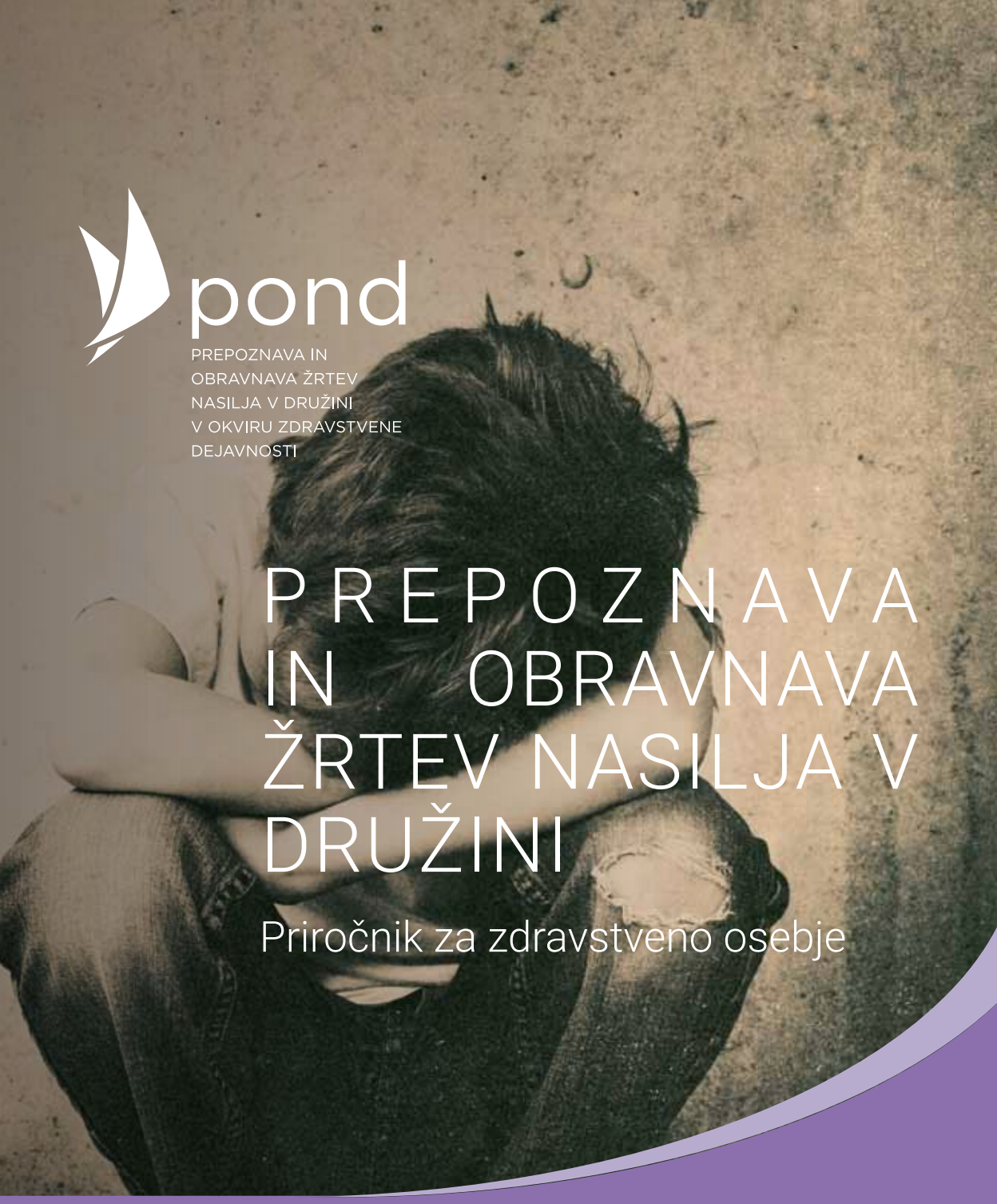


pond

PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

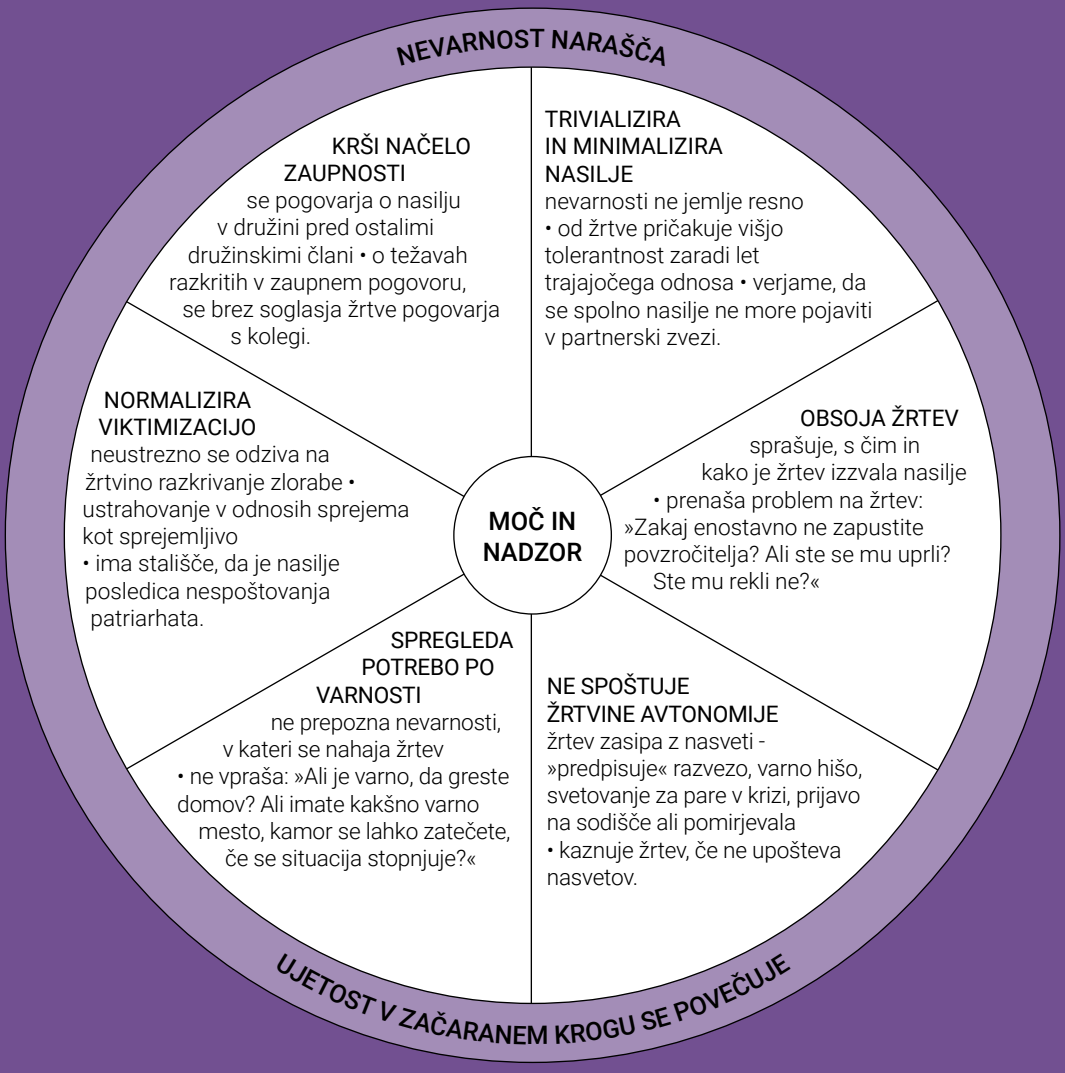
PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI

Priročnik za zdravstveno osebje

norway grants

REPUBLIKA SLOVENIJA
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAZVOJ IN EVROPSKO KOHEZIJSKO POLITIKO

Kako lahko zdravstveno osebje ob stiku z žrtvijo poslabša njeno situacijo?



Kolo moči in nadzora zdravstvenega osebja
(povzeto po Domestic Abuse Intervention Project)

PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI

Priročnik za zdravstveno osebje

PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI

Priročnik za zdravstveno osebje

Uredila: Jana Šimenc

pond
PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

norway grants

REPUBLIKA SLOVENIJA
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAZVOJ IN EVROPSKO KOHEZIJSKO POLITIKO

Predgovor

Odpiranje vrat

Nasilja v družini oziroma v odnosih z bližnjimi je preveč. To niso enkratni, slučajni dogodki. Gre za nepretrgan proces, ki tli in gori več let ali desetletij, tako za bleščečimi zunanjimi fasadami uspešnih družin kot v družinskih skupnostih z manj ekonomskega in socialnega kapitala. Prav tako »ne pozna« geografskih omejitev: gre za problem globalnih razsežnosti, kjer so žrtve najpogosteje ženske in otroci.

Nasilje v družini ima značilno dinamiko izmenjujočih se obdobij naraščanja nasilja, izbruha nasilja ter tako imenovanih »medenih tednov«. Poniževanje, izsiljevanje, ustrahovanje, omejevanje, nadzorovanje, vpitje, brcanje, davljenje, udarjanje z glavo ob steno, lasanje, klofutanje, zanemarjanje, siljenje v spolne odnose, grožnje s smrtjo in samomorom … je le nekaj primerov nasilnih dejanj, ki se večinoma prepletajo. Najbolj skrajno in končno dejanje procesa je umor.

Takrat se javnost najbolj zdrzne … Poročila o dogodkih »za zaprtimi vrati družine« marsikoga zarežejo v drobovje. Šele skrajni in grozljivi primeri potisnejo nasilje v družini v medijsko ospredje ter med jezike javnosti. A interpretacije in pogovori ostanejo na zgrešenih predstavah o »neuslišani ljubezni«, »dejanju ljubosumja«, »tragični družinski zgodbi«, »dolgoletnem alkoholizmu« in podobnem. Razumevanje je prežeto z zmotnimi prepričanji, številnimi zadržki in strahovi. Tako med splošnimi kot strokovnimi javnostmi je stopnja tolerance do vseh oblik nasilja v družini previsoka.

Stik z zdravstveno službo je pogosto prva in lahko tudi edina priložnost, ki jo ima žrtev. Raziskave in praksa dokazujejo, da imajo osebe z izkušnjo nasilja več akutnih in kroničnih zdravstvenih težav ter pogosteje potrebujejo zdravstveno oskrbo. Nasilje nad otroki, ženskami, moškimi, starejšimi idr. ima namreč številne kratkoročne in dolgoročne zdravstvene posledice. Zato tako žrtve kot povzročitelji pogosto vstopajo v zdravstveni sistem.

Nasilje v družini je mogoče zaustaviti ter tudi preprečiti najhujše izide. Zdravstveno osebje pa potrebuje več znanja in izboljšane komunikacijske veščine, ki so izhodišče za ustrezno in pravočasno ukrepanje. Še več: znanje je ključno pri prepoznavanju žrtev nasilja v družini; spontane prijave so redke. Šele z znanjem ter ustreznimi strokovnimi izhodišči začnejo »padati« marsikatere dileme, zmotna prepričanja in zadržki. Odprejo se možnosti za razumevanje temnih in kompleksnih bivanjskih transverzal žrtev.

Priročnik vsebuje temeljne usmeritve za delovanje vseh zdravstvenih delavcev, podrobneje pa za zaposlene na področjih pediatrije, otroške psihiatrije, psihiatrije, travmatologije in urgentne kirurgije, družinske medicine ter patronažne službe. Vsebine priročnika so usklajene s Strokovnimi smernicami za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.

Priročnik je zelo neposreden, podprt s številnimi resničnimi, a anonimiziranimi primeri. Gradivo je sodobno, med drugim so upoštevane najnovejše statistike ter izsledki kvalitativne in kvantitativne raziskave POND, ki je bila opravljena v sklopu projekta POND_SiZdrav v letu 2015.

