyi ismerettel rendelkeznek a laikusok. El is várják a szülőtől, betegőtől, hogy legyen tisztában a betegségek természetével, a kezelések - diéta, otthoni ápolás, gondozás - mikéntjével, ezzel elősegítve a gyógyulást. Mégis sokan zokon veszik, ha a szülő, illetve a beteg „túlságosan" tájékozott vagy kíváncsi, illetve a lehetséges beavatkozások, gyógymódok között választani szeretne a megfelelő felvilágosítást követően. Ezzel adott esetben hátráltathatják a gyógyulást, vagy esetleg ronthatnak is a gyerek állapotán az egészségügyiek nézete szerint, de ez csak az esetek egy meghatározott körére igaz.

■ AZ OMBUDSMANI VIZSGÁLAT

Lenkovich Barnabás ombudsman átfogó vizsgálata keretében munkatársai látogatást tettek a Madarász utcai Gyermek-kórházban, illetve az állampolgári jogok biztosa kiterjesztette a megfigyelést a Svábhegyi Állami Gyógyintézetre, a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorházára, a Fővárosi Önkormányzat Budai Gyermekkorházára, a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkorházára, a fővároson kívül pedig a nyíregyházi Jósza András Megyei Kórházra, a Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinikájára, valamint a szombathelyi Markusovszky megyei kórházra. A Madarász utcai Gyermekkorházon kívül a Budai Gyermekkorházból és a

szombathelyi Markusovszky Kórházból jeleztek hasonló problémákat, a többi megfigyelt kórházból nem érkezett írásbeli panasz. Az ombudsman a vizsgálat eredményeképpen felszólította az intézményeket, hogy 2004. január 1-jéig a házirendben részletesen szabályozzák a kapcsolattartás körülményeit, a szülői látogatások rendjét és az esetleg bekövetkező konfliktusok következményeit is. A látogatás rendjét eddig a Madarász utcában és a Markusovszky kórházban rögzítették a házirendben, ennek ellenére pont ezekről a helyekről érkeztek a panaszok (nyilván ehhez hozzájárul az is, hogy tekintve a nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat, illetve az említett térségeket, ezek a kórházak a legzsúfoltabbak, ide hozzák legtöbben beteg gyermeküket). Felkérte az intézményeket, hogy az ombudsmani jelentést és annak lényeges tartalmát tegyék hozzáférhetővé az érintett hozzátartozók számára. Javaslatára szerint, a gyermekosztályokon szükséges lenne egy szociális munkás vagy mentálhigiénés szakember jelenléte, aki folyamatos kapcsolatot tartana a hozzátartozókkal és koordinálná őket.²

■ A JOGSZABÁLYI HÁTTÉR

A főigazgató és az ombudsman orvosokról, nővérekről, szülőkről és hozzátartozókról, a betegjogokról és a gyermekek jogairól általában beszélnek, míg magának a beteg gyermeknek a vágyairól, félelmeiről, akarataról senki sem tesz említést. Mielőtt elemeznénk, hogy valójában mi jó a gyerekeknek, tekintsük át a kórházban tartózkodó gyermek jogait biztosító jogszabályi hátteret.

Az Alkotmányban biztosított alapjogok közül az alábbiakat kell kiemelni: 54.§ (1): A Magyar Köztársaságban minden embernek veleszületett joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelyektől senkit nem lehet önkényesen megfosztani.

67.§ (1) A Magyar Köztársaságban minden gyermeknek joga van családjá, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges.

(2) A szülőket megilleti az a jog, hogy gyermeküknek adandó nevelést megválasszák. (...)

70/D.§ (1) A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.

(2) Ezt a jogot a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres test-edzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.

Mint tudjuk, az Alkotmányban biztosított jogok keretét adnak a különböző jogterületek szabályozásának, végső soron lehet az Alkotmányra is hivatkozni. A jogszabályi hierarchia szerint a többi, alacsonyabb szintű jogszabálynak illeszkednie kell az Alkotmányban meghatározottakhoz.

