

Nena Kopčavar Guček

Pristojnosti zdravstvenih ustanov na področju preprečevanja nasilja v družini

Povzetek

Zdravstvene ustanove na ravni osnovnega/primarnega zdravstvenega varstva so vstopna točka posameznic in posameznikov v zdravstveni sistem. V zvezi z nasiljem v družini so prav družinski / splošni zdravniki in zdravnice, poleg pediatrij in pediatrov, ginekologinj in ginekologov ter psihiatrinj in psihiatrov, še posebej izpostavljeni. Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti opredeljuje tri področja delovanja zdravstvenih delavk in delavcev: prepoznavanje žrtev nasilja v družini, pravila in postopke pri obravnavi žrtev nasilja in obvezno izobraževanje zdravstvenih delavk in delavcev na področju nasilja v družini.

Obravnava nasilja v družini od vseh vpletenih strokovnjakinj in strokovnjakov nedvomno terja visoko profesionalnost in dosledno upoštevanje moralno-etičnih norm. Gre za poseganje na področje najintimnejšega človeškega doživljanja, zato mora biti ravnanje posameznice / posameznika ali interdisciplinarnega tima, ki obravnava žrtev nasilja, obzirno, spoštljivo, strokovno in brez vrednostnih sodb. Zdravstveni delavci in delavke smo dolžni upoštevati tudi načela medicinske doktrine. Poleg strokovnega znanja in spretnosti pri obravnavi nasilja v družini igrajo pomembno vlogo stališča posameznice ali posameznika do problematike. Medpoklicno sodelovanje in povezovanje je eden od pogojev varne obravnave žrtve nasilja v družini.

Prispevek na kratko oriše pravno podlago pristojnosti zdravstvenih služb in prikaže način obravnave nasilja v družinski medicini na osnovi teh pristojnosti.

1. Uvod

Nasilje v družini je pojav, ki posega na področje medicine, sociologije in prava. Je kriminalistični, družbeni in medicinski – javno zdravstveni problem (Selič, 2009: 15–25). Z njim se srečujemo na številnih delovnih področjih: v zdravstvu, šolstvu, sodstvu, v centrih za socialno delo (CSD), na polju nevladnih organizacij (NVO), pri delu policije. Zaradi kompleksnosti problema je pri obravnavi nasilja nujno medinstitucionalno in interdisciplinarno sodelovanje (ibid.). Predvideva in normira ga tudi Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). Samo takšno sodelovanje lahko zagotovi celostno, strokovno, učinkovito ter uporabnikom in uporabnicam prijazno obravnavo.

Pristojnosti zdravstvenih organizacij na področju nasilja v družini so mnogotere. Zdravstveni strokovnjaki in strokovnjakinje so ob razkritju nasilja v družini skladno z ZPND dolžni poročati ustreznim službam. Pogosto olajšajo razkritje nasilja v družini, nudijo podporo, ustrezno usmerijo posameznike in posameznice v zdravstveni in zunaj-zdravstveni sistem pomoči in spremljajo žrtve nasilja v družini. Skladno z zakonom morajo primere nasilja in posledice ustrezno dokumentirati. Sodelujejo v multidisciplinarnih timih (MDT) – skupinah, ki jih po ZPND skličejo in vodijo CSD. V primerih s forenzičnim ozadjem morajo sodelovati v sodnih postopkih, v vlogi sodnih izvedenih prič ter izvedencev in izvedenk. Vendarle bo treba, skladno z vsemi predpisi, poti ukrepanja izvedbeno usmeriti, konkretno opredeliti in pri tem upoštevati obstoječe pogoje in obremenitve timov v družinski medicini, je o obravnavi nasilja v družini zapisal tudi Strokovni svet za družinsko medicino pri Združenju zdravnikov družinske medicine.

Samo primerno informirani, usposobljeni in ozaveščeni izvajalci in izvajalke zdravstvene oskrbe pa lahko uspešno obravnavajo žrtve nasilja, zato so nujni ustrezni izobraževalni programi na dodiplomskem, podiplomskem in stalnem strokovnem nivoju izobraževanja, kot to določa tudi ZPND s podzakonskimi akti.

V prispevku bom na kratko orisala pravno podlago pristojnosti zdravstvenih služb in prikazala način obravnave nasilja v družinski medicini na osnovi teh pristojnosti.

2. Pravni akti, ki urejajo obravnavo nasilja v družini v zdravstvenih ustanovah

Zdravstvene ustanove na ravni osnovnega / primarnega zdravstvenega varstva so vstopna točka posameznice oz. posameznika v zdravstveni sistem. V zvezi z nasiljem v družini so prav družinski / splošni zdravniki in zdravnice, poleg pediatrov in pediatrij, ginekologov in ginekologinj ter psihiatrov in psihiatrinj še posebej izpostavljeni.

Družinska medicina še vedno šteje kot disciplina, ki obvlada največ telesnih in duševnih modelov bolezni. Zdravnik oz. zdravnica družinske medicine obravnava svoje bolnike in bolnice v skladu s svojimi pristojnostmi po evropski definiciji družinske medicine. Za bolnika oz. bolnico pomeni prvi stik z zdravstveno službo, ko ima težave vseh vrst, ne le strogo medicinske. Dostop do družinskega zdravnika oz. zdravnice je odprt, neomejen, pri tem ta rešuje vse vrste težav. Ob tem mora upoštevati omejitve kot so čas, finance, razpoložljiv strokovni kader, v primeru hišnega obiska tudi oddaljenost bolnikovega oz. bolničinega doma.