Poleg zakonodajnih in medicinsko strokovnih usmeritev, priročnik temelji na naslednjih izhodiščih:

1. Zdravstveno osebje je le člen v verigi medinstitucionalne podpore žrtvam nasilja v družini. Odgovornost se ne prelaga na zdravstvo, ključ je v dobrem medinstitucionalnem sodelovanju. Za kakršno koli presojanje so pristojne druge institucije (policija, tožilstvo, CSD).
2. Udeležba predstavnikov zdravstva v multidisciplinarnih timih je obveznost, določena v zakonih in pravilnikih.
3. Nasilje v družini je družbeni in tudi zdravstveni problem.
4. Nasilje v družini je kršenje osnovnih človekovih pravic ter kaznivo dejanje.
5. Odgovornost za nasilje je vedno na strani povzročitelja nasilja v družini.
6. Izhodišče za delovanje je ničelna toleranca do nasilja.
7. Nasilje v partnerskem odnosu ni konflikt.
8. Pri obravnavi otrok mora zdravstveno osebje privzeti dejstvo, da so vsi, ki prijavijo katero koli obliko zlorabe otroka v dobri veri, izvzeti iz civilne in kazenske odgovornosti. Prijavitelju ni mogoče neupravičeno soditi za obrekovanje, klevetanje, vdiranje v zasebnost ali kršitve obveze molčečnosti.

Nasilje v družini prepogosto ostaja za zaprtimi vrati družinske skupnosti. Kot piše etnolog Dibie, imajo vrata poleg povsem fizične lastnosti postavljanja meja med dvema prostoroma tudi metaforično in simbolno komponento tako ločevanja kot povezovanja. In v priročniku boste našli kar nekaj možnih poti k odpiranju vrat ter povezovanju.

Vsi ustvarjalci smo si v izjemno kratkem času, ki smo ga imeli na razpolago, prizadevali pripraviti čim boljše in nazorne vsebine priročnika. Vsakemu posebej se iskreno zahvaljujeva za izjemno sodelovanje, zaupanje, angažma ter čas, ki ste ga požrtvovalno namenili temu, da dvignemo raven prepoznave in obravnave nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Dr. Jana Šimenc,
urednica priročnika

Dr. Lilijana Šprah,
vodja projekta Pond_SiZdrav

So-ustvarjalci priročnika

(po abecednem redu)

Višji znanstveni sodelavec, dr. **Jim Aage Nøttestad**, specialist klinične psihologije, Univerzitetna bolnišnica St. Olavs, Oddelek za forenziko Brøset, Center za raziskave in izobraževanje v forenzični psihiatriji, Trontheim, Norveška

Mag. **Merete Berg Nesset**, psihiatr. medicinska sestra, Univerzitetna bolnišnica St. Olavs, Oddelek za forenziko Brøset, Center za raziskave in izobraževanje v forenzični psihiatriji, Trontheim, Norveška

Prim. **Mojca Brecelj Kobe** dr. med, specialistka psihiatrije, družinska terapevtka, Služba za otroško psihiatrijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Znanstvena sodelavka, dr. **Sanja Cukut Krilić**, univ. dipl. soc., ZRC SAZU (Družbenomedicinski inštitut), Ljubljana

Irena Špela Cvetežar, dipl. m. s., vodja Delovne skupine za nenasilje pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana

Izredni profesor, dr. **Mojca Zvezdana Dernovšek**, dr. med., specialistka psihiatrije, Psihiatrična klinika Ljubljana in Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Ljubljana

Natalija Gregorič, strokovna sodelavka, Zavod EMMa, center za pomoč žrtvam nasilja, Ljubljana/Krško

Martina Horvat, dipl. m. s., predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana

Stig Jarwson, zdravstveni tehnik, Univerzitetna bolnišnica St. Olavs, Oddelek za forenziko Brøset, Center za raziskave in izobraževanje v forenzični psihiatriji, Trontheim, Norveška

Višja znanstvena sodelavka, dr. **Duška Knežević Hočevar**, univ. dipl. soc., predstojnica inštituta, ZRC SAZU (Družbenomedicinski inštitut), Ljubljana

Adil Huselja, univ. dipl. sociolog, Sindikat policistov Slovenije

Urška Kogovšek, dr. med., specialistka splošne kirurgije, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Karin Kohont Brodschneider, univ. dipl. soc. del., CSD Maribor

Asist. dr. **Nena Kopčavar Guček**, dr. med., specialistka družinske medicine, ZD Ljubljana in Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani

Violeta Košenina, univ. dipl. soc. del., strokovna delavka, CSD Maribor

Snežana Kragelj, univ. dipl. pedagog, andragog, sociolog, Master Coach INLPT, Kragelj & Kragelj, kadrovski in karierni center, Ljubljana

Polona Lečnik Wallas, univ. dipl. soc., Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana

Dora Lešnik Mugnaioni, politologinja mednarodnih odnosov, strokovna sodelavka Delovne skupine za nenasilje pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana

Doc. dr. **Anamarija Meglič**, dr. med., specialistka pediatrije, Klinični oddelek za nefrologijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Asistentka, **Karmen Urška Modic**, univ. dipl. psih., ZRC SAZU (Družbenomedicinski inštitut), Ljubljana

Višja svetovalka, **Ružica Petrovič**, univ. dipl. soc. del, CSD Maribor

Dževada Popaja, dipl. soc. delavka, strokovna vodja programov, Zavod EMMa, center za pomoč žrtvam nasilja, Ljubljana/Krško

Višja svetovalka, **Frančiška Premzel**, univ. dipl. soc. del., CSD Maribor

Asistentka, **Urška Smrke**, mag. psih., ZRC SAZU (Družbenomedicinski inštitut), Ljubljana

Doc. dr. **Špela Smrkolj**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Znanstvena sodelavka, dr. **Jana Šimenc**, univ. dipl. etnol. in kult. antrop., ZRC SAZU (Družbenomedicinski inštitut), Ljubljana in strokovna sodelavka Zavoda RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant

Višja znanstvena sodelavka, dr. **Lilijana Šprah**, univ. dipl. psih., ZRC SAZU (Družbenomedicinski inštitut), Ljubljana

Andreja Štolfa Gruntar, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Asistentka z magisterijem, mag. **Mojca Vah Jevšnik**, univ.dipl.soc., ZRC SAZU (Inštitut za slovensko izseljenstvo in migracije), Ljubljana

Asistentka z doktoratom, dr. **Melita Zver Makovec**, univ. dipl. psih., ZRC SAZU (Družbenomedicinski inštitut), Ljubljana

Navodila za uporabo priročnika

Priročnik je praktično vodilo za spodbujanje ter izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti. Namenjen je vsem zaposlenim v zdravstveni dejavnosti, ki se pri svojem delu srečujejo z žrtvami in povzročitelji nasilja v družini. Zapolnjuje pomembno vrzel na omenjenem področju. Ker gre za prvo tovrstno celovito in interdisciplinarno gradivo v slovenskem kontekstu, je namen gradiva predvsem v osveščanju ter razvijanju osnovnih kompetenc zaposlenih v zdravstveni dejavnosti.

Priročnik, predavanja, delavnica, priročen seznam hitrih korakov ter spletne izobraževalne vsebine so deli celovite izobraževalne platforme, vzpostavljene v sklopu projekta Pond_SiZdrav. Tako priročnik kot izobraževanje in delavnice so razdeljeni na 4 vsebinske sklope, ki tvorijo medsebojno povezano celoto: interdisciplinarne vsebine poglavij se prepletajo in dopolnjujejo. Uporabljeni viri in literatura pri posameznih poglavjih so zbrani v skupnem končnem seznamu.

Posebnost priročnika je nadgradnja in povezava poglavij z e-vsebinami: v besedila priročnika so umeščene QR-kode. V tiskani različici priročnika lahko uporabnik do e-vsebin dostopa s preslikanjem QR-kode s pametno mobilno napravo ali z ročnim vpisom navedenega spletnega naslova v spletni brskalnik. V pdf-različici, dostopni na spletni strani www.prepoznajnasilje.com, pa je mogoče prebirati e-vsebine tudi brez preslikavanja kod, saj do njih dostopate preko klika v okvir (za dostop ni potrebna internetna povezava).

Priporočamo, da e-vsebin ne spregledate: so vsebinsko povsem enakovredne ter raznovrstne kot poglavja priročnika. V njih najdete dodatne primere, koristne informacije, strokovna pojasnila, zakone, pravilnike, kontaktne podatke varnih hiš in drugih oblik pomoči žrtvam nasilja v družini in podobno.

V priročniku uporabljamo ustaljene izraze: za osebo, nad katero se izvaja nasilje, žrtev ter za osebo, ki povzroča nasilje, povzročitelj. Poudarjamo, da oba izraza označujeta osebe tako moškega kot ženskega spola.

Kazalo vsebin

ODPIRANJE VRAT 5
SO-USTVARJALCI PRIROČNIKA 7
NAVODILA ZA UPORABO PRIROČNIKA 9
RAZISKAVA PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI (POND) 17
PRIPOVED MEDICINSKE SESTRE, KI JE PO 25 LETIH IZSTOPILA IZ KROGA NASILJA 21

1. NASILJE V DRUŽINI: DRUŽBENI IN ZDRAVSTVENI VIDIK 28
NASILJE V DRUŽINI KOT DRUŽBENI PROBLEM 29
GLOBALNE IN LOKALNE STATISTIKE 34
NASILJE V DRUŽINI KOT ZDRAVSTVENI PROBLEM 36
IZBOLJŠANE PRAKSE Z NORVEŠKE 43

2. USPEŠNO PREPOZNAVANJE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V ZDRAVSTVU 46
ZMOTNA PREPRIČANJA 47
DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASILJE V DRUŽINI 49
ŽRTVE NASILJA V DRUŽINI 50
DINAMIKA NASILJA V DRUŽINI IN POVZROČITELJI 56
VEDENJE ŽRTEV IN POVZROČITELJEV V ZDRAVSTVENIH INSTITUCIJAH 62
RANLJIVE SKUPINE IN RAZUMEVANJE KULTURNIH RAZLIK 64
NASILJE NAD STAREJŠIMI 67
ŽRTVE IN POVZROČITELJI NASILJA V DRUŽINI V PODEŽELSKEM OKOLJU 69
KOMUNIKACIJA Z OTROKI IN ODRASLIMI ŽRTVAMI NASILJA V DRUŽINI 72

3. OBRAVNAVANJE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI: KLINIČNI ZNAKI IN POTI 82
POSTOPKI OB RAZKRITJU ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI 83
OPREDELITVE TELESNIH POŠKODB 89
VARNOSTNI NAČRT 90
UKREPI ZA ZAŠČITO IN VARNOST V ZDRAVSTVENEM ZAVODU IN NA TERENU 91

PROTOKOL PREPOZNAVE IN OBRAVNAVE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI 92
PEDIATRIJA 94
OTROŠKA PSIHIATRIJA 101
GINEKOLOGIJA IN PORODNIŠTVO 106
DRUŽINSKA MEDICINA 113
TRAVMATOLOGIJA: URGENTNA KIRURŠKA AMBULANTA 117
PSIHIATRIJA 122
PATRONAŽNA SLUŽBA 127

4. ZAKONSKE OSNOVE IN STRATEGIJE SODELOVANJA 130
PRAVNA IZHODIŠČA ZA OBRAVNAVO NASILJA V DRUŽINI 131
SODELOVANJE S CENTRI ZA SOCIALNO DELO (SCD) 134
SODELOVANJE S POLICIJO 141
SODELOVANJE Z NEVLADNIMI ORGANIZACIJAMI 147
SODELOVANJE S TOŽILSTVOM 153

5. PRILOGE 156
PRILOGA 1 157
PRAVILNIK O PRAVILIH IN POSTOPKIH PRI OBRAVNAVANJU NASILJA V DRUŽINI PRI IZVAJANJU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI 157
PRILOGA 2 161
ZAHTEVEK ZA POMOČ POLICIJE 161
PRILOGA 3 162
SEZNAM REGIJSKIH KOORDINATORIC ZA OBRAVNAVO NASILJA V DRUŽINI 162
PRILOGA 4 163
DOKUMENTIRANJE OBRAVNAVE ŽRTVE NASILJA V DRUŽINI 163
PRILOGA 5 167
DOKUMENTIRANJE OBRAVNAVE OTROKA, OB SUMU NA NASILJE IN ZLORABO 167

6. DRUGO 172
PRIPOROČENA LITERATURA 173
UPORABLJENI VIRI IN LITERATURA 174
STVARNO KAZALO 182

Naslov: **Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini:**
priročnik za zdravstveno osebje

Uredila: *Jana Šimenc*

Tehnično uredila: *Snežana Kragelj*

Jezikovni pregled: *Marta Brečko Vrhovnik*

Založnik in izdajatelj: *Zdravniška zbornica Slovenije*

Oblikovanje: *Andrej Bolarič*

Prelom: *Stanislav Oražem*

Tisk: *Tiskarna Povše*

Naklada: 2000 izvodov

Ljubljana, september 2015

Priročnik je v pdf različici dostopen na spletni strani *www.prepoznajnasilje.com*

– To delo je na voljo pod pogoji slovenske licence Creative Commons 2.5, ki ob priznavanju avtorstva dopušča nekomercialno uporabo, ne dovoljuje pa nobene predelave.