Az Egészségügyi Törvény 11.§ (1) bekezdése szabályozza a beteg kapcsolattartását hozzátartozóival: „a beteg a fekvőbeteg-gyógyintézetben meglévő feltételektől függően, beteg-társai jogainak tiszteletben tartásával és a betegellátás zavartalanosságát biztosítva gyakorolhatja a törvényben meghatározott jogait. Ennek részletes szabályait - e jogok tartal-



manak korlátozása nélkül – a fekvőbeteg-gyógyintézet házi-
rendje határozza meg."

11.§ (4) A kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvé-
nyes képviselője, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy mellette tartózkodjon.

27.§ (1) A beteg és hozzátartozói jogaik gyakorlása során
kötelesek tiszteletben tartani más betegek jogait.

(2) A beteg és hozzátartozói jogainak gyakorlása nem sértheti
az egészségügyi dolgozóknak törvényben foglalt jogait.

(3) A betegjogok gyakorlásának módját – e törvény keretei
között – az intézmény házirendje szabályozza.

Fentiekből láthatjuk, hogy az Egészségügyi Törvény³ biztosítja a kapcsolattartás jogát, ezen belül a kiskorú beteg jogát arra, hogy törvényes képviselője vagy szülője időkorlátozás nélkül mellette tartózkodjon. Belátható, hogy egy kórház házi-
rendjének szabályai – szervezéssel és ötletekkel – összhangba hozhatók a törvény rendelkezéseivel. A probléma a rendelkezések betartatásánál kezdődik. Harmat György főorvos erre is kitért levelében, miszerint hiába áll megfelelő szabályrendszer rendelkezésre a szülői látogatás vonatkozásában, az érintettek mégsem tanúsítanak szabálykövető magatartást és az egészségügyi intézménynek nincs a kezében olyan jogi eszköz, amivel szankcionálni tudná a szabályok megsértőit. Jelentésében az ombudsman kiemelte, hogy lehetőség van a szülő, illetve hozzátartozó kórteremből való eltávolítására, amennyiben ez a beteg állapota vagy a szülő viselkedése miatt szükséges.

A Gyermekvédelemről és a Gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (továbbiakban Gyvt.) az első olyan jogszabály, amely „azt a célt tűzi ki, hogy kialakuljon és hatékonyan működjön egy, minden rászoruló gyermek esélyegyenlőségét növelő ellátórendszer, amelyben a családokat támogató, illetve szükség esetén a családot kiegészítő, átmenetileg helyettesítő ellátások egymásra épülnek...”⁴

Láthatjuk, hogy e fenti törvény is említi az „átmenetileg helyettesítő ellátások” rendszerét, amelybe beletartozik a gyermekek kórházi ellátása is, hiszen ilyenkor a kórház személyzete helyettesíti – legalábbis részben – a szülői gondozást, ápolást a megfelelő egészségügyi szakértelemmel kiegészítve.

A teljesség igénye nélkül említeném végül a Gyermekvédelemről szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyez-

ményt⁵ (továbbiakban Egyezmény). Az Egyezmény kihirdetése nagyban befolyásolta a magyarországi gyermekvédelmi rendszer kialakulását és a gyermekek jogait rendező jogszabályok megalkotását, nemzetközi kötelezettségvállalásról lévén szó. A Gyvt. előírásai is összhangban vannak az Egyezmény szabályaival, amely kimondja: „Minden gyermeknek joga van a szeretetre és gondoskodásra.” „Minden gyermeknek joga van az egészségügyi ellátáshoz.” E két kitétel együttes alkalmazása vezethet el bennünket a kórházban ápolott gyermeknek azon jogához, miszerint legalább egy szülője állandóan jelen lehet az ágya mellett, nyilván az egészségügyi ellátás akadályozása, más gyermek szeméremérzetének megsértése és nyugalmanak megzavarása nélkül. Az egészségügyi intézmények dolgozói elismerik, hogy idegen ember nem képes pótolni a szülői szeretetet, gondoskodást, az ő feladatuk a szakszerű egészségügyi ellátás nyújtása – egyébként a szülői mivolt maximális helyettesítése nem is lenne elvárható tőlük.