Zdravnik oz. zdravnica družinske medicine mora biti večč-a v prepoznavanju izvora telesne bolezni. Zagotoviti si mora aktivno sodelovanje bolnika oz. bolnice za reševanje nastale situacije. Pri tem mora uporabiti bogato znanje komunikacijskih veščin in pridobiti zaupanje svojega bolnika oz. bolnice. Ena glavnih veščin zdravnika specialista oz. zdravnice specialistke družinske medicine je, da so njegovi / njeni ukrepi usmerjeni v človeka in ne v bolezen njegovih / njenih organov. Njegov / njen pristop je torej celovit in celosten, usmerjen v človeka, družbo, upoštevajoč tudi psihosocialne dejavnike bolezni.

Ključna določila obravnave nasilja v zdravstvenih in ne-zdravstvenih organizacijah so zapisana v 5. in 6. členu ZPND:

5. člen ZPND (dolžnost ravnanja)

»Organi in organizacije so dolžni izvesti vse postopke in ukrepe, ki so potrebni za zaščito žrtve glede na stopnjo njene ogroženosti in zaščito njenih koristi in pri tem zagotoviti spoštovanje integritete žrtve. Če je žrtev nasilja otrok, imajo koristi in pravice otroka prednost pred koristmi in pravicami drugih udeleženk oziroma udeležencev postopka.«

6. člen ZPND (dolžnost prijave)

»(1) Organi in organizacije ter nevladne organizacije, ki pri svojem delu izvedo za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje, so dolžni o tem takoj obvestiti center za socialno delo, razen v primeru, če žrtev temu izrecno nasprotuje in ne gre za sum storitve kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti.

(2) Vsakdo, zlasti pa strokovni delavci oziroma delavke v zdravstvu ter osebje vzgojno varstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodov, mora ne glede na določbe o varovanju poklicne skrivnosti takoj obvestiti center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo, kadar sumi, da je otrok žrtev nasilja.«

Naloge zdravstvenih delavcev in delavk v zvezi z obravnavo žrtev nasilja natančneje opredeljuje Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Pravilnik v zdravstveni dejavnosti). Opredeljuje tri področja:

- prepoznavanje žrtev nasilja v družini;
- pravila in postopke pri obravnavi žrtev nasilja;
- obvezno izobraževanje zdravstvenih delavcev in delavk na področju nasilja v družini.

Pri Ministrstvu za zdravje so v pripravi smernice o obravnavi odraslih žrtev nasilja v družini, ki jih ta akt predvideva, namenjene pa so družinskim zdravnikom in zdravnicam. Pripravljene naj bi bile posebej za vsako od strok, ki najpogosteje prihaja v stik z nasiljem v družini (za pediatre in pediatriinje, ginekologe in ginekologinje, družinske zdravnike in zdravnice).

Obravnava nasilja v družini od vseh vpletenih strokovnjakov in strokovnjakinj nedvomno terja tudi visoko profesionalnost in dosledno upoštevanje moralno-etičnih norm. Gre za poseganje na področje najintimnejšega človeškega doživljanja, zato mora biti ravnanje posameznika oz. posameznice ali interdisciplinarnega tima, ki obravnava žrtev nasilja, obzirno, spoštljivo, strokovno in brez vrednostnih sodb. Zdravstveni delavci in delavke smo dolžni upoštevati tudi načela medicinske doktrine. Poleg strokovnega znanja in spretnosti pri obravnavi nasilja v družini igrajo pomembno vlogo stališča posameznika oz. posameznice do tega pojava.

3. Vključenost družinskih zdravnikov in zdravnic v obravnavo nasilja v družini

Kot subjekte pri obravnavi problematike nasilja v družini ZPND prepoznava policijo, tožilstvo, sodišče, center za socialno delo, zdravstvene organizacije, vzgojno-izobraževalne zavode in civilno družbo (Selič, 2009). Zdravnik specialist oz. zdravnica specialistka splošne / družinske medicine v večini primerov predstavlja prvi in obenem najdostopnejši stik posameznika oz. posameznice z zdravstvenim sistemom. Družinska medicina posameznika oz. posameznico obravnava individualno, v kontekstu njegove / njene družine in okolja, v katerem živi. Zagotavlja kontinuirano oskrbo in hkrati obravnava akutne in kronične zdravstvene težave. Svoje bolnike in bolnice njihov osebni izbrani zdravnik oz. zdravnica med vsemi izvajalci in izvajalkami zdravstvene oskrbe nedvomno najboljše pozna in uživa njihovo zaupanje. Pogosto se sooča z zdravstvenimi težavami v nediferencirani obliki, v njihovem zgodnjem obdobju, pod vplivom kulturnih, socialnih, psiholoških, eksistencialnih in drugih dejavnikov. (Evropska definicija družinske medicine, 2011)

Družinski zdravniki in zdravnice svoje bolnike in bolnice obravnavajo individualno, celostno in v okolju, kjer živijo (ibid.). Prav zato je v njihovi domeni povezovalna vloga z drugimi službami. V slovenskem okolju je čutiti intenzivno prizadevanje različnih dejavnikov za sodelovanje pri obravnavi nasilja v družini. Po mnenju izvajalcev in izvajalk ter uporabnikov in uporabnic je mreža dejavnikov sicer dostopna, kakovostna in koristna, a slabo pregledna, šibko povezana in nezadostno koordinirana.

Smernice Ministrstva za zdravje in pravni predpisi bodo/so strokovna podlaga, ki jo je potrebno dopolniti, izvedbeno usmeriti, konkretno opredeliti poti ukrepanja, zagotoviti vse potrebne obrazce z vsemi ustreznimi podatki. Predvsem pa upoštevati obstoječe pogoje in obremenitve timov v družinski medicini ter zagotoviti njihovo ustrezno izobraževanje.