Priročnik je izdelek projekta Pond_SiZdrav, ki je sofinanciran v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014. Koordinator programa je Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

343.62

PREPOZNAVA in obravnava žrtev nasilja v družini : priročnik za zdravstveno osebje / [uredila Jana Šimenc]. - Ljubljana : Zdravniška zbornica Slovenije, 2015

ISBN 978-961-6185-16-5
1. Šimenc, Jana
281168128

SEZNAM KRATIC IN KRAJŠAV

CSD – center za socialno delo

KD – kaznivo dejanje

KZ – kazenski zakonik

LGBT – lezbijke, geji, biseksualci in trans osebe

MDT – multidisciplinarni tim

NVO – nevladna organizacija

PP – policijska postaja

RS – Republika Slovenija

POND – Raziskava raziskovalne skupine ZRC SAZU, opravljena v sklopu projekta Prepoznava in obravnava nasilja v okviru zdravstvene dejavnosti

POND_SiZdrav – Projekt Prepoznava in obravnava nasilja v okviru zdravstvene dejavnosti

PTSM – Posttravmatska stresna motnja

STROKOVNE SMERNICE – Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, Ministrstvo za zdravje RS, 2015.

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

VIZ – vzgojno-izobraževalni zavod

ZRC SAZU – Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti

ZPND – Zakon o preprečevanju nasilja v družini

TERMINOLOŠKI SLOVAR

Krvni sorodniki v ravni vrsti: stari starši, starši, otroci, vnuki, pravnuki.

Krvni sorodniki v stranski vrsti do vštetega tretjega kolena: bratje, sestre, nečaki oziroma nečakinje, strici, tete.

Kulturna kompetentnost: označuje proces spoštljivega in učinkovitega obravnavanja in komuniciranja z ljudmi iz različnih kultur - brez predsodkov, diskriminacije in izključevanja.

Podeželsko okolje: po opisni zemljepisni opredelitvi je podeželje območje zunaj mest z manjšo gostoto prebivalstva, prevlado kmetijske in gozdarske dejavnosti, navezanostjo nekmetijskih dejavnosti na kmetijsko pridelavo in kmečko prebivalstvo, s počasnejšo prebivalstveno rastjo, preprostejšo socialno slojevitostjo, tesnejšimi zvezami med ljudmi itd.

Sorodniki po svaštvu do vštetega drugega kolena: tasti, tašče, zeti, snahe, očimi, mačehe, pastorki, pastorke.

Raziskava Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini (POND)

Sanja Cukut Krilić, Urška Smrke, Jana Šimenc, Mojca Vah Jevšnik

V sklopu projekta Pond_SiZdrav smo raziskovalke ZRC SAZU* pod krovno temo **Prepoznavanje in obravnavanje žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti** raziskovale izkušnje, stališča, ovire, potrebe in predloge tako žrtev nasilja v družini kot zdravstvenega in strokovnega osebja. Raziskava POND vsebuje kvalitativni in kvantitativni del.

Izbrani rezultati raziskave POND so posredno in neposredno v obliki izjav, grafov, ugotovitev in v vsebinah poglavij prepredeni čez cel priročnik. V nadaljevanju je podan zgolj povzetek nekaterih ključnih raziskovalnih ciljev ter ugotovitev.

Kvantitativni raziskavi

Namen dveh kvantitativnih raziskav je bil preveriti mnenja, stališča in izkušnje tako zdravstvenega osebja kot žrtev glede obravnave nasilja v družini v zdravstvu. Razvile smo dva samoocenjevalna vprašalnika. Zbiranje podatkov je potekalo od sredine aprila do konca junija 2015. Podatki so bili analizirani z uporabo metod deskriptivne statistike.

Pri zdravstvenem osebju smo s spletnim vprašalnikom preverjale:

- stališča do nasilja v družini in do vloge zdravstva pri njegovi prepoznavi in obravnavi,
- srečevanje z nasiljem v družini pri delu ter izkušnje in ravnanja,
- ovire pri odzivanju v primerih nasilja v družini v praksi,
- mnenja o izobraževanju o nasilju v družini v zdravstvu.

V raziskavo je bilo vključenih 448 oseb, zaposlenih v zdravstvu (86,2 % žensk in 13,8 % moških) v povprečni starosti 42,7 leta. 54,0 % udeležencev je bilo zdravnikov, 34,9 % osebja zdravstvene nege ter 10,6 % drugih zaposlenih v zdravstvu.

Rezultati kažejo, da zdravstveno osebje:

- prepoznava pomanjkanje znanja in izkušenj s področja prepoznave in obravnave nasilja v družini ter pomanjkanje sodelovanja z ostalimi pristojnimi institucijami in zdravstvenim osebjem,
- svojo vlogo vidi v informiranju žrtev, nudenju podpore in svetovanja ter sodelovanju s pristojnimi institucijami,
- se pri prepoznavi nasilja v družini v veliki meri odzove ter nudi pacientu pogovor in podporo,

* Cukut Krilić Sanja, Knežević Hočevar Duška, Modic Karmen Urška, Smrke Urška, Šimenc Jana, Šprah Lilijana, Vah Jevšnik Mojca, Zver Makovec Melita.

- se pri srečevanju z nasiljem v družini pogosto počuti nemočno,
- ukrepanja v primeru prepoznave nasilja v družini v veliki meri ne prepoznava kot svojo zakonsko obveznost in tudi predpisanega protokola za ravnanje z žrtvami nasilja v družini ne uporablja pogosto.

Dobrih 80 % udeležencev raziskave se do sedaj še ni udeležilo izobraževanj s področja nasilja v družini. Tisti, ki so se že udeležili izobraževanj, so se tudi ustrezneje odzvali v primerih nasilja v družini, saj so si pogosteje vzeli čas za pogovor z žrtvami, jim nudili podporo ter obvestili CSD o prisotnosti nasilja v družinah svojih pacientov.

> »Osebni zdravnik ima nekako bianco vstopnico v življenje pacienta in njegove družine. /.../ drži pa, da nam manjka ustrezna izobrazba v tej smeri in se vsak znajde pač tako in toliko, kot mu je dano že po naravi, ali pa se uspe nekako dodatno izobraziti.«
>
> *(Komentar v vprašalniku za zdravstveno osebje, POND 2015)*

Pri osebah z izkušnjo nasilja v družini smo s tiskano obliko vprašalnika preverjale stališča, izkušnje in pričakovanja glede njihove obravnave v zdravstvu.

V raziskavo je bilo vključenih tudi 80 oseb z izkušnjo nasilja v družini (90,0 % žensk, 5,0 % moških, 5 % jih ni podalo informacije o spolu) v povprečni starosti 39,9 leta.

Osebe z izkušnjo nasilja v družini:

- so bile med vsemi pristojnimi institucijami glede svoje izkušnje nasilja najredkeje v stiku z zdravstvom,
- so od zdravstvenega osebja najpogosteje pričakovale, da jih bo poslušalo, jim verjelo ter spoštovalo njihovo zasebnost,
- so bile z obravnavo v zdravstvu srednje zadovoljne,
- več kot polovica jih meni, da je zdravstveno osebje primerno za pogovor o nasilju v družini,
- četrtini je povzročitelj nasilja omejeval dostop do zdravstvene pomoči.

Najbolj pogosti razlogi, da zdravstveno osebje ne prepozna in posledično ne obravnava žrtev nasilja v družini, so po mnenju žrtev nasilja v družini strah zdravstvenega osebja pred maščevanjem povzročitelja nasilja, njihov občutek nemoči, preobremenjenost z delom, pomanjkanje izkušenj in znanja za ustrezno pomoč ter pomanjkanje sodelovanja z drugimi pristojnimi institucijami.

Kvalitativna raziskava

V sklopu kvalitativne raziskave je bilo izvedenih 30 polstrukturiranih ekspertnih intervjujev s predstavniki zdravstvenega osebja (zdravniki specialisti družinske medicine, pediatrije, psihiatrije, travmatologije, ginekologije in porodništva, medicinskimi in patronažnimi sestrami, socialnimi delavkami v kliničnih ustanovah) in strokovnega osebja, ki se pri svojem delu srečuje z žrtvami in povzročitelji nasilja v družini (socialnimi delav-

kami, raziskovalko in predstavnicami NVO). Namen raziskave je bil pridobiti poglobljena mnenja, priporočila ter dobre in slabše izkušnje iz prakse izbranih sogovornikov. V raziskavo je bilo vključenih 10 zdravnikov, 4 medicinske sestre, zaposlene v patronažni službi, 2 socialni delavki v kliničnih ustanovah, 8 socialnih delavk na CSD, 1 socialna delavka v Azilnem domu, 4 strokovne delavke v NVO in 1 raziskovalka področja nasilja v družini v sklopu izbrane zdravstvene dejavnosti. Zbiranje podatkov je potekalo od sredine aprila do sredine junija 2015.

Zanimale so nas:

- izkušnje pri delu z žrtvami in povzročitelji nasilja v družini,
- iz**boljša**ne in slabše prakse medinstitucionalnega sodelovanja pri obravnavi žrtev nasilja v družini,
- načini ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini s poudarkom na ranljivih skupinah: starejših, podeželskem prebivalstvu, migrantih, Romih in brezposelnih,
- priporočila za izobraževanje o nasilju v družini v zdravstvu.

> »Potrebujemo medresorsko usklajene in dorečene protokole ukrepanja z jasno opredeljenimi pristojnostmi posameznih zdravstvenih delavcev. Izobraževanje naj bo vsaj delno prilagojeno področju dela zdravstvenih delavcev. Pacienti in svojci o nasilju v družini še vedno najpogosteje molčijo oz. to skrivajo. Potrebna je de-tabuizacija teme.«
>
> *(Komentar v vprašalniku za zdravstveno osebje, POND 2015)*

Zdravstveno osebje ugotavlja:

- da obstaja vrzel na področju izobraževanja o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti, saj se sistematična in celovita izobraževanja na tem področju ne izvajajo,
- da je v primerih spontanih izpovedi žrtev, da so zdravstvene težave/poškodbe posledica nasilja v družini, podajanje prijave na ustrezne institucije večinoma jasno; najtežje je prepoznavanje žrtev, kadar prikrivajo ozadje in okoliščine nasilja v družini,
- da v primerih tako posrednih kot tudi neposrednih znakov nasilja v družini zaradi pomanjkanja znanja, izkušenj in komunikacijskih veščin pogosto ne znajo ustrezno delovati in ukrepati,
- da bi jih bilo treba natančneje seznaniti s pristojnostmi posameznih institucij na področju nasilja v družini ter z zakonskimi obveznostmi za ukrepanje,
- da večinoma dobro sodelujejo s policijo, slabše izkušnje imajo s CSD,
- da obstaja več sistemski ovir za udeležbo pri MDT,
- morebitna potreba po pričanju na sodišču ni ovira za podajanje prijave.

Med posameznimi medicinskimi specializacijami obstajajo razlike glede ozaveščenosti in znanja s področja prepoznave in obravnave žrtev nasilja v družini.