■ A SZÜLŐK LÁTOGATÁSÁNAK SZABÁLYOZÁSA – SZÉLSŐSÉGES MEGOLDÁSOK

1. A teljes tiltás

Tegyük fel, hogy a gyermekkórházakban, gyermekosztályokon bevezetnék a szülői látogatás tilalmát. A kórházi statisztikák szerint az átlagos kórházi ápolási idő a gyermekosztályokon 3-4 nap. A szülő ennyi ideig nem láthatná beteg gyermekét, a gyermek pedig ennyi ideig nélkülözné szüleit. Milyen következményekkel járna ez a megoldás? Amellett, hogy a szülők felháborodnának és követelnék a látogatás engedélyezését, az előzőekben felsorolt gyermekjogok, betegjogok is súlyosan sérülnének. A kapcsolattartás joga minden beteget megillet, ezen kívül a gyermekeknek jogukban áll a szüleikkel való kapcsolattartás is. A szülőknek joguk és kötelességük: gyermekük nevelése, fejlődésük elősegítése, gondozása. Így ezek a jogok is sérülnének. Ez a módszer elősegítené-e a gyógyítást, kezelést, mint ahogyan erre sokan hivatkoznak? A gyermekosztályokon többek között azért engedélyezik a többé-kevésbé korlátlan szülői jelenléteket, mert a szülők így segíthetik a nővérek munkáját. A lehető legtöbbet a szülők végezzék el gyermekük gondozása érdekében. Az eredeti cél persze az volt és annak kellene lennie, hogy az anyák együtt lehessenek beteg gyerekekkel, és a gondozással, jelenléttel könnyítsék a gyermek amúgy is nehéz helyzetét. Az anyák ennek általában eleget is tesznek, kivéve a kirívó eseteket, amikor a nővérek tanítják meg az anyát az alapvető higiénés szabályokra és egyéb gondozási feladatok ellátására. Gyermekvédelmi szempontból ez is remek lehetőség. Akkor is, ha az egészségügy és a kórházak ma még nem tekintik a gyógyítás - és különösen a prevenció - szerves részének a szülői készségek fejlesztését és az ismeretterjesztést. Pedig ez nagyban hozzájárulhatna a gyermekvédelmi munka sikerességéhez. Más kérdés, hogy van-e erre ma felkészítés, kapacitás? Elvárás-e az egészségügyben dolgozókkal szemben az ilyen típusú tevékenység? A WHO ajánlásai szerint ennek a tevékenységnek egyértelműen népegészségügyi központúnak kellene lennie, hogy segítse a szociális és oktatási ágazat munkáját.⁶

A kezelés esetleg egyszerűbb lehetne szülői jelenlét nélkül,

hiszen senkit nem kellene kerülgetni, odébb küldeni a gyermek ágya mellől. Viszont azzal, hogy a gyermek hogyan élné meg édesanyja vagy édesapja hiányát, senki nem törődne, márpedig ez legalább olyan jelentőséggel bír a gyermek gyógyulása szempontjából, mint az orvosi beavatkozás.