3.1. Odkrivanje – prepoznavanje žrtev nasilja v družini

Nasilje v družini lahko opišem s kratenjem osnovnih človekovih pravic, ali pa kot zlorabo moči. Natančnejša definicija nasilja v družini glede na oblike nasilja in glede na povzročitelja oz. žrtev presega okvire tega prispevka. Najbolj očitno fizično nasilje, ki ima za posledico očitne telesne poškodbe, predstavlja samo vrh ledene gore. Urgentni oddelki bolnišnic se največkrat ne utegnejo ukvarjati z nasiljem v družini kot vzrokom poškodb. Statistični podatki kažejo, da žrtve nasilja v družini pogosteje vstopajo v zdravstveni sistem kot drugi posamezniki in posameznice, in da zdravstvene delavce in delavke prepoznavajo kot najbolj vredne zaupanja pri razkrivanju nasilja v družini. V okolju družinske medicine obstaja možnost prepoznavanja in zgodnje intervencije na področju nasilja v družini, spremljanja žrtev skozi obravnavo in aktivno sodelovanje pri njej.

Rezultati različnih raziskav v svetu so pokazali, da žrtev telesnega in duševnega nasilja prepozna tudi zdravnik oz. zdravnica družinske medicine.⁴⁵ Žrtve redko spontano poročajo o nasilju v družini, zato jih je treba aktivno iskati in prepoznavati.

Otroci, ki so žrtve nasilja v primarni družini, ali pa samo pasivni opazovalci nasilja med staršema, pogosto postanejo žrtve ali povzročitelji nasilja v kasnejšem življenju. Žrtve nasilja so pripravljene zaupati osebnemu izbranemu zdravniku oz. zdravnici, če jih ta o nasilju aktivno vpraša. Izkazalo se je tudi, da so žrtve pogosto pripravljene sprejeti kakršnokoli pomoč, četudi zgolj v obliki informacij o možnih oblikah pomoči (Rodriguez et al., 1996; McAfee, 1995). Skladno s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije (WHO – *World Health Organization*)⁴⁶ naj bi iskali posamezne primere nasilja (t. i. *case finding*).

Pogovor o nasilju v družini s potencialno žrtvijo terja varno in mirno okolje, brez zunanjih motenj in s čim manj časovnega pritiska. Vzpostavljena in zagotovljena mora biti visoka stopnja zaupanja med žrtvijo in strokovnjakom oz. strokovnjakinjo, ki vodi pogovor. Sistematično presejanje je zamudno, ne daje pričakovanih

⁴⁵Elliott et al., 2002; Kovac et al., 2003; Lapidus et al., 2002; Institute of Medicine: *Confronting chronic neglect*, 2002; Rodriguez et al., 1999.

⁴⁶Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, 2013.

rezultatov in lahko zbuja celo odpor. Sistematično presejanje z namenom iskanja posameznikov in posameznic, izpostavljenih nasilju v družini, pa je odsvetovano. Namenjeno naj bi bilo le prvi oceni pogostnosti nasilja v določenem okolju. (ibid.)

Ovire za zgodnje odkrivanje in prepoznavanje nasilja so:⁴⁷

- *na strani bolnikov in bolnic*: občutki sramu, krivde, strahu pred posledicami, strah pred posmehom, nerazumevanjem, maščevanjem povzročitelja, nezaupanje in / ali nezadovoljstvo z razpoložljivimi sistemskimi možnostmi pomoči (npr. sodstvo, policija) itd.;
- *na strani zdravnika oz. zdravnice*: pomanjkanje znanja in spretnosti, časa, neustrezen osebni odnos do nasilja, strah pred fenomenom Pandorine skrinjice, neredni obiski bolnika oz. bolnice, strah pred ogrožanjem zaupnega in profesionalnega odnosa z bolnikom oz. bolnico, občutek nemoči, velike kulturne razlike itd.

Žrtve nasilja so pogostejši obiskovalci in obiskovalke ambulant, pogosto imajo nespecifične in nekatere ponavljajoče zdravstvene težave, ki so bodisi povezane z nasilnimi dejanji, bodisi s strahom pred povzročiteljem. Nasilje deluje na družino razdiralno in uničujoče, zato je čimprejšnja prepoznavna in obravnava izjemnega pomena. Prepoznavna nasilja v družini v ambulantni družinskega zdravnika oz. zdravnice je mogoča na tri načine:

- iz poznavanja pacienta oz. pacientke in tipičnih zdravstvenih težav (zbrane so v Tabeli 9), zapisov v kartonu ali poškodb zdravnik oz. zdravnica sam-a sklepa, da gre za žrtev nasilja v družini.
- O možnosti nasilja v družini je obveščen-a s strani drugih služb ali posameznikov in posameznic (npr. s strani patronažne sestre, policije, CSD, šole, vrtca, druge zdravstvene ustanove).
- Žrtev sama poroča o nasilju v družini – ta način je v praksi zelo redek. Sistematično presejanje, torej spraševanje vseh obiskovalcev in obiskovalk ambulant ne glede na vzrok obiska o nasilju v družini, je v skladu z aktualnimi smernicami WHO odsvetovano.⁴⁸

⁴⁷Lapidus et al., 2002; Institute of Medicine. Confronting chronic neglect: The education and training of health professionals on family violence, 2002; Nelson et al., 2004; Pečar, 1984.

⁴⁸Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, 2013.