»Samozavest zdravnikov na tem polju je relativno nizka. . mogoče je glavni etični pomislek (zdravnikov, op.p) ta, da je pogovor o nasilju poseganje v intimo posameznika .. Te žrtve je treba aktivno iskati ali na podlagi tega, da ima posameznik dejavnike tveganja, iz katerih sklepamo, da je lahko izpostavljen, ali na podlagi tega, da je pogost gost v ambulanti z nekimi nespecifičnimi težavami . Ta neizpovednost je način za žrtve. Žrtve ne poročajo spontano. Raziskave pa so pokazale, da če bi pa jih zdravnik, vprašal pa ne bi zanikale. One si strašno želijo, da bi to opazil nekdo drug.«

(Specialistka družinske medicine, POND 2015)

Strokovno osebje opaža in ugotavlja:

- da zdravstveni delavci premalo prepoznavajo in prijavljajo primere nasilja v družini,
- da je za ustrezno ukrepanje zdravstvenega osebja ključna dobra seznanjenost z dinamiko nasilja v družini,
- da je pri zdravstvenih delavcih pri obravnavi primerov nasilja v družini treba vzpostaviti ničelno toleranco do nasilja v družini,
- da bi bilo treba izboljšati sodelovanje med zdravstvenimi delavci in drugimi pristojnimi institucijami pri obravnavi nasilja v družini,
- da bi se zdravstveno osebje moralo bolj vključevati v MDT,
- da so pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini poleg poznavanja Strokovnih smernic, zakonodaje in protokolov izredno pomembni tudi človeški odnos, razumevanje in empatija do žrtev.

Namesto povzetka

Pripoved medicinske sestre, ki je po 25 letih izstopila iz kroga nasilja

25 let sem preživljala nasilje. Močno me je zaznamovalo. Ne samo v duši, brazgotine so vidne po vsem telesu. In ni jih malo.

Zdravstvene posledice moževega nasilja mi onemogočajo ponovno zaposlitev: oboževal sem svoj poklic medicinske sestre.

V službi ni nihče vedel, zaznal ali prepoznal, kaj preživljam doma. Vidne poškodbe sem skrivala z obleko, našla izgovore … Tudi sama nisem iskala pomoči: pred sodelavci me je bilo sram, strah. Skrajno sem bila izčrpana, ponižana, brez moči.

Po enem hujših nasilnih izbruhov nekdanjega partnerja sem potrebovala zdravstveno oskrbo na travmatološkem oddelku. Še danes sem hvaležna zdravniku, ki je podal prijavo na policijo. Ravnal je strokovno in me podprl. Odločilno je prispeval, da sem zapustila nasilnega moža.

Mogoče bo moja zgodba opogumila tudi druge žrtve nasilja v družini, da bodo prej spregovorile, naredile spremembo.

Prvi udarec

Spomnim se, kako sva bila na začetku oba zaljubljena. Tri leta sva hodila in tri leta je čakal, da sem se mu predala tudi intimno. Zaradi tega je izvajal name pritisk, a nisem popuščala. Bila sem pošteno dekle, vzgojeno, da v zakon vstopim nedolžno. Takrat sem si njegove pritiske in izbruhe ljubosumja razlagala kot posledico velike ljubezni in privlačnosti, ki jo je čutil do mene.

Bližal se je njegov odhod v vojsko. Očital mi je, da ne bo prenesel, če bi bila z drugim. Pred njegovim odhodom sva se sporekla: zelo se je razjezil name in prvič me je močno udaril. Bila sem tako v šoku, da sploh nisem razumela, kaj se mi je zgodilo. Odgovor sem našla v opravičilu, *težko mu je; vsi prijatelji ga zafrkavajo, ker še nisva bila intimna, in mu govorijo, da bom priložnost izkoristila, ko bo on v vojski*. *Tako zelo me ima rad, da ne prenese, da bi bila jaz z drugim, in zaradi tega me je udaril,* sem si razlagala. Takrat, po tem prvem udarcu, sem zelo jokala, a tega nikomur nisem povedala.

Enako kot mama, ki jo je oče pretepal ...

Kaj je to? Je to res mogoče? Takrat moja mama, zdaj pa jaz, pa še poročena nisva, sem razmišljala. A ob lepih besedah in nasmešku me je prepričal, da me ima neskončno rad

in da naj ne povem nikomur, kar se je zgodilo. Tudi če bi, *komu bi povedala? Mami?* Rekla bi mi, ne pretiravaj, potrpi. Ja, tako kot je trpela ona.

Težko mi je bilo: pogosto sem razmišljala o mami, ki jo je moj oče pretepal. Stara sem bila 10 let, ko sem prvič videla grobost očeta nad mamo, ki se ni branila. Pustila je, da jo je pretepal, Ni se upirala. V mojem želodcu se je zarezalo, kot bi me nekdo s sabljo čez želodec. Občutek je bil grozen: še zdaj, po tolikih letih, čutim isto bolečino v želodcu. Takrat je bilo mojega otroštva konec.

Strah in stisko zaradi pogostega nasilja doma sem že v osnovni šoli preusmerila v knjige. Bila sem najboljša učenka. Zakopala sem se v knjige. To je bil moj svet, ko mi je bilo najbolj hudo. Želela sem delati v zdravstvu in postati odlična medicinska sestra. Vsi so me vedno videli pridno in brez težav. Nihče ni posumil, da zelo trpim.

Odločila sem se, da me nihče ne bo pretepal, da bom udarec vrnila in da moj otrok, ko/če ga bom imela, tega gotovo ne bo prenašal. Takrat sem bila stara 10 let. Že čez osem let, ko sem bila stara 18 let, me je fant udaril prvič in tako vseh naslednjih 25 let.

Upirala sem se na več načinov, a me je mož vseeno pretepal, da ne govorim o psihičnem nasilju, umikanju in vračanju »zaradi otrok«. Zdaj, ko to pišem, se vznemirim, zakaj nisem takrat prekinila odnosa. A bila sem zaljubljena in verjela sem, da se udarec ne bo ponovil. Malo sem se izgubila; ne morem razmišljati po vrstnem redu; spomini se me dotikajo ... No, ostala sem pri naju na začetku najine ljubezni.

Prva poročna noč in zaposlitev

Zelo uspešno sem končala srednjo šolo za srednjo medicinsko sestro in … spomnim se prve poročne noči. Veste, moj mož se je poročil z menoj na način, kot da bi bila poročena z njegovo mamo. Bila je najina prva poročna noč. Zbudil me je ob štirih zjutraj in morala sem v hlev, da sem nahranila živino, nato pa njegovi mami pripraviti zajtrk. Nič mi ni bilo olajšano: vsi v vasi so govorili, da gospa medicinska sestra pa ja ne bo delala v hlevu, a on je hotel prav to.

Potem je dobil delo v drugem mestu. Prišla sem z njim, čeprav je želel, da ostanem pri njegovi mami. Tudi jaz sem dobila pripravništvo: bila sem zelo ponosna, da bom delala, kar me veseli. Delala sem na ginekologiji, plastični kirurgiji in na travmatologiji. Veste, kako pomembno je, da si za bolnike tam s srcem ... Tega moj mož ni razumel.

Krogi nasilja

Imela sem že enega otroka in bilo je grozno. Moj mož je želel, da sem njemu in njegovim sodelavcem služkinja. Domov je nosil njihove umazane in mastne delovne obleke; vse sem morala prati na roke. Uprla sem sem se in iz njegovih oči sta bliskala bes in groza; vedela sem kaj mi sledi. Pograbila sem steklenico, zeleno, od Donata, še zdaj se natančno spomnim ... nisem mu ostala dolžna. Tisto noč ga prvič ni bilo domov. Bila sem začudena, kaj zdaj to pomeni. Moja mala hči je rekla: *naj ati spi v avtu, dokler se ne spametuje.* Tako mala je bila in je razumela, kaj se dogaja.

Šest let sem s ponosom opravljala delo medicinske sestre. Bila sem zelo zanesljiva, pozorna do bolnikov in vseh, ki so potrebovali prijazno besedo. Doma sem se razdajala. Za vsa opravila sem bila sama. Od moža pa sem prejemala samo udarce in zaničevanje, kadar je bil sploh doma.

Bilo je tudi lepih in prijaznih besed in verjela sem, da me ima rad. Niti v sanjah si nisem predstavljala, da na službenem terenu živi drugačno življenje. Druge ženske je očitno imel raje, mene pa je tepel.

Pred rojstvom drugega otroka sem ostala brez službe, ogorčena, žalostna ter priklenjena na dom in nasilnega moža. Ne vem, zakaj nisem odšla že prej: mogoče, če bi šla prej k zdravniku in pokazala modrice, mogoče bi že takrat ustavila nasilje, pa nisem. *Kam naj grem, nimam nikogar tukaj, nimam prijateljic.*

Potem sem našla oglas za delo v Kliničnem centru. Povabili so me na razgovor, dobila sem službo. Nisem mogla verjeti, da bom spet imela svoj denar. Preselili smo se.

Mož se ni obremenjeval, kako bom z majhnimi otroki delala v izmenah. Našla sem si pomoč: gospo, ki je čuvala otroke, kadar sem bila v službi. Delo na oddelku intenzivne nege je bilo zahtevno in stresno. Bila sem kronično utrujena: od dela v službi, dela doma. Bila sem brez moči, da se uprem možu, ki me je tepel, kadar je imel čas: ničesar nisem naredila dovolj dobro, vedno je našel razlog za tepež.

Kot družina nismo šli nikoli na dopust. Mož ga je verjetno imel, nekje po tujini, z drugimi ženskami. Doma pa je bil vedno odtujen, nervozen.

Grožnje s smrtjo

Zanosila sem še tretjič: po hudem nasilju. Bilo je hudo, v avtomobilu, vpričo otrok. Sedela sem na zadnjem sedežu, mlajši sin pri meni v naročju, 7-letna hčerka zraven. Prepir se je vnel glede moževe mame. Padale so žaljivke in nisem mu ostala dolžna, ko je glasno in jezno rekel moje ime in nadaljeval: *ne jezi me in ne govori več, utihni, ubil te bom in te vrgel v kanal na poti in nihče ne bo vedel, da si kdaj obstajala*. V trenutku, ko je to izrekel, sem ga iz zadnjega sedeža zelo močno brcnila v rame. Znorel je. Doma pa postelja, prijazne besede in tretjič sem zanosila. Govoril mi je, da naj splavim, a nisem želela: *ne morem nad svojega otroka, ne glede na razmere, to je umor, tega ne želim.*

Delala sem visoko noseča, še vedno na zahtevnem oddelku, a služba je bila tudi moja rešitev. Bila sem cenjena, dobro sem delala, bila sem pohvaljena za svoje delo. Potrebovala sem pohvale in potrditve, saj doma tega nisem imela. Mož je postajal vedno nasilnejši. Nič ga ni ustavilo, niti ko sem imela otroka v naročju ali sem dojila.

Spominjam sem, da je želel večerjo in meso iz skrinje. Ker sem dojila otroka, sem mu povedala, v katerem predalu je, ter prosila, da naj si sam vzame in odtali meso. Nadaljevala sem dojenje. Nisem pričakovala njegovega besa. Naenkrat je velik kos zamrznjenega mesa priletel proti meni in zadel me je v gleženj. V trenutku mi je gleženj otekel, močno me je bolelo. Takrat sem znorela tudi jaz, otroka sem odložila in šla z vso

jezo proti skrinji in iz nje zmetala vso hrano po tleh, da se je slišalo na vso moč. Ne vem, ali sem njega zadela, ampak zgubljala sem nadzor nad svojimi odzivi. To je izkoristil sebi v prid in je začel otroke ščuvati proti meni. A vidno je bil šokiran; takrat nisem bila tepena.

Z otečeno nogo sem komaj delala. V službi sem vedno našla dober izgovor, če je kdo kaj opazil. Sicer med sodelavci ni bilo občutka za prepoznavanje znakov nasilja: nihče ni našel pravih besed, da bi mi pomagal. Jaz pa tudi nisem znala poiskati pomoči; bilo me je sram in strah.