Így eljutottunk a legfontosabb ponthoz, vagyis a gyermekek lelkében lejátszódó folyamatokhoz. Felnőttként négy nap távollét az otthonról, családtól nem jelent különösebb lelki megrázkódtatást. Viszont betegség esetén az ember sokkal kiszolgáltatottabbnak, gyengébbnek érzi magát, ilyenkor pedig még az „erős emberek” is igénylik hozzátartozóik lelki támogatását. Gyermekkorban a szülőkhöz való kötődés határozza meg a biztonságérzetet. A beteg gyermek még inkább kiszolgáltatott, nehezen érti meg, mi történik vele, miért kell otthonról elszakadnia. A távol töltött idő sokkal hosszabbnak tűnik számára, és nem könnyű megértetni vele, hogy ez az állapot nem tart örökké. A szülőtől való elszakítás – akár csak néhány napra is – mély nyomot hagyhat a gyermek lelkében, az esetleg később megjelenő devianciáknak egyik oka is lehet. Ha a gyerek azt érzi, hogy otthagyták, cserbenhagyták, nem tudja, hogy ez nem örökre szól. Nem a szülő akarta így. Nem is érti, hogy mi történik vele, miért nem marad ott az édesanyja, amikor neki fájdalmai vannak. Fél, sír, idegen emberek kezelik, gondozzák. Harmat György ezzel kapcsolatban a következőt jegyezte meg: „Újszülött-és csecsemőkorban a fenti hatás nem jön létre, mivel a csecsemő időérzéke még nem alakul ki, és a „távollét érzését a

szülőtől” elsősorban az alapvető szükségletek megléte vagy hiánya szabja meg (szoptatás, etetés, meleg, biztonság, stb.). A kórházi tapasztalat szerint az intenzív ellátás vagy a műtét utáni közvetlen ápolás nem okoz ilyen hiányérzetet.”⁷

Belátható, hogy a nulla tolerancia elve ebben az esetben sem kecsegtet sok jóval. A kórházak – még a szerintük jobb gyógyítás érdekében sem, - nem alkalmazhatnak ilyen szabályokat. Szerencsére nincs szó a teljes tiltás bevezetéséről, viszont a látogatási rend szigorításáról annál inkább.

2. A másik véglet: szabad látogatási rend a gyermekosztályokon

Mi történne akkor, ha a szülők tartózkodási idejét, viselkedését, gondozási szokásait semmi nem korlátozná? Ha akárhány hozzátartozó, bármennyi órán keresztül látogathatná a gyermeket? Feltehetően káosz alakulna ki. A gyógyítás, betegellátás megbénulna. A látogató rokonsereg ellepné a kórtermeteket, folyosókat, az ágyak mellett kempingágyak sorakoznának, a többi gyermek nyugalma felborulna. Ilyen körülmények között a gyógyítás-ápolás nyilván nem működhetne megfelelően. A jelenlegi állapotok - ha nem is ennyire szélsőséges, de - hasonló képet mutatnak.

Eddig a felmerülő problémákról írtam, amelyek sok esetben sajnos a szülők, rokonok magatartásából fakadnak. A kontrollálatlan látogatás nemcsak a betegek nyugalma zavarná, de egyéb nem kívánt következményei is lehetnek, mint például a



fertőzésveszély, más gyermekek szeméremérzetének megsértése, a kórházban dolgozók munkájának hátráltatása. Ahhoz, hogy ez az extrém helyzet ne alakuljon ki, feltétlenül szükséges a szülők és a kórházi személyzet együttműködése, konzultációja, bizonyos keretek megszabása. Ez ugyancsak segíthet a szülőnek és gyereknek egyaránt. Nem lenne célszerű a szabályokat súlyosan megszegő, deviáns vagy kontrolálatlan szülők egy kis csoportjának viselkedése alapján határozni a látogatások rendjéről, de nyilvánvalóan a gyerek életét és helyzetét is nehezíti az éretlenül és elfogadhatatlanul viselkedő család. A gyermek szempontjából persze ilyenkor is az lenne a legnagyobb segítség, ha a kórházi szociális munkás, területi gyermekvédelmi szolgálatok munkatársa segítene a szülőnek a helyzet jó felmérésében és az elfogadható viselkedés kialakításában. Ez nem luxus, még ha Magyarországon ma nem is látszik reálisnak. E magatartás jelezhet súlyos otthoni nevelési, gondozási problémákat is, melyek egyébként nehezen derülnének ki. Ezért gyermekvédelmi prevenciónak, korai beavatkozásnak is nevezhető, amely része a gyermekvédelmi ellátórendszer feladatainak.