TABELA 9: Tipične zdravstvene težave žrtev nasilja v družini (prilagojeno po Heisse et al., 1999: 18)

Znaki depresije, anksioznosti, posttravmatske stresne motnje, motnje spanja.
Suicidalnost in avtoagresivnost (samopoškodovanje).
Zloraba alkohola in psihoaktivnih substanc.
Nerazložljivi gastrointestinalni simptomi.
Nerazložljivi znaki s strani rotil, vključno z bolečino v spodnjem abdomnu in s spolno disfunkcijo.
Neugodni izidi nosečnosti, vključno z neželenimi nosečnostmi in umetnimi prekinitvami nosečnosti, zakasnjeno perinatalno oskrbo, obporodnimi težavami.
Nepojasneni genitourinarni simptomi, vključno s pogostimi okužbami sečil.
Ponavljajoče vaginalne krvavitve in spolno prenosljive okužbe.
Nepojasnjene kronične bolečine.
Poškodbe, ponavljajoče in spremljane z nenavadnimi pojasnili in razlagami.
Težave s centralnim živčnim sistemom – glavoboli, kognitivnimi težavami, izgubo sluha.
Ponavljajoči obiski brez jasne klinične diagnoze.
Stalna prisotnost vsiljivega partnerja ali zakonca pri obravnavi v ambulantni.

Glede na zgornjo tabelo velja dodatno opozoriti, da so:

- posamezniki in posameznice s telesnimi in duševnimi težavami pogostejše žrtve nasilja.
- Nosečnice še posebej izpostavljene nasilju: o 42 % vseh nasilnih partnerskih epizod so žrtve poročale v času nosečnosti (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).
- Med posvetom z žrtvijo nasilja je treba večkrat poudariti zdravnikovo oz. zdravničino zavezo k poklicni molčečnosti in zaupnost posveta. S tem pripomoremo k občutku varnosti.

Raziskava Agencije Evropske unije za temeljne pravice (FRA) iz leta 2014 je pokazala, da tretjina žrtev hudih incidentov, ki so vključevali spolno in / ali fizično nasilje, obišče osebnega zdravnika oz. zdravnico ali bolnišnico. Približno 6 % se jih obrne neposredno na varne hiše in 4 % neposredno na NVO (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Nedvomno je način iskanja pomoči povezan z razpoložljivimi sredstvi, možnostmi in viri posamezne države.

Nasilje v družini ni redek pojav, in je zato, ker ga je mogoče preprečiti, velik izziv za zdravstvene strokovnjake in strokovnjakinje. Presejalna raziskava v Združenih državah Amerike, v katero so zajeli 6.790 žensk in 7.122 moških, je pokazala, da je vsaj enkrat v življenju doživelo telesno, duševno ali spolno nasilje 28,9 % žensk in 22,9 % moških (Coker et al., 2002). V Sloveniji je javnomnenjsko raziskavo *Nasilje*

v *družinah v Sloveniji* na reprezentativnem vzorcu 1.006 polnoletnih prebivalcev in prebivalcev Slovenije po naročilu Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, v letu 2005 izvedlo Znanstveno-raziskovalno središče Koper, Univerze na Primorskem. Na vprašanje, ali so osebno doživeli nasilje v družini, je odgovorilo pritrdilno 23,7 % anketiranih (Sedmak et. al., 2006). V presečni raziskavi o nasilju v družini, v katero so slovenski družinski zdravniki in zdravnice leta 2006 vključili svoje naključno izbrane pacientke in paciente, je 30 % obravnavanih oseb potrdilo izkušnjo telesnega in / ali duševnega nasilja (Selič, 2009). Ko so leta 2010 ponovili raziskavo v 70 ambulantah družinske medicine v mestnem in ruralnem okolju, je 372 (17,9 %) od skupno 2.075 vključenih preiskovancev in preiskovank potrdilo izkušnjo s psihičnim ali fizičnim nasiljem v družini v preteklih 5 letih. (Kopčavar Guček et al., 2011)

V zvezi z obravnavo nasilja v družini je pogosto omenjen fenomen t. i. Pandorine skrinjice, ko zdravnik oz. zdravnica oziroma zdravstveni delavec oz. delavka sicer prepozna nasilje, a ne ukrepa naprej v smislu ocene, intervencije, dokumentacije (Selič, 2012: 323). Taki postopki so za žrtev nezadostni, če ne celo škodljivi.

3.2. Ocena stopnje ogroženosti žrtve nasilja v družini

Med pogovorom z žrtvijo nasilja je nujna ocena stopnje ogroženosti žrtve, predvidena tudi z zakonom, saj bo pomembno vplivala na nadaljnjo obravnavo in na usodo žrtve. Že na samem začetku obravnave je treba oceniti ogroženost žrtve v zdravstveni ustanovi (glede na možno prisotnost povzročitelja) in jo ustrezno zaščititi (npr. s podporo varnostne službe, drugega zdravstvenega osebja). Nujen je klinični pregled in ocena fizičnih in psihičnih posledic nasilja. Ne le sedanjih, svežih, ampak tudi prejšnjih. Skladno z doktrino in v smislu dobre klinične prakse, zdravstveno osebje oskrbi rane, poškodbe in posledice poškodb. Pri celotnem postopku moramo prioriteto upoštevati potrebe žrtve in jo usmeriti v nadaljnjo oskrbo glede na zdravstvene posledice nasilja (npr. na oddelek za poškodbe v primeru težke telesne poškodbe, h ginekologu oz. ginekologinji v primeru posilstva, na psihiatrično oz. psihološko obravnavo za oceno in obravnavo posttravmatske stresne motnje).

V Tabeli 10 so prikazane stopnje ogroženosti žrtve glede na poročanje s strani žrtve, glede na vedenje povzročitelja in glede na podporo socialne mreže (povzeto po Obravnava odraslih žrtev nasilja v družini, 2013).