Izguba ekonomske neodvisnosti

Porodniški dopust se je bližal koncu. Vse bolj je postajalo jasno, da ne bom več zmogla delati: *v službi delam z ljudmi in ne morem si privoščiti nezbranosti in utrujenosti, za življenje mojih pacientov gre in za moje otroke.* Moža ni zanimalo, da otroci ne morejo biti sami popoldneve in ponoči. Govoril je, saj boš pa zmogla, kaj je to takega.

Leta 1999 sem morala pustiti službo za nedoločen čas. Zagotovljenemu kruhu sem se odpovedala, ker sem morala skrbeti za otroke. Mož je bil zaradi tega zelo jezen. Počutila sem se krivo, da ne bom prispevala denarja v družinski proračun. On je želel nov avtomobil: *jaz se sekiram, on pa želi nov avtomobil, namesto da bi razmišljal o opremi za stanovanje*. Bilo je po njegovo. Očital mi je hrano, ki sem jo kupovala, pralni prašek, skratka vse. Hčeri je očital hrano in se drl nanjo, da naj ne žre, ker bo debela. Kadar sem jo branila pred njim, me je pretepel. In tako vsakokrat znova, udarci po telesu, ki sem jih skrivala z obleko.

Hčerka je začela izostajati od doma, lagati. Enkrat se je napila, potrebno je bilo črpanje želodca. Mož je imel spet razlog, da obračuna z menoj: bila sem kriva, da ne znam vzgajati. Meseci so bežali, leta tudi, jaz pa nisem imela moči, da bi šla stran.

Šlo je tako daleč, da se je hči začela drogirati. Otrok je propadal pred mojimi očmi in tega nisem mogla dovoliti. Uprla sem se in bila je samo presekana ustnica. Šla sem k svojemu zdravniku. Dober je bil. Povedala sem mu, a nič, saj se je zacelilo. Nisem hodila v službo, med ljudi, zato me ni skrbelo, da bi me kdo videl. A moževo nasilje nad menoj in hčerjo se je nadaljevalo. Uredila sem ji prebivanje v dijaškem domu.

Omemba ločitve – izbruh fizičnega nasilja

Več let sem zbirala pogum za spremembo. Odločila sem se in mu povedala, da tako ne gre več: *želim se ločiti*. Takrat pa: vso moč, ki jo je imel, je iztresel na meni. Tolkel je po meni, po hrbtu, po lopatici z vso močjo je boksal. Nisem se mogla upirati, bolečina je bila neznosna.

Takoj za incidentom je odšel na službeni teren. En teden nisem stopila iz stanovanja; nisem se mogla premikati. Bolelo me je, ko sem dihala, iz dneva v dan bolj plitko. Na sprednji strani prsnice in reber sem imela veliko izboklino, ki sem si jo držala, ko sem se premikala. *Lahko potipate, še danes je ostala.* Dnevi bolečine so bili grozni in začelo

me je skrbeti, dihala sem vedno težje. Šla sem k svojemu zdravniku. Povedala sem mu, da me je pred enim tednom pretepel mož. Ničesar ni rekel; dal mi je napotnico za urgenco. Takrat je bilo še vse skupaj: urgentni in travmatološki oddelek.

Obisk urgence: strah, sram in trepet pred sodelavci hujši od bolečine

Nastopila je notranja kriza. *Kako naj grem na urgenco, nekdanje delovno mesto? Ne morem, ne smejo me videti tako polomljene, kaj si bodo misli o meni? Že ko sem svojemu zdravniku zaupala, od kod poškodbe, me je bilo sram. Kaj naj zdaj? Od silne sramote, če me kdo prepozna, bom bruhala. V zemljo se bom ugreznila.*

Vse to sem razmišljala, ko sem hodila od svojega zdravnika, a nisem upala nazaj domov. Srce mi je divje utripalo. Mislila sem, da bom umrla. Komaj sem se premikala, bolečine so bile hude. *Kdo bo skrbel za otroke, če umrem? Kaj naj naredim, če bo na sprejemu moja nekdanja sodelavka ali pa zdravnik s katere od mojih izmen? Kako bi se temu izognila?*

A bila je sreča, osebje se menja: nikogar nisem poznala in nihče me ni prepoznal. Ne morete si predstavljati, kakšno olajšanje sem doživela: kot da je manj bolelo.

Zdravnik, ki me je sprejel, je bil mlad, prijazen. Ko me je vprašal, kaj se je zgodilo, bi se najraje zlagala. A nisem mogla, to je proti mojim načelom, nikoli ne lažem. *Kaj si bodo misli o mojem možu, če povem po pravici?* Sram me je bilo, želela sem ga zaščititi, kaj si bodo mislili o meni, ko bom povedala ... Ne veste, koliko dilem, strahov, sramu, ponižanosti sem takrat doživljala.

Povedala sem mu, da me je pred tednom dni pretepel mož. Takrat sem doživela šok: zdravnik je rekel: Veste, naročeno imamo, da če pride pretepena oseba, smo po zakonu dolžni poklicati policijo. In že ga nisem več videla, šel je za pregrado. *Kaj, kaj, kaj je rekel? Kako policijo? Ne, ne morem ...* In že je bil nazaj. Dobila sem napotnico za slikanje. Še preden sem pregled končala, je bila policija že v ambulanti.

Po razgovoru s policijo sem šla počasi z otrokoma domov; bila sta z menoj, saj ju nisem imela kam dati. Spomnim se, kako sem se potem možu opravičevala, da sem šla k zdravniku. *Pa to je grozno, kako sem lahko tako razmišljala?* Očital mi je, zakaj sem spregovorila; ni sprejel razlage, da je zdravnik klical policijo, samo drl se je name: Zakaj si povedala, zdaj pa si nam socialno nakopala na glavo!

Dolgotrajne zdravstvene posledice nasilja v družini

Danes sem zdravniku izjemno hvaležna. Mislil in odločil se je namesto mene. Ravnal je strokovno; dobro je presodil in me podprl. Če bi me takrat vprašal za soglasje, bi rekla, da naj ne kliče policije.

Zdravstveni delavci smo pod zaprisego in delati moramo v korist svojih pacientov. No, jaz nisem več: poglejte moje roke z brazgotinami, iz katerih se na več mestih vidijo gnojne ranice, *poglejte rdečine na vratu in prsih.* Herpes sem imela po vsem telesu: koščka kože ni bilo, iz katerega ne bi krvavela, iz katerega ne bi tekel gnoj. Da o bolečini ne govorim. Moj živčni sistem je kolapsiral, moji živčni končiči so se pregreli. Zaradi dolgotrajne travme, ki sem jo doživljala zaradi nasilja. Moje telo se še vedno čisti bolečin. Zato tudi ne dobim zdravniškega spričevala, da bi lahko šla nazaj delat kot medicinska sestra: poklic, ki ga obožujem.

Umik v varno hišo, postopki na CSD in sodišču

Kmalu po obisku travmatološke urgence sem dobila vabilo za razgovor na CSD; tam so bili vsi zelo prijazni. Leta 2004 se je vse dogajalo: bilo me je izjemno strah: *kaj bo z menoj in mojimi otroki? Želim se rešiti teh muk, nasilnega odnosa.* Dve socialni delavki sta me prišli iskat z avtomobilom; skupaj smo šle v vrtec in šolo po otroke. Razložili sta, da nas peljeta v varno hišo. Otroci niso nič komplicirali. Ločitveni postopki so stekli.

Sledile so njegove prošnje in obljube. Nato še grožnje, da me bo pretepel, ko se bom vrnila, da me bo našel. Postopoma sem se okrepila. Če sem zaslutila, da me želi pretepati, sem takoj zagrozila, da bom klicala policijo. To ga je ustavilo, da me ni pretepal. A ne vem, kaj me je bolj bolelo: te žalitve, psihično maltretiranje je grozno. Nikjer se ne vidi, samo čutiš.

Sledila so leta psihičnega maltretiranja in dokazovanja na sodišču, da sem dobra mama. Govoril je, da ne znam skrbeti za otroke, da sem depresivna ... Želel je doseči, da bi CSD in sodišče odločilo, da bi šla mlajša otroka v rejništvo. Starejša je bila že polnoletna. Postopki na sodišču so trajali in trajali. Sodni izvedenec je v končni fazi ocenil, da sem dobra mama in otroci so ostali pri meni. Ločitev je uspela.

»Konec je«

A s tem še ni bilo konca: ni se želel izseliti iz skupnega stanovanja. Psihično me je maltretiral, dokler mi »ni počil film«. Sin mi je rekel*: mami, ati je klical, čez dve uri bo doma*. Začutila sem neko moč in odločila sem se – konec je. V dveh urah sem vse njegove stvari, tudi najmanjše predmete, spakirala. Vse sem zložila pred vrata stanovanja. Odločena sem bila, da v stanovanje ne bo več stopil.

Ko je prispel, je bilo grozno; razburjal se je, prepirala sva se. Začel me je snemati s telefonom; govoril je, da bo pokazal na policiji, kaj sem mu naredila. Oba sva izgubljala živce, nastalo je več incidentov. Po hudem prepiru je odšel.

To je bilo leta 2010: 25 let mojega trpljenja se je končalo. Predolgo je bilo.

Nekdanji mož živi v tujini, in sicer z novo, mlajšo ženo. Otroci mi pravijo, da je ne pretepa, ne vem ... Pomembno je, da imam mir. Vse, kar si še želim, je, da se ponovno zaposlim, da bom neodvisna.

1. NASILJE V DRUŽINI: DRUŽBENI IN ZDRAVSTVENI VIDIK

Sistemski pristop pri obravnavanju nasilja v družini

Definicija

Najpogostejše oblike

Obseg in statistični podatki

Vloga, dolžnosti in odgovornost zdravstvenega osebja

Zdravstvene posledice izpostavljenosti nasilju pri otrocih, odraslih in starejših

Breme nasilja v družini za zdravstveni sistem

Ovire pri prepoznavanju in obravnavanju žrtev

Priložnosti za izboljšave in preventivne dejavnosti

Ključna priporočila za delovanje zdravstvenega osebja

Pomen dobrega timskega sodelovanja v ambulantah

Primeri iz**boljša**nih praks z Norveške

Nasilje v družini kot družbeni problem

Duška Knežević Hočevar

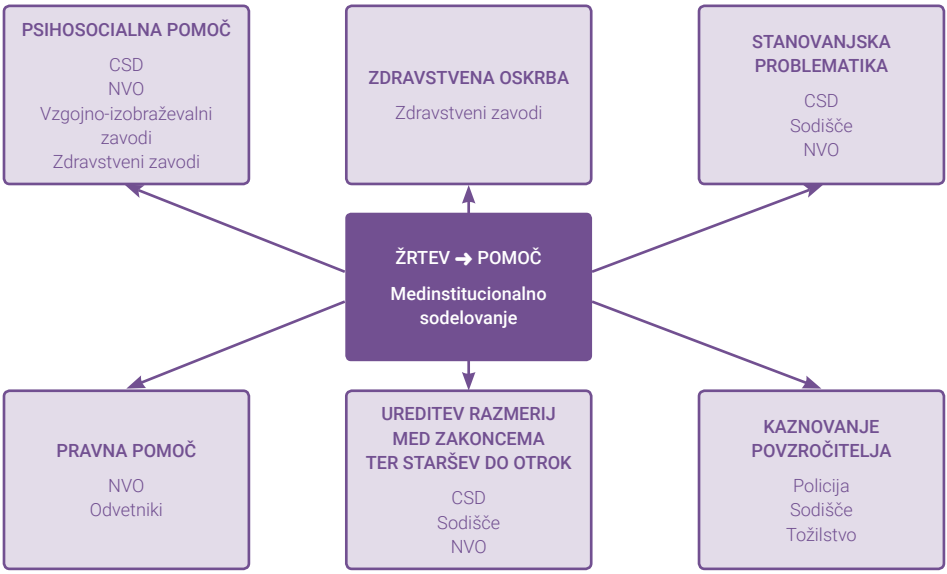
Družina ni področje zasebnosti, v katerega država nima vstopa. Vanjo vstopa prek zdravstvenega, socialnega, kazenskopravnega varstva, delovanja izobraževalnih ustanov, davčnega sistema in stanovanjske politike. Nasilje v družini je družbeni problem, saj ogroža temeljne človekove pravice, ki jih ščitijo omenjene državne institucije.