Több gyermekkorházban lehetőség van a szülő és gyermek részére külön szoba biztosítására. „Ez a magasabb szintű, komfortosabb hotel-szolgálat szabja meg a kórház fejlődésének alapvető irányát is. A nagyobb kórtermeket kisebbé alakítjuk, és fürdőszobás egységekké alakítjuk át, ez esetleg potenciális ágyvesztéssel járhat.”⁸

Ha ezek a gondolatok fogalmazódtak meg 2000 elején, vajon miért irányul a problémamegoldás az ellenkező irányba 2003-ban, az országgyűlési biztoshoz írt levél szerint? Többek között azért, mert a gyermekkorházak jóval kevesebb TB finanszírozásban részesülnek, mint a felnőtt kórházak. Dr. Harmat György és Dr. Votisky Péter cikkükben⁹ tényekkel alátámasztott megállapításokkal bizonyították, miért drágább a gyermekek kórházi ellátása. Többek között a következőket említették: csecsemőknél és gyermekeknél a kórisme felállítása nehezebb, mivel a csecsemő nem tudja elmondani, mi fáj, rendszerint több időt vesz igénybe a szülők, rokonok kikérdezése, ezen kívül a vizsgálatoknál jelentős szülői közreműködés szükséges. A vizsgálatok gyakoribbak, mert egy gyermek állapota sokkal gyorsabban változik, mint egy felnőtté, ezért folyamatosan ellenőrizni kell a beteg állapotát. „Tartós elkülönítést igényelhet a sok gyermekkori fertőző megbetegedés vagy akár csak annak gyanúja is.” Több pénzbe kerül az étkezés, speciális tápszerek, diéták. Az ápolás több személyt igényel, hiszen a kis betegek mellé állandó felügyelet szükséges. A felsorolt megállapítások csak egy részét képezik a teljes listának, de talán ennyiből is látható, hogy a gyermekkorházak nincsenek könnyű helyzetben, az elvárások velük szemben pedig egyre nőnek.

A Budai Gyermekkorházban a csecsemő-és gyermek-belgyógyászati osztályon jelenleg 7 darab, ún. „anyás szoba” működik. Ezek kétágyas szobák, saját fürdőszobával. A szülő bent létét önköltségi áron tudják biztosítani. A házirend szerint a kórteremben egy szülő 24 órán keresztül gyermeke mellett lehet, de alapvetően a 16-18 óráig tartó látogatást szorgalmazzák.

Azt gondolom, hogy az elméletben és a gyakorlatban egymásnak ellentmondó törekvések valósulnak meg. Egyfelől a kapcsolattartást elősegítő, azt kultúraltabbá tevő módszereket

és körülményeket alkalmaznak, illetve ezek fogalmazódnak meg célkitűzésként, másfelől azonban a jelenlegi szabályozást kívánják szigorítani. Tulajdonképpen mi a cél? A fennálló rendszert kultúraltabbá, emberközpontúbbá tenni? Vagy szakítani az eddig kialakult formákkal és a gyógyítás feltételeit javítani a betegek hozzátartozóinak kiiktatásával?

■ A BETEGJOGOK KORLÁTOZÁSA (?!)

A magyar egészségügy helyzete mindig is sarkalatos pontja a politikai életnek. A problémákat még egyik kormány sem tudta hatékonyan orvosolni és a sokszor lehetetlen körülményeket megváltoztatni. A média által közvetített információk az egészségügy állapotáról mindig is borzolták a kedélyeket. Mind az orvosok és egészségügyi dolgozók, mind pedig az egészségügyi ellátást igénybe vevők felháborítónak tartják a fennálló állapotokat. Újabb és újabb rémhírek, az orvosokat degradáló vélemények kelnek szárnyra, aminek eredményeképpen lassan egyfajta harci helyzet alakul ki a betegek és a betegellátók között. Pedig bárki egészsége megromolhat, akárkit érhet baleset és kerülhet a műtőasztalra. Ilyenkor az egészségügyi szakembereken múlik az életünk és a gyógyulásunk.