TABELA 10: *Ocena stopnje ogroženosti žrtve*

Stopnja ogroženosti	Povzročitelj	Žrtev	Socialna mreža
Osnovna	Grozi, a delno prevzema odgovornost za svoje nasilno vedenje; kaže pripravljenost za sodelovanje z institucijami; ni novih izbruhov nasilja.	Meni, da povzročitelj nasilja groženj ne bo uresničil; ni socialno izolirana, ima potrebne informacije o možnostih zaščite; ne boji se, meni, da bi se moral povzročitelj nasilja vključiti v obravnavo.	Sorodniki, sosedje, prijatelji in sodelavci ne opravičujejo nasilnega vedenja; žrtev nasilja ima podporo socialne mreže pri ukrepanju ob morebitnih ponovnih izbruhih nasilja.
Srednja	Grozi, da bo poškodoval ali ubil družinske člane ali sebe; ne prevzema odgovornosti za lastno nasilno vedenje in odgovornost prelaga na žrtev ali na situacijo; nasilje traja dlje časa, njegova intenziteta in pogostost se povečujeta.	Je prestrašena in na podlagi predhodnih izkušenj verjame, da bo povzročitelj nasilja grožnje uresničil; načrtuje odhod, a nima izdelanega varnostnega načrta.	Prisotni so psihosocialni dejavniki tveganja (brezposelnost, alkoholizem, revščina, stanovanjska problematika...); socialna mreža žrtvi nasilja nudi podporo za aktivnosti, ki jih bo izvedla za izhod iz nasilja.
Visoka	Odkrito grozi in se nasilno vede, poseduje orožje, ne prevzema odgovornosti za nasilje in nima interesa za spremembe; kaže visoko stopnjo ljubosumja, nadzoruje žrtev; ima zgodovino nasilnega vedenja; pogostost in intenziteta nasilja se stopnjujeta; opaziti je osebnostne lastnosti, ki kažejo na obsesivno, sadistično ali psihopatsko osebnost.	Občuti izrazit strah pred povzročiteljem; na podlagi prejšnjih izkušenj je prepričana, da je povzročitelj nasilja sposoben uresničiti grožnje, da bo poškodoval njo ali otroke; nima izdelanega varnostnega načrta; prisotne so strategije preživetja, ki blokirajo aktivnost žrtve.	Prisotni so visoko rizični psihosocialni dejavniki (kronična brezposelnost, duševna bolezen, alkoholizem, odvisnost od drog, smrt v družinskem krogu, kronične bolezni, post travmatska stresna motnja); žrtev nasilja nima podpore v okolju.

Strokovno svetovanje naj ne bi vsebovalo naslednjih elementov, ki žrtev lahko odbijejo in onemogočijo nadaljnjo obravnavo:

- ne dajemo nasvetov, saj vseh življenjskih razmer žrtve ne poznamo dovolj;
- ne odločamo se namesto žrtve, saj ji s tem dodatno jemljemo avtonomnost in moč;
- ne izhajamo iz lastnih izkušenj, saj je vsaka situacija individualna in terja posebno presojo;
- ne vrednotimo in ne obsojamo, saj smo zdravniki oz. zdravnice, zdravstveni delavci oz. delavke in ne sodniki oz. sodnice.

Zdravstveni delavec oz. delavka naj bi žrtvi pojasnil-a namen ocene ogroženosti, in ji glede na oceno tudi ustrezno svetoval-a. Poznavanje lokalnih razmer, razpoložljivosti nevladnih organizacij, varnih hiš in drugih možnosti daje specialistu oz. specialistki družinske medicine na tem polju določene prednosti. Pri svetovanju je treba imeti tenak posluh predvsem za čustva na strani žrtve: za sposobnosti, strahove, želje, pričakovanja. Motivacija žrtve je pomembna za ukrepanje. Kadar se zdi žrtev nasilja za nadaljnje ukrepanje manj dovzetna in slabše motivirana, skušamo oceniti stopnjo motivacije in zvišati pomembnost in zmožnost za spremembe (Prochaska in Di Clemente, 1983). Močan motivacijski dejavnik za žrtev je lahko odgovornost in zaščita otrok. Poudarja jo tudi ZPND.

Pri srednji oz. visoki stopnji ogroženosti glede na Tabelo 10 takoj obvestimo policijo, ki se lahko poveže z urgentno regijsko službo za koordinacijo in pomoč žrtvam nasilja. Za obravnavo prepoznanih žrtev je pomemben dogovorjen, jasen, sistematičen in enoten medinstitucionalni algoritem odločanja in obravnave (Selič, 2012: 325). V praksi v našem okolju je, kljub jasni zakonodaji in prizadevanju številnih dejavnikov na tem področju, še vedno premalo uveljavljen.

3.3. Poročanje in dokumentiranje nasilja v družini

Zavedati se moramo, da žrtve nasilja v partnerskih, sorodstvenih in družinskih odnosih vsakodnevno prihajajo v zdravstvene institucije po zdravstveno pomoč in praviloma o nasilju ne spregovorijo (Cvetežar in Lešnik Mugnaioni, 2014). Izkušnje in prakse pri nas in v tujini kažejo, da se žrtve neposredno na organe pregona obračajo redkeje, oziroma samo v primerih ekstremnega nasilja v okviru kaznivih dejanj. Evropska raziskava o nasilju je ugotovila, da se je samo četrtnina žrtev nasilja v družini obrnila neposredno na policijo in prijavila nasilje. (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014)