Prav tako družina ni samodejno zatočišče pred nasilnim zunanjim okoljem. Čeprav se od družine pričakuje, da zagotovi svojim članicam in članom primerno okolje za uresničevanje njihovih temeljnih potreb in pravic ter vzgojo otrok za samostojno in družbeno odgovorno življenje, je družinska skupnost tudi okolje z visoko stopnjo konfliktnih in nasilnih odnosov med spoloma in generacijami. To dokazujejo praksa socialnovarstvenih in kazenskopravnih organov in organizacij ter raziskave o obsegu nasilja v družini.

Družina ni vedno varno okolje zasebnosti in podpornih odnosov med družinskimi članicami in člani.

Slovenija je z ZPND vpeljala sistemski pristop do nasilja. Zaradi zlorabe intimnega odnosa s strani povzročitelja ali povzročiteljice nasilja in potrebe po zaščiti žrtve ZPND presoja različne oblike nasilja v družini. Ne ZPND, temveč kazenska zakonodaja posebej opredeljuje, v katerih primerih je nasilje v družini tudi kaznivo dejanje.

Sistemski pristop obravnavanja nasilja v družini pomeni, da so naloge in pristojnosti organov in organizacij, ki se ukvarjajo z nasiljem v družini, v zakonodaji razločno opredeljene, razmejene, usklajene in dopolnjujoče (Shema 1).



SHEMA 1: Sistemski pristop – sodelovanje med institucijami

Sistemski pristop www.prepoznajnasilje.si/qrc/sistemski-pristop

Številne oblike družin vključujejo tudi raznovrstne sorodstvene in čustvene odnose med njihovimi člani in članicami. Za opredelitev nasilja v družini je pomembno, da odnos neenakomerne zlorabe moči ene/ga družinskega člana/ice proti drugi izhaja iz sorodstvenih vezi, ali pa je posledica partnerske zveze ali drugega podobnega odnosa med njima. Bistveno je, da ena oseba zlorablja moč proti drugi osebi, jo podreja, nadzira in upravlja njeno življenje.

Pojav nasilja je neodvisen od oblike »družinskega« življenja. Vsako socialno dejanje je dejanje moči. Vprašanje je zloraba te moči in ne, kdo ima večjo moč v družinski skupnosti.

Aktualni ZPND (2008) med družinske članice uvršča:

- zakonca ali zunajzakonsko partnerico oziroma partnerja, nekdanjega zakonca ali nekdanjo zunajzakonsko partnerico oziroma partnerja
- partnerico oziroma partnerja ali nekdanjo partnerico oziroma partnerja v registrirani istospolni partnerski skupnosti
- krvno sorodnico oziroma sorodnika v ravni vrsti
- krvnega sorodnika v stranski vrsti do vštetega tretjega kolena
- sorodnika po svaštvu do vštetega drugega kolena
- posvojiteljico oziroma posvojitelja in posvojenko oziroma posvojenca
- rejnico oziroma rejnika in rejenko oziroma rejenca
- skrbnico oziroma skrbnika in varovanko oziroma varovanca
- osebe, ki imajo skupnega otroka
- osebe, ki živijo v skupnem gospodinjstvu

Člani družine: zakonske opredelitve www.prepoznajnasilje.si/qrc/clani-druzine

Definicija

! **Nasilje v družini je vsaka uporaba psihičnega, fizičnega, spolnega, ekonomskega nasilja oziroma zanemarjanja ene osebe, ki je član/ica družine, proti drugemu članu oz članici, ne glede na spol, starost, družbenoekonomski položaj, versko in etnično pripadnost, kraj bivanja ali katero koli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročitelja oziroma povzročiteljice nasilja.**

Kadar družina ne deluje kot varno okolje, utrpijo največjo škodo njene najranljivejše članice. Mednje sodijo mladoletni otroci, stare osebe in osebe s telesno ali psihično

oviranostjo, ki se ne zmorejo same zavarovati pred nasilnimi okoliščinami. Otrok je žrtev nasilja v družini tudi v primeru, ko je prisoten pri izvajanju nasilja nad drugo članico oz. članom družine.

> »To kar je zame ključno, nekako temeljno, je ta neenakomerno porazdeljena moč. Zloraba moči. Da gre za to podrejenost žrtve. Ves ta proces, ki je tako subtilen, pa po navadi ima toliko enih plasti in ene zgodovine. To se mi zdi ključno, da to prepoznaš.«
>
> *(Regijska koordinatorica za nasilje v družini, POND 2015)*

Oblike nasilja v družini

Nasilje v družini se redko kaže kot enkratno dejanje ali oblika. Številne in raznovrstne oblike nasilja v družini se v praksi najpogosteje prepletajo, ponavljajo in stopnjujejo. Nasilna dejanja se lahko ponavljajo mesece, leta, desetletja.

Psihično ali čustveno nasilje zajema obnašanja in ravnanja, s katerimi povzročiteljica ali povzročitelj nasilja pri družinskemu/i članu/ici povzroči strah, ponižanje, občutek manjvrednosti, ogroženosti in druge duševne stiske.

> »Psihično nasilje je skrita ledena gora, o kateri se ne govori.«
>
> *(Specialistka družinske medicine, POND 2015)*

Primeri psihičnega nasilja:

- poniževanje
- žaljenje
- zastraševanje
- vpitje
- pripisovanje odgovornosti ali krivde
- posmeh in zaničevanje
- molk kot sredstvo pritiska
- grožnje (npr. o odvzemu otroka)
- osamitev od prijateljev ali družine
- prepoved posedovanja stvari in živali, ki so žrtvi izjemno pomembne
- uničevanje stvari, ki žrtvi veliko pomenijo
- sumničenje
- zalezovanje
- ustvarjanje klime strahu
- ustrahovalna sporočila prek telefona, spleta, socialnih omrežij

» ... V finih družinah, izobraženih, je pa nasilje včasih še hujše, brez lasanja, brez klofutanja, ampak so pa besede, ki se v nekoga zarežejo včasih do smrti.«

(Specialist psihiatrije, POND 2015)

Psihično nasilje www.prepoznajnasilje.si/qrc/psihicno-nasilje

Fizično nasilje je vsaka uporaba fizične sile, ki pri družinskemu/i članu/ici povzroči bolečino, strah ali ponižanje, ne glede na to, ali so nastale poškodbe.

Primeri fizičnega nasilja:

- porivanje
- klofutanje
- lasanje
- udarci s pestmi
- brcanje
- zvijanje rok
- pretepanje
- napad z nožem ali drugim orožjem
- udarjanje z glavo ob tla ali steno
- davljenje
- vlečenje po tleh
- povzročanje opeklin s cigareti

Spolno nasilje so ravnanja s spolno vsebino, ki jim družinski/a član/ica nasprotuje, je vanje prisiljen/a ali zaradi svoje stopnje razvoja ne razume njihovega pomena.

V primeru spolnega nasilja vztraja zmotna predstava, da je povzročitelj praviloma neznanec, ki naj bi žrtev napadel v temni ulici na samem in pri napadu uporabil fizično silo. Spolno nasilje se v resnici najpogosteje dogaja doma, v znanem okolju.

Primeri spolnega nasilja:

- spolno nadlegovanje
- opolzko govorjenje
- neprimerni pogledi, komentarji, nagovarjanje
- neprimerno dotikanje
- prisilno izvajanje spolnih dejanj s penetracijo ali predmeti
- prisilno masturbiranje
- prisilno gledanje pornografije
- incest ali krvoskrunstvo
- posilstvo

Ekonomsko nasilje je neupravičeno nadzorovanje ali omejevanje družinske/ga člana/ice pri razpolaganju z dohodki oziroma upravljanju s premoženjem, s katerim samostojno razpolaga oziroma upravlja, ali neupravičeno omejevanje razpolaganja oziroma upravljanja s skupnim premoženjem družinskih članov.

Primeri ekonomskega nasilja:

- neprispevanje v družinski proračun
- neplačevanje preživnine
- nasilen odvzem denarja
- poneverjanje stanja in kraja denarja ali premoženja
- preprečevanje dostopa do denarnih sredstev
- odvzem bančnih kartic, dohodka ali sredstev socialnih pomoči
- nadzor nad nakupi
- izsiljevanje
- preprečevanje iskanja zaposlitve ali domske oskrbe

Zanemarjanje je oblika nasilja, kadar oseba opušča dolžno skrb za družinskega/o člana/ico, ki jo potrebuje zaradi bolezni, telesne ali psihične oviranosti, starosti, razvojnih ali drugih osebnih okoliščin.

Primeri zanemarjanja:

- nepripravljenost ali nesposobnost zagotoviti življenjsko nujne potrebščine
- neustrezno prehranjevanje
- puščanje brez hrane in pijače
- zanemarjanje skrbi za osebno higieno
- grobo ravnanje
- neprimerno nadzorovanje in varovanje pred vsem, kar lahko škodi
- zavračanje ali neizpolnjevanje obveznosti in dolžnosti
- kršitev, zanikanje, omejevanje pravic

Globalne in lokalne statistike

Melita Zver Makovec

Globalne statistike

SZO za leto 2014 poroča:

- 35 % žensk po vsem svetu je v svojem življenju doživelo nasilje med partnerjema oz. izvenpartnersko spolno nasilje.
- 30 % žensk je bilo v intimnem razmerju, v katerem so doživele različne oblike fizičnega ali spolnega nasilja s strani partnerja.
- Do 38 % umorov žensk po svetu je storjenih s strani njihovih partnerjev.
- 4–6 % starejših oseb je bilo žrtev katerekoli oblike nasilja v zadnjem mesecu.
- Četrtina odraslih poroča, da so bili deležni fizičnega nasilja v otroštvu.
- Ena izmed petih žensk ter eden izmed 13 moških poroča o izkušnji spolne zlorabe v otroštvu.
- Vsako leto je umorjenih 41.000 otrok, starih manj kot 15 let. Ocena umorov je podcenjena, saj je veliko smrti pripisanih različnim nezgodam, kot so padci, opekline, utopitve …, in ne zlorabi otrok!

Statistični podatki za Slovenijo

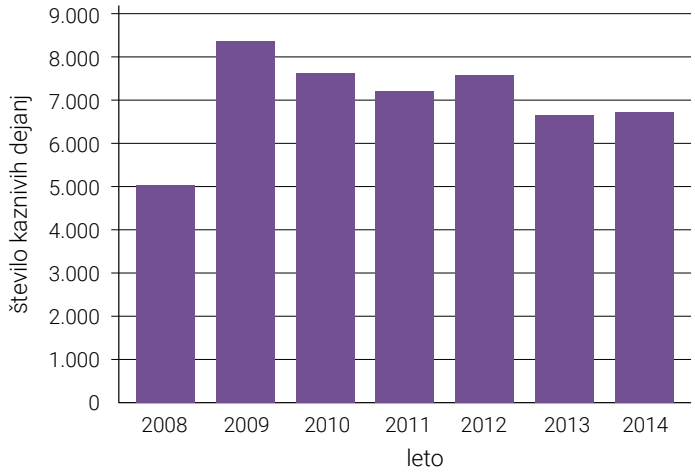
V letu 2012 je bil strošek obravnave nasilja v družini za slovensko zdravstvo 497 710 439 EUR (EIGE, 2014).

- 23,7 % oseb je že imelo osebno izkušnjo nasilja v družini; od tega je 73 % doživelo nasilje v družini, v kateri so odraščali, 38,6 % pa v družini, v kateri so živeli kot odrasli (Nasilje v družinah v Sloveniji, 2006).
- Vsaka druga (56,1 %) ženska je od dopolnjenega svojega 15. leta že doživela eno od oblik nasilja; najpogosteje psihično nasilje (49,3 %), potem fizično (23,0 %), ekonomsko (14,1 %), omejevanje gibanja (13,9 %) in spolno nasilje (6,5 %) (Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih, 2010).
- 17,9 % bolnikov v ambulantah družinske medicine poroča o izkušnji nasilja v odnosih z bližnjimi (Kopčavar Guček, 2015).
- V letu 2014 je bilo 882 otrok žrtev nasilja v družini. Število otrok žrtev narašča (Poročilo o delu policije za leto 2014).
- V letu 2014 je Slovenska policija obravnavala 254 žrtev, starih nad 60 let (Poročilo o delu policije za leto 2014).
- Na številke Društva SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja vsako leto pokliče od 2000 do 3000 ljudi (Statistika Društva SOS telefon).