A szülők látogatási jogának korlátozásánál is két érdek feszül egymásnak, és a konfliktus feloldását az egyik oldal érdekének korlátozásával próbálják elérni. Van-e ehhez joga az egészségügyi intézményeknek? A tiltás módszere, a megfélemlítés, szélsőséges esetben a diktatúra soha nem vezetett jóra. Ezzel ellentétben a konszenzuseresés, a párbeszéd a felek között és a közös megoldás megtalálása eredményt hozott. Jelen probléma megoldását is valamiféle megegyezésben látnám. Lenkovic Barnabás is arra tesz javaslatot, hogy egy közvetítő személy (mediátor) alkalmazásával kellene kezelni a konfliktusos helyzeteket, mentálhigiénés szakember vagy szociális munkás személyében. A mediátorok kifejezetten a gyermekosztályokon, gyermekkorházakban dolgoznának, segítenének a szülőknél a nehéz órákban és ezzel a nővérek, orvosok válláról részben levennék a szülők lelki gondozásának terhet. Sajnos, ha őszinték akarunk lenni, bármennyire is megkönnyítené a kórház munkáját egy ilyen szakember működése, a mai egészségügy helyzetét tekintve nem valószínű, hogy pont erre a célra fordítanának forrásokat, amikor az alapvető ellátás is sokszor pénzügyi akadályokba ütközik.

„Az egészségügyi személyzet munkaideje kb. 60%-át a szülőkkel való kommunikációra fordítja”

Dr. Harmat Györggyel folytatott személyes beszélgetésem meggyőzött arról, hogy a jelenleg fennálló körülményeken mindenképpen változtatni kell. Összefoglalva, a főorvos a következőkre hívta fel a figyelmet:

A látogatási idő az osztály jellegétől függ. Jelenleg például a koraszülött- és csecsemőosztályon naponta 9-19 óra között egy szülő ápolhatja gyermekét. Családtagok felváltva is lehetnek a csecsemőnél, kivéve 14 éven aluli látogató testvért. 19 óra után csak az édesanyák tartózkodhatnak az osztályon.¹⁰ Az általános látogatási idő 15.30-16.30-ig tart. Az aneszteziológiai és intenzív terápiás osztályon a látogatási időt 10-20 óra között határozták



meg, de egyszerre minden gyermeknél csak egy szülő (hozzátartozó) tartózkodhat. A súlyos betegségben szenvedő, állandó kórházi ellátást igénylő betegek esetében kétágyas kórtermek állnak rendelkezésre, így a szülő nyugodt körülmények között folyamatosan gyermekével lehet. A főigazgató támogatja a szülői jelenléte, azonban a zsúfoltság elkerülése miatt feltétlenül szükségesnek tartja, hogy a gyermek ágya mellett egyszerre csak egy szülő tartózkodjon. A szülő lehetőleg annyit legyen a gyermek mellett, amíg aktívan tevékenykedik, ha viszont a gyermek elaludt, menjen ki a kórteremből. "Kiemelte, hogy a kialakult helyzet miatt az egészségügyi személyzet munkaideje kb. 60%-át a szülőkkel való „kommunikációra” fordítja, 10-20%-ot adminisztrációs feladatok ellátása foglalja el és csak a maradék 20-30% jut magára a gyógyításra. Kevés a kórházi dolgozó, sokan otthagyják munkahelyüket. Napi gyakorisággal fordul elő, hogy a szülők trágár szavakkal illetik az orvosokat, nővéreket. Nekik mindezt szó nélkül el kell tűniük és „finoman” megnyugtattaniuk a „kedves” hozzátartozót.

A kórházaknak nincsen szankcióra lehetőségük. Állandó biztonsági szolgálat fenntartására sincs pénz, a rendőrséget pedig csak kirívó esetekben riaszthatják. Alapvetően boldognak a szülőkkel, bár néha igen sok energiát emészt fel a háborgók lecsendesítése.