Slovenska zakonodaja nalaga možnost in obvezo prijave tudi zdravstvenim delavcem in delavkam, obenem pa vsem drugim osebam, ki prihajajo v stik z žrtvijo nasilja v družini. V primeru ugotovljenega nasilja v družini je zdravstveni delavec oz. delavka žrtvi nasilja dolžan / dolžna razložiti svoje zakonske obveznosti v taki situaciji. O svojem ravnanju se z žrtvijo nasilja posvetuje, in ravna v skladu z njeno voljo. Izjema je nasilje nad otroki do 18. leta starosti. ZPND in Pravilnik v zdravstveni dejavnosti določata, da je treba zaznано fizično, spolno, psihološko, ekonomsko nasilje nad otrokom (tj. mladoletni družinski član oz. članica do 18 let) ali njegovo zanemarjanje v družini prijaviti najkasneje v 24 urah. Zdravstveni delavec oz. delavka v tem primeru obvesti policijo, tožilstvo ali pristojni center za socialno delo. Prijava je lahko pisna, po elektronski pošti ali po telefonu. Obvestilu po telefonu mora najkasneje v treh dneh slediti pismeno obvestilo. Predviden je standardni obrazec Obvestilo o zaznavi nasilja v družini, ki je del Pravilnika v zdravstveni dejavnosti.

Obvestilo o zaznavi nasilja naj bi zdravstveni delavec oz. delavka v istem roku poslal-a tudi osebnemu izbranemu zdravniku oz. zdravnici žrtve. Zdravstveni delavec oz. delavka je dolžan / dolžna prijaviti tudi nasilje v družini nad odraslo osebo, ki ima otroke, saj so tudi otroci kot pasivne priče posredno žrtve nasilja v družini. V nujnih primerih hude ogroženosti lahko zdravnik oz. zdravnica nasilje prijavi neposredno policiji ali CSD.

Ko sumimo, da prihaja do nasilja nad polnoletno osebo, lahko ta prijavi izrecno nasprotuje. V tem primeru je prijava mogoča le, če gre za dejanja, kazniva po kazenskem zakoniku. Zdravstveni delavec oz. delavka naj bi ocenil-a stopnjo ogroženosti žrtve in ukrepal-a skladno z njo. Opis zdravstvenega stanja, na podlagi katerega je moč sklepati na nasilje v družini, je dolžan / dolžna zabeležiti v zdravstveno dokumentacijo, na način, prikazan v Tabeli 11.

V predlogu smernic Ministrstva za zdravje je svetovan natančen opis poškodbe, hramba fotografij in rezultatov drugih preiskav (rentgenskih, ultrazvočnih, brisov, laboratorijskih izvidov itd.), shematska označba umestitve znakov poškodb. Koristni bi bili konkretni, poenoteni obrazci oz. sheme.

Za nadaljnje pravne in sodne postopke je tovrstna dokumentacija bistvenega pomena. Tudi kadar žrtev odkloni nadaljnjo pomoč, je zdravnik oz. zdravnica dolžan / dolžna v zdravstveno dokumentacijo zabeležiti vsa objektivno ugotovljena dejstva, brez vrednostnih sodb. Skladno z zakonodajo je zdravnik oz. zdravnica oziroma zdravstveni delavec oz. delavka dolžan / dolžna sodelovati tudi v vseh sodnih postopkih v zvezi z nasiljem v družini, bodisi kot izvedena priča ali kot sodni izvedenec oz. izvedenka.

TABELA 11: *Elementi Obrazca za poročanje o nasilju v družini – Obvestilo*

Številka:
Datum:
Obvestilo o zaznavi nasilja v družini
Podatki o zdravstvenem zavodu oziroma izvajalcu zdravstvene dejavnosti
Podatki o domnevni žrtvi nasilja v družini
Priimek in ime:
Datum rojstva:
Spol:
Naslov:
Zapis o stanju oziroma o okoliščinah, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje v družini, in datum in čas, ko je žrtev nasilja o tem poročala:
Ali gre za sum kaznivega dejanja, o katerem je zdravstveni delavec obvestil policijo po telefonu?
DA NE
Ali gre za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da je žrtev nasilja otrok?
DA NE
Ali gre za nujni primer, ko je ogroženo življenje žrtve nasilja ali njenih otrok?
DA NE
Obrazložitev:
Izbrani zdravnik oziroma pediater, ki v skladu s Pravilnikom o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/11) prejme to obvestilo:
Ime in priimek:
Zdravstveni zavod oziroma izvajalec zdravstvene dejavnosti:
Ime in priimek zdravstvenega delavca, ki je zapis sestavil:
Zapis zaključen ob:
Podpis zdravstvenega delavca:
Podpis odgovorne osebe in žig zdravstvenega zavoda oziroma izvajalca zdravstvene dejavnosti:

3.4. Obravnava nasilja v družini

Rezultati nedavne evropske raziskave so pokazali, da so največja pričakovanja žensk – žrtev nasilja, tudi ogrožajočega, možnost pogovora in psihične podpore. Tak način je želelo 33 do 54 % žrtev, 12 do 25 % je pričakovalo zaščito in 13 do 21 % praktično, neposredno pomoč. (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014)

Izbrani zdravnik oz. zdravnica je dolžan / dolžna sodelovati pri obravnavi nasilja v MDT, ki ga vodi CSD. Ne glede na to, naj bi že pri prvi prepoznavi žrtve nasilja

ponudil-a pomoč pri izdelavi načrta pomoči žrtvi in njeni družini. V praksi opažamo nedorečenost glede udeležbe zdravstvenih delavcev in delavk v teh postopkih: že znani kadrovski primanjkljaji glede na evropsko povprečje in preobremenjenost splošnih / družinskih zdravnikov in zdravnic v Sloveniji pogosto ovirajo njihovo udeležbo v MDT na CSD.

Zakon je osebnemu izbranemu zdravniku oz. zdravnici pravzaprav potrdil vlogo podpornika oz. podpornice in zaupnika oz. zaupnice žrtve nasilje, ni pa glavni koordinator oz. koordinatorica oskrbe. Žrtev mora ustrezno strokovno oskrbeti, jo podpreti, ravnati mora postopno, spoštljivo, obzirno in nevsiljivo. Usklajeno in multidisciplinarno obravnavanje nasilja v družini pa je osnovni pogoj za uspešno zaščito žrtve.