V letu 2014 so CSD po Sloveniji obravnavali 2625 primerov različnih oblik nasilja. V le-teh je bilo udeleženih 3689 žrtev in 2470 povzročiteljev nasilja. Policija je izrekla 889 ukrepov in sodišče 410 ukrepov. Podatki zajemajo ukrepe po različni zakonodaji (ISCSD 2014-SCDS).

Tabela 1: Starostna struktura žrtev, obravnavanih s strani CSD v letu 2014 (ISCSD 2014-SCDS).

Starost	**Žrtve**
Do 6 let	316
Do 14 let	381
Do 18 let	171
Do 21	95
Do 26	184
Do 45	1411
Do 60	739
Do 75	283
Nad 75	118
Skupaj:	**3698**



Graf 1. Število obravnavanih kaznivih dejanj s kazalcem nasilja v družini od leta 2008 do 2014 v RS (Poročilo o delu policije 2008–2014)

Statistični podatki podcenjujejo dejanski obseg nasilja v družini. Prepoznava nasilja je odvisna od občutljivosti družbe ter prizadevnosti pristojnih institucij, pa tudi od pripravljenosti in moči žrtve, da prepozna nasilje, zaupa drugim, ukrepa in poišče pomoč.

Po ocenah nevladnih organizacij, ki delujejo na področju preprečevanja in odpravljanja posledic nasilja v družini ter nad ženskami, je delež nasilja v domačem okolju in medpartnerskih odnosih mnogo višji od uradnih statistik.

Nasilje v družini kot zdravstveni problem

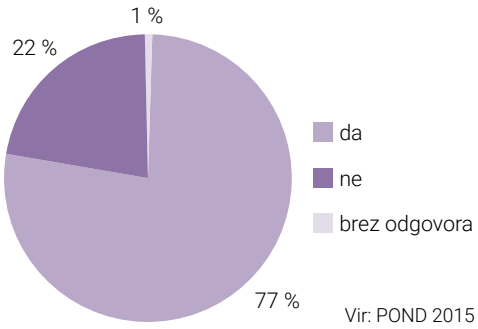
Nena Kopčavar Guček

Skladno z resolucijo SZO iz leta 1996 je nasilje v družini javnozdravstveni problem, ki ga je treba obravnavati prednostno zaradi kratkoročnih in dolgoročnih posledic za posameznike, družine, okolja, države ter tudi za zdravstvene sisteme. V primerjavi z epidemijo kroničnih bolezni je nasilje v družini bolj razširjeno in ga je mogoče preprečiti, zato je velik izziv globalnemu zdravstvu.

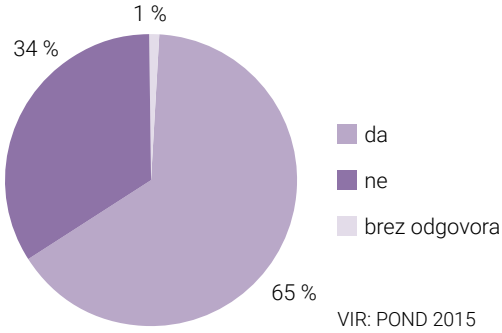
Poleg etične zaveze vseh zdravstvenih delavcev, več deklaracij, zakonskih in podzakonskih aktov opredeljuje delovanje zdravstvenih delavcev na področju obravnave žrtev nasilja v družini (☞ 4: PRAVNA IZHODIŠČA ZA OBRAVNAVO NASILJA V DRUŽINI). Od leta 2015 so razvite tudi Strokovne smernice.

Vloga zdravstvenega osebja

Rezultati POND (2015) kažejo, da se pri svojem delu pogosto srečujemo z žrtvami nasilja v družini: 77 % v raziskavi sodelujočih zdravnikov ter 65 % medicinskih sester se je v praksi že srečalo s primerom nasilja v družini (Graf 1 in 2).



Graf 1. Ali ste se pri svojem delu že srečali s primerom nasilja v družini? (zdravniki)



Graf 2. Ali ste se pri svojem delu že srečali s primerom nasilja v družini? (medicinske sestre)

Zdravstveno okolje je ključno okolje za prepoznavanje nasilja v družini, ne samo zaradi etičnih in zakonskih zavez, ampak tudi zaradi številnih okoliščin, možnosti in priložnosti za prepoznavo, podporo in pomoč žrtvam nasilja v družini:

- večkratni stiki žrtev nasilja z zdravstvenim sistemom nudijo priložnosti za razkritje izpostavljenosti nasilju;
- nudi možnost (vzpostavitve) varnosti, zaupnosti, podpornega in nevtralnega okolja, brez obsojanja žrtve;
- zdravstveni delavci, posebej v osnovnem zdravstvu, imajo nepretrgan odnos s

svojimi bolniki/bolnicami, s tem pa (večkratno) priložnost, možnost in dolžnost dokumentiranja posledic nasilnih dejanj;
- v tem okolju je moč posredovati pomembne informacije, preventivne aktivnosti, podporo in ozaveščanje ne le razkritim žrtvam nasilja, temveč tudi potencialno izpostavljenim posameznikom, njihovim najbližjim in tistim, ki zanikajo izpostavljenost nasilju.

Stik z zdravstveno službo je pogosto prva in lahko tudi edina priložnost, ki jo ima žrtev. Razočaranje v stiku z zdravstvenim osebjem lahko pomeni za žrtev hudo oviro pri nadaljnjem iskanju pomoči. Raziskave kažejo, da zdravniki odkrijemo povprečno le eno od 20 žrtev nasilja.

Žrtve nasilja pogosteje vstopajo v zdravstvene sisteme v primerjavi s posamezniki, ki niso bili žrtve zlorab: potrebujejo več operativnih posegov, pregledov pri zdravnikih, hospitalizacij, zdravil in posvetovanj glede duševnega zdravja. Raziskave v svetu tudi kažejo, da so žrtve nasilja pripravljene zaupati osebnemu izbranemu zdravniku, če jih ta na lastno pobudo vpraša o morebitni izpostavljenosti nasilju.

Zdravstvene službe so le del multidisciplinarne obravnave nasilja v družini, ki lahko edina zadosti vsem potrebam žrtev nasilja v družini. Poznavanje vlog in pristojnosti posameznih institucij v multidisciplinarni obravnavi je pogoj za učinkovito delovanje sistema (☞ 4: ZAKONSKE OSNOVE IN STRATEGIJE SODELOVANJA).

> »Pri nasilju ne gre za konflikt v odnosu in to se velikokrat pozablja in ni vloga in naloga zdravstvenih delavcev, da raziščejo, kaj je res. Njihova naloga je, da to sporočijo naprej, da podajo prijavo, ker jih zavezuje zakon in da se potem s tem ukvarjata policija in tožilstvo. Ne oni.«
>
> *(Strokovna delavka v NVO, POND 2015)*

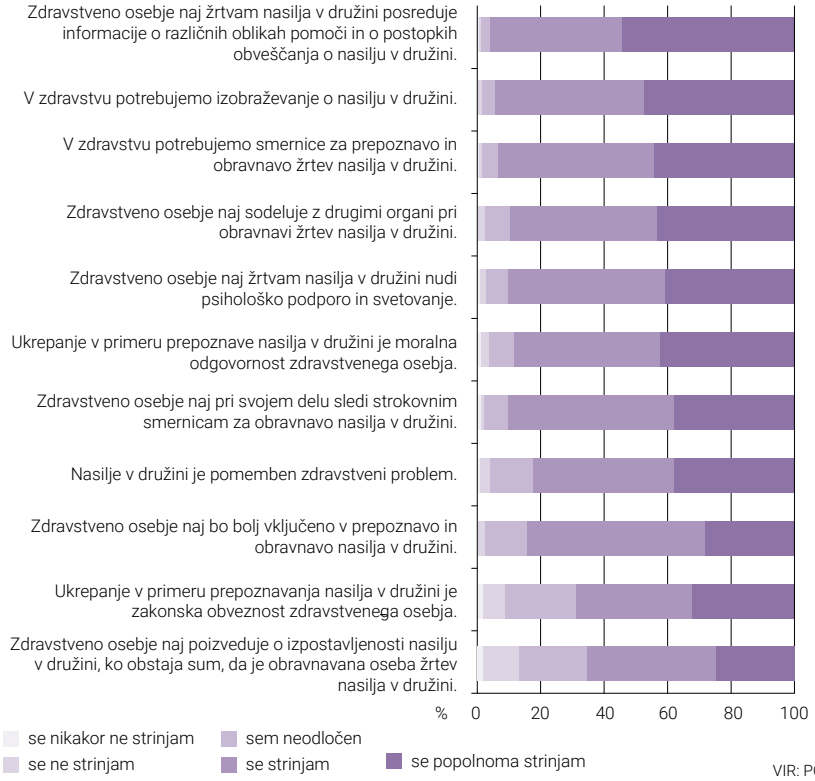
Zdravstveno osebje se je glede vloge zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini najbolj strinjalo, da:

- naj zdravstveno osebje žrtvam nasilja posreduje informacije o različnih oblikah pomoči in postopkih obveščanja o nasilju v družini,
- v zdravstvu potrebujejo smernice za prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini ter ustrezna izobraževanja in
- naj zdravstveno osebje sodeluje z drugimi organi pri obravnavi žrtev nasilja v družini (POND, 2015) (Graf 3).

Žrtve nasilja v družini bi od zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini najpogosteje pričakovale:

- da jih bo poslušalo,
- da bo spoštovalo njihovo zasebnost,
- da jih ne bo obsojalo,
- da bo sodelovalo z drugimi pristojnimi institucijami (npr. CSD),

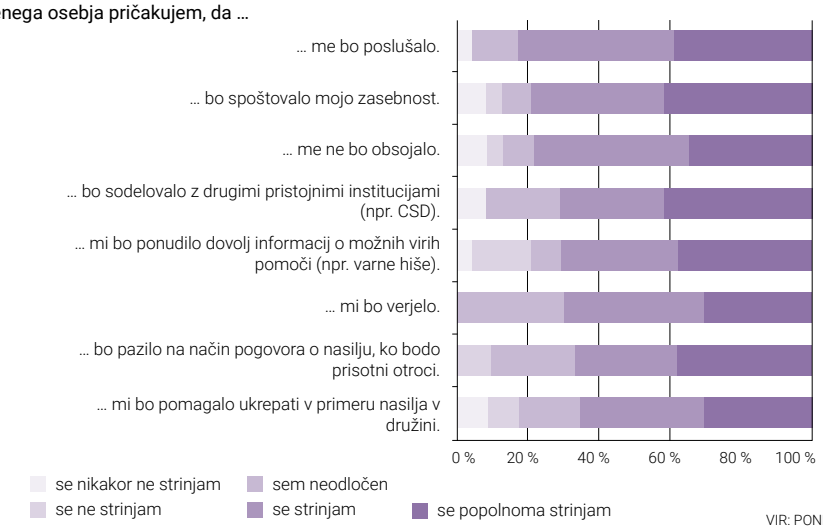
V kolikšni meri se strinjate z navedenimi trditvami glede vloge zdravstva oziroma zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini?



VIR: POND 2015

Graf 3: Strinjanje z navedenimi trditvami glede vloge zdravstva oziroma zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini.

Od zdravstvenega osebja pričakujem, da …



VIR: POND 2015

Graf 4: Pričakovanja žrtev nasilja v družini, ki še niso bile v stiku z zdravstvenim osebjem, glede obravnave nasilja s strani zdravstvenega osebja.

- da jim bo ponudilo dovolj informacij o možnih virih pomoči (npr. varne hiše in drugo) (POND 2015) (Graf 4).