A kórházban sajnos nem oldható meg a szülők étkeztetése. Sokszor előfordul, hogy a szülő megeszi beteg gyermeke ételét, mondván, úgy sincs a gyermeknek étvágya. A másik véglet, amikor olyan étellel kínálják gyermeküket, amitől az orvos eltiltotta.

A főigazgató egyetért az ombudsmannal abban, hogy mentálhigiénés szakember segítségével számos konfliktust könnyebben lehetne kezelni. Ez terhet venne le az orvosok és nővérek válláról, a szülők pedig elégedettebbek lennének. A jelenlegi helyzetben, anyagi okok miatt, nem biztosítható a foglalkoztatásuk.

Harmat György hosszútávon a gyermekek nevelésében látja a megoldást. „Neveljük gyermekeinket úgy, hogy később felelősségteljesen gondolkodó és gondoskodó szülő váljon belőlük. Tanítsák a gyermekeket az iskolában és otthon az alapvető ápolási és gondozási ismeretekre, ismerkedjenek meg a viselkedési kultúra szabályaival, és váljanak szociálisan érzékeny felnőttek.” Azt hiszem, ebben mindannyian egyetérthetünk, de a probléma megoldásában az egészségügyi dolgozóknak és az intézményeknek is kiemelkedő szerep jut, hiszen gyakran találkoznak a szülőkkel és a gyerekekkel. Ha az állam segítségével nem javul az egészségügy állapota, legalább mi tegyünk meg minden tőlünk telhetőt, hogy gyermekeink minél magasabb szintű ellátást kaphassanak. Az orvos és a beteg, illetve a beteg hozzátartozója nem ellenségek, hanem egymásra utalt emberek. Hozzáállásunkat erre tekintettel próbáljuk meg alakítani.

Bolyky Orsolya

JEGYZETEK

1. A Madarász utcai Gyermekkorházban évente kb. tízezer fekvőbetegét és 200ezer járóbetegét látnak el, a Budai Gyermekkorházban kb. 5000-6000 főt.
2. OBH 1336/2003. Jelentés
3. 1997. évi CLIV. törvény
4. Herczog Mária: Gyermekvédelmi kézikönyv, Budapest, 2001, 2003, KJK-KER-SZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. 25.o.
5. Kihirdette az 1991. évi LXIV. törvény
6. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, WHO, Geneva, 1999
7. Vitatkoznunk kell Harmat György megállapításával, mivel a gyermeklélektan egyértelműen azt az álláspontot képviseli az elmúlt 50 évben Bowlby és követői munkássága alapján (pl. részletesen erről: Browne,K: Mother and baby attachment in early years of life and child abuse, in: First meeting on strategies for child protection, WHO, Padova, 1999), hogy a kisgyermek, újszülött, csecsemő számára kiemelt jelentőségű a testi és lelki kontaktus az anyával, és a lehetőség szerinti folyamatos jelenlét, testi érintés. Nem téveszthet meg senkit, hogy a csecsemő nem tud beszélni, és látszólag apátiával, vagy közömbösen tűri az anya, gondozó személy távollétét, átmeneti eltűnését. A kutatások azonban egyértelműen mutatják a sokszor örökre meghatározó kárt, amit egy ilyen kórházi tartózkodás, szülőtől való elszakítás okoz. (a szerk.)
8. Ezt 2000 elején Dr. Harmat György, a Madarász utcai Gyermekkorház főigazgató-főorvosa írta a kórház interneten megjelent házirendjében.
9. Dr. Harmat György-Dr. Votisky Péter: Miért drágább a gyermekek kórházi ellátása, mint a felnőtteké?, Kórház, VI.(4)33. 1999.
10. Ez érdekes diszkrimináció az apákkal szemben és jó lenne tudni az okát. (a szerk.)
11. Kérdés, hogy amíg a gyermek alszik, hol tartózkodjon a szülő, mivel többnyire nincsen erre alkalmas váró, illetve azt sem lehet tudni, hogy a gyerek meddig alszik. Könnyen előfordulhat, hogy éppen felébredéskor lenne szüksége arra, hogy a szülő mellette legyen. (a szerk.)