Ponovno kaže poudariti vlogo zdravnika oz. zdravnice in njegovega / njenega tima pri razpoznavanju t. i. skritega nasilja v družini, brez očitnih poškodb žrtve. Žrtve se zaradi nespecifičnih težav pogosteje zatekajo k družinskemu zdravniku oz. zdravnici, redko pa o nasilju spregovorijo spontano. Zato je treba nanj aktivno pomisliti in po njem vprašati, da se lahko razkrije in začne obravnavati. Med obiskovalci in obiskovalkami zdravstvenih ustanov iz najrazličnejših razlogov se skrivajo žrtve, ki največkrat čakajo, da jih prepoznamo. Skladno s priporočili WHO, naj bi žrtev po prenehanju nasilja ali umiku iz nevarnega okolja spremljali še vsaj od 6 do 12 mesecev.⁴⁹ Zdravnik specialist oz. zdravnica specialistka družinske medicine pogosto pozna tako žrtev kot povzročitelja nasilja v družini, zato mora biti obravnavata še posebej strokovna, skrbna, profesionalna in etična. V Tabeli 12 so povzeti postopki obravnave žrtev nasilja v zdravstvenih ustanovah.

TABELA 12: Obravnavanje žrtev nasilja v zdravstvenih ustanovah

1. Prepoznavanje žrtev nasilja.
2. Ukrepi za zaščito žrtve v zdravstveni ustanovi.
3. Ocena psihičnih in fizičnih posledic nasilja.
4. Dokumentiranje izjav in vseh kliničnih znakov (tudi posledice prejšnjih in starih poškodb).
5. Zdravstvena oskrba.
6. Ocena stopnje ogroženosti žrtve.
7. Informiranje žrtve (zakonske obveznosti, njene možnosti so-odločanja, možnosti prijave, vse oblike pomoči in podpore, zakonska možnost spremljevalca žrtve).
8. Obveščanje oz. prijava skladno z zakonom in s soglasjem žrtve.
9. Izdelava načrta pomoči.

⁴⁹ Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, 2013.

10. Napotitev žrtve (v nadaljnjo zdravstveno obravnavo, na center za socialno delo, v varno hišo itd.).
11. Spremljanje žrtve (od 3 do 12 mesecev).
12. Sodelovanje v interdisciplinarnem timu in povezovanje z drugimi dejavniki obravnave nasilja v družini.
13. Delovanje v vlogi izvedene priče ali sodnega izvedenca / izvedenke.

Tudi *očitne* žrtve nasilja, ki odklonijo vsakršno pomoč, je treba obravnavati spoštljivo, profesionalno in obzirno. Kljub očitnim znakom nasilja žrtev ne silimo v *priznanje* nasilja.

Puščamo jim odprta vrata, možnost ponovnega pogovora z zagotavljanjem in izvajanjem pravil zaupnosti in poklicne molčečnosti. Nudimo jim vsaj najbolj osnovne informacije, morda zloženko z navedbo možnih ukrepov, z naslovi in s kontaktnimi podatki NVO in s posredovanjem osnovnih sporočil:

→ Niste krivi.

→ Niste sami.

→ Obstaja pomoč.

→ Moja vrata so vam vedno odprta.

4. Obvezno izobraževanje zdravstvenih delavcev in delavk na področju nasilja v družini

Samo primerno ozaveščeni in usposobljeni izvajalci in izvajalke zdravstvene oskrbe lahko uspešno obravnavajo žrtve nasilja, zato so nujni ustrezni izobraževalni programi na dodiplomski in na podiplomski ravni. Za take programe je nujno zagotoviti ustrezna sredstva in možnosti.

Na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani je v programu dodiplomskega izobraževanja – rednega fakultetnega pouka, nasilje v družini obravnavano v 6. letniku. Seminar na to temo je del 7-tedenskega bloka, v katerem študenti in študentke vsakodnevno nabirajo izkušnje v ambulantni mentorja oz. mentorice – družinskega zdravnika oz. zdravnice, en dan v tednu pa v okviru plenarnega seminarja, igranja vlog in drugih oblik pouka osvajajo nekatera znanja in spretnosti. V okviru specializacije iz družinske medicine imajo slušatelji in slušateljice 4-urni program na temo nasilja v družini.

V preteklih letih smo nasilje v družini v obliki fokusnih skupin nekajkrat uvrstili tudi v programe stalnih strokovnih srečanj, ki so del rednega izobraževanja vseh zdravnikov in zdravnic in so obvezna za pridobitev licenčnih točk oz. za podaljšanje licence. Vsakič se je strokovnega srečanja na temo nasilja v družini udeležilo 30 – 50 zainteresiranih

posameznikov in posameznic, kar kaže na zaznavanje te problematike in izraža interes družinskih / splošnih zdravnikov in zdravnic za to področje.

Pravilnik o zdravstveni dejavnosti predvideva obvezno izobraževanje zdravstvenih delavcev in delavk, v obsegu najmanj 5 ur, s ponovitvijo vsakih 5 let. Izobraževanja bi se morali udeležiti: zdravstveni delavci in delavke na področju družinske medicine, pediatrije, ginekologije, psihiatrije in patronažne službe. Vsebino izobraževanja naj bi določil minister oz. ministrica za zdravje. Izobraževanje naj bi se izvajalo pri izvajalcih in izvajalkah zdravstvene dejavnosti, v okviru stalnega strokovnega izobraževanja.

Edukacija pa bi bila smiselna pred uvedbo zgoraj navedenih smernic, ki jih je potrebno pripraviti v konsistentni obliki in z jasnimi priporočili, za katera lahko pričakujemo, da bodo izvedljiva pri vsakdanjem delu.

5. Zaključki

Zdravstvene ustanove in osebni izbrani zdravniki in zdravnice so v večini primerov prva javna institucija, kamor se zatečejo žrtve nasilja. Žrtve nasilja so pogosti obiskovalke in obiskovalci zdravstvenih ustanov, a o nasilju redko poročajo spontano. Skladno z veljavno zakonodajo imajo zdravstveni delavci in delavke opredeljene pristojnosti pri obravnavi žrtev (in povzročiteljev) nasilja v družini. Na obravnavo žrtve nasilja vplivajo strokovna znanja, spretnosti, pa tudi osebna stališča zdravstvenih delavcev in delavk do nasilja v družini.

Medinstitucionalno in interdisciplinarno sodelovanje je pri obravnavi žrtev nasilja bistven pogoj za kakovost in ugodne izide obravnave. V našem prostoru je še veliko neizkoriščenih možnosti za tesnejše sodelovanje in jasnejše opredelitve pristojnosti pri obravnavi nasilja v družini.

Viri

1. Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I. et al. (2002) Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine* 23, s. 260–8.
2. Cvetežar, I. Š., Lešnik Mugnaioni, D. *Predlog strokovnih smernic za obravnavo nasilja družini v patronažnem varstvu*. Dostopno prek: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/organi-delovne-skupine/ds-za-nenasilje/nasilje-nad-zenskami/predlog-strokovnih>, 20. 4. 2014.
3. Elliott, I., Nerney, M., Jones, T., Friedman, P. D. (2002) Barriers to screening for domestic violence. *Journal of General Internal Medicine* 17, s. 112–6.
4. European Union Agency for Fundamental Rights (2014) *Violence against women: an EU wide survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostopno prek: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-apr14_en.pdf, 2. 4. 2014.

5. Heisse, L. L., Ellsberg, M., Gottemoeller, M. (1999) *Ending violence against women*. Population Reports, Baltimore MD Johns Hopkins University. School of Public Health, Centre for Communications Programmes, Series L, 11, s. 18.
6. Institute of Medicine (2002) *Confronting chronic neglect: The education and training of health professionals on family violence*. Washington DC: National Academy Press.
7. Kopčavar Guček, N., Švab, I., Selič, P. (2011) The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period. *Croatian Medical Journal* 52(6), s. 728–34.
8. Kovac, S. H., Klapow, J. C., Kroenke, K., Spitzer, R. I., Williams, J. R. (2003) Differing symptoms of abused versus nonabused women in obstetric-gynecology settings. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 188, s. 703–13.
9. Lapidus, G., Cooke, M., Gelven, E., Sherman, K., Duncan, M., Banco, L. (2002) A state-wide survey on domestic violence behaviours among pediatricians and family physicians. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 156, s. 332–6.
10. McAfee, R. (1995) Physicians and domestic violence: can we make a difference? *JAMA* 273, s. 1790–1.
11. Mnenje strokovnega sveta za družinsko medicino v zvezi s strokovnimi smernicami za obravnavo nasilja v družini (2014) *Revija ISIS. Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije* XXIII(5), s. 22.
12. Nelson, H., Nygren, P., McInerney, Y., Klein, J. (2004) Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the U.S. preventive services task work force. *Annals of Internal Medicine* 140(5), s. 387–96. Dostopno prek: <http://www.stfm.org/fmhub/FULLPDF/JULYAUG98/cram1.pdf>, 10. 3. 2013.
13. *Obravnava odraslih žrtev nasilja v družini*. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana, 2013 (dokument v pripravi).
14. *Obvestilo o zaznavi nasilja v družini*. Dostopno prek: http://www.uradni-list.si/_pdf/2011/Ur/u2011038.pdf, 22. 2. 2014.
15. Pečar, J. (1984) Viktimologija družine. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* 35(2), s. 135–50.
16. *Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti*. Ur. l. RS, št. 38/2011, 24. 5. 2011.
17. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 19(3), s. 276–88. Dostopno prek: <http://psycnet.apa.org/journals/pst/19/3/276/>, 3. 3. 2014.
18. World Health Organization (2013) *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. Dostopno prek: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>, 19. 6. 2014.
19. Rodriguez, M., Quiroga, S. S., Bauer, H. (1996) Breaking the silence: battered women's perspective on medical care. *Archives of Family Medicine* 5, s. 153–8.
20. Rodriguez, M., Bauer, H., McLoughlin, E., Grumbach, K. (1999) Screening and intervention for intimate partner abuse and attitudes of primary care physicians. *JAMA* 282, s. 468–74.
21. Sedmak, M., Kralj, A., Medarič, Z., Simčič, B. (2006) *Nasilje v družinah v Sloveniji. Rezultati raziskave*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper.
22. Selič, P. (2009) Nasilje v družini – odkrivanje, preiskovanje in medinstitucionalni prostor obravnave: nova znanja za družinsko medicino. V Petek, D., Kopčavar Guček, N. (ur.) 35. *srečanje delovnih skupin: Kakovostna obravnava bolnikov v družinski medicini. Zbornik predavanj*, s. 115–25. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
23. Selič, P. (2012) Nasilje v družini. V: Švab, I., Rotar Pavlič, D. (ur.) *Družinska medicina*, s. 311–25. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
24. *The European Definition of General Practice/Family Medicine. Wonca Europe 2011 Edition*. Dostopno prek: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>, 11. 1. 2014.
25. *Zakon o preprečevanju nasilja v družini*. Ur. l. RS, št. 16/2008.