Zdravstvene posledice nasilja v družini

Kratkoročne in dolgoročne posledice nasilja v družini **pri otrocih** so dokazane tudi pri tistih, ki so zgolj opazovalci in priče nasilja med starši ali drugimi bližnjimi v družini.

Tabela 1: Zdravstvene posledice nasilja pri otrocih (prirejeno po Runyan s sod. 2002)

Telesne posledice	**Spolne in reproduktivne posledice**	**Duševne in vedenjske posledice**	**Druge, dolgoročne posledice**
• poškodbe po prsnem košu in trebuhu (v različnih fazah celjenja) • možganske poškodbe • opekline in udarnine • odrgnine in podplutbe • vreznine in • raztrganine • poškodbe oči • zlomi • gibalna oviranost in invalidnost • smrt (npr. sindrom stresenega otroka)	• poškodbe in krvavitve iz spolovila • spolno prenosljive bolezni • neželena nosečnost • reproduktivne težave (npr. neplodnost) • spolna disfunkcija (vključno s HIV/aidsom)	• občutki sramu in krivde • nizka/negativna samopodoba • slab uspeh v šoli • motnje hranjenja in spanja • posttravmatska stresna motnja • hiperaktivnost • zloraba alkohola in drog • kognitivne motnje • delinkvenca, nasilništvo in drugo tvegano obnašanje • depresija in anksioznost • težave v odnosih • psihosomatske motnje • samopoškodovanje in samomorilnost	• rak • kronične pljučne bolezni • fibromialgija • sindrom razdražljivega črevesa • ishemična bolezen srca • bolezni jeter

Posledice nasilja so **za starejše** lahko resne in dolgotrajne, saj so v primerjavi z mladimi fizično šibkejši, kronično bolni, doživljajo več zapletov, pa tudi okrevanje je zahtevnejše in daljše. Psihične posledice nasilja se kažejo kot visoka stopnja strahu, trpljenja, jeze, vznemirjenja, izolacije od družine in prijateljev, kot žalost, občutek nemoči, motnje spanja, posttravmatski stres, depresija, slabša kakovost življenja, pa tudi kot izguba samozaupanja in poslabšanje samopodobe. Takojšnje posledice fizičnega nasilja so modrice, zlomi kosti, poškodbe glave, podhranjenost in dovzetnost za nove bolezni. Nasilje nad starejšimi se kaže v prezgodnji umrljivosti v povezavi s krhkostjo in sočasnimi boleznimi.

Hude zdravstvene posledice ima **nasilje v partnerskih odnosih.** Kot »partnerski odnos« je opredeljen tudi odnos med istospolnimi partnerji, kot »partner« pa šteje sedanji, bivši ali ločeni partner oz. partnerica žrtve nasilja. Ženske so v 90 % žrtve nasilja v partnerskih odnosih, četudi moški kot žrtev nasilja ni izključen.

Tabela 2: Značilne zdravstvene posledice žrtev nasilja v partnerskih odnosih (prirejeno po Heise s sod. 1999)

Telesne posledice	**Spolne in reproduktivne posledice**	**Duševne in vedenjske posledice**	**Drugi znaki in usodne posledice**
• ponavljajoče se poškodbe, spremljane z nenavadnimi pojasnili in razlagami • poškodbe po prsnem košu in trebuhu • odrgnine in podplutbe • vreznine in raztrganine • poškodbe oči • zlomi • gibalna oviranost • glavoboli • izguba sluha • nerazložljive težave s prebavo • bolečine v spodnjem delu trebuha • sindrom razdražljivega črevesa • pogoste okužbe sečil • nepojasnjene kronične bolečine	• poškodbe in krvavitve iz spolovila • spolno prenosljive bolezni (vključno s HIV/aidsom) • neželena nosečnost • umetna prekinitev nosečnosti • reproduktivne težave (npr. neplodnost) • neugodni izidi nosečnosti (npr. spontani, nelegalni splav) • spolna disfunkcija • nerazložljivi bolezenski znaki s strani rodil • obporodne težave • zapoznela perinatalna oskrba	• občutki sramu in krivde • nizka/negativna samopodoba • motnje hranjenja in spanja • kognitivne motnje • fobije in panične motnje • psihosomatske motnje • posttravmatska stresna motnja • telesna neaktivnost • zloraba alkohola in drog • tvegano spolno vedenje • depresija in anksioznost • samopoškodovanje in samomorilnost	• pogosti obiski pri zdravniku zaradi nespecifičnih težav • stalna prisotnost vsiljivega partnerja ali zakonca pri obravnavi v ambulanti • smrtnost, povezana z aidsom • maternalna smrtnost • umor • samomor

Pogostnost umora partnerja/partnerke kot najtežje družbene posledice nasilja v partnerskih odnosih je ocenjena na približno 13 %, predstavlja pa 38 % vseh umorjenih žensk in 6 % vseh umorjenih moških.

Breme nasilja v družini za zdravstveni sistem
www.prepoznajnasilje.si/qrc/breme-nasilja

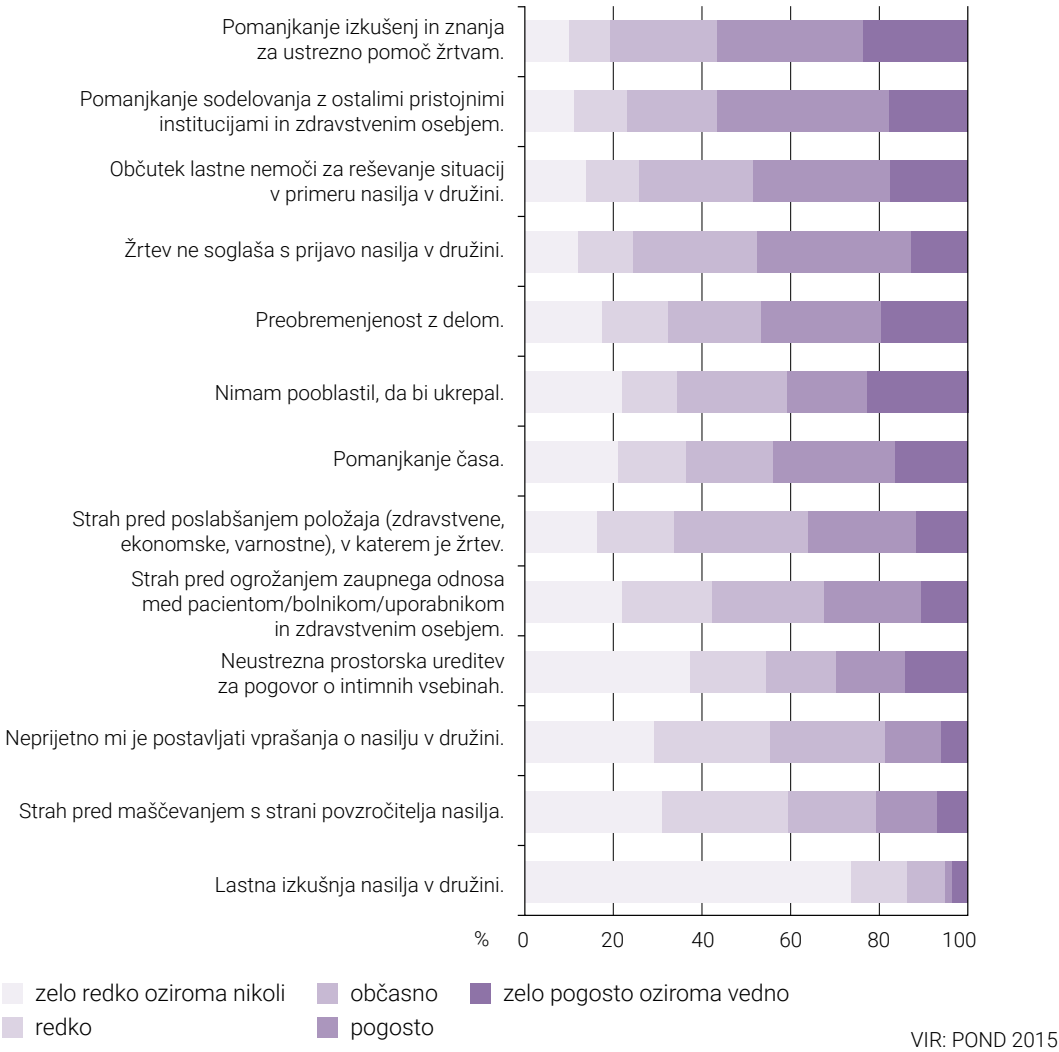


Zdravstveno osebje je poročalo, da se med ponujenimi ovirami, ki ga odvračajo od odzivanja v primerih prepoznanega nasilja v družini, najpogosteje srečuje s/z:

- pomanjkanjem izkušenj in znanja za ustrezno pomoč žrtvam,
- pomanjkanjem sodelovanja z ostalimi pristojnimi institucijami in zdravstvenim osebjem,

- občutkom lastne nemoči za reševanje situacij v primeru nasilja v družini,
- pomanjkanjem pooblastil za ukrepanje,
- preobremenjenostjo z delom in pomanjkanjem časa (POND 2015) (Graf 5).

Kako pogosto se pri svojem delu srečujete s spodaj navedenimi ovirami,
ki vas odvračajo od tega, da bi se odzvali v primerih prepoznanega nasilja v družini?



VIR: POND 2015

Graf 5: Ovire za uspešno prepoznavanje žrtev nasilja v družini in njihovo premagovanje

Zdravstveni delavci s(m)o pogosto lahko tudi frustrirani, ker žrtve ne zapustijo povzročitelja nasilja ali v popolnosti ne upoštevajo naših navodil. Z znanjem o poznavanju okoliščin žrtev, značilnosti povzročiteljev ter dinamike nasilja v družini se tovrstne frustracije zelo skrčijo (☞ 2: USPEŠNO PREPOZNAVANJE ŽRTEV NASILJA V ZDRAV-

STVU). Prav tako lahko dobro poznavanje okoliščin in zakonskih temeljev delovanja CSD prispeva k izboljšanemu sodelovanju med zdravstvenim in socialnim varstvom (☞ 4: ZAKONSKE OSNOVE IN STRATEGIJE SODELOVANJA).

!

- **Neprepoznano in stopnjujoče se nasilje v družini je lahko usodno.**
- **Razkritje razmer v družini lahko pojasni nespecifične zdravstvene težave (pri pogostih obiskovalcih ambulant) in odpre novo dimenzijo v odnosu med bolnikom in zdravnikom.**
- **Vedno imamo na voljo vsaj dva pomembna ukrepa: podporo žrtvi, ki se ne odloči za odhod iz nasilne zveze, in zmanjšanje škode, ki jo nasilje povzroča pri žrtvi in morebitnih otrocih.**
- **Ničelna toleranca do nasilja na vseh ravneh družbenega življenja naj bo cilj prizadevanja vse strokovne in laične javnosti.**
- **Posebno skrb velja posvetiti otrokom, izpostavljenim nasilju v družini, četudi so bili zgolj pasivni opazovalci.**
- **Primeri nasilja v družini se ne morejo uspešno reševati brez dobrega medinstitucionalnega sodelovanja.**
- **Poleg neposrednih zdravstvenih posledic nasilja v družini je treba pozornost usmeriti tudi na druge posredne znake, ki lahko kažejo na doživljanje nasilja.**
- **Za uspešno delovanje je ključno poznavanje vrst ter oblik nasilja v družini in njegove dinamike.**
- **Zaradi posledic nasilja v družini lahko žrtve zdravstveno pomoč poiščejo večkrat, preden se nasilje prepozna in ustrezno obravnava.**

Izboljšane prakse z Norveške

Merete Berg Nesset, Jim Aage Nøttestad, Jana Šimenc, Urška Smrke

Na Norveškem so leta 1977 na osnovi zasebne pobude vzpostavili prvi krizni telefon za pomoč žrtvam nasilja v družni, leto kasneje tudi krizni center (v Oslu). Država se je s financiranjem kriznih centrov in telefonov vključila leta 1981. Od leta 1988 je nasilje v odnosih z bližnjimi v norveškem kazenskem zakoniku opredeljeno kot dejanje, ki se ga preganja.

Norveška vlada si zadnjih 20 let z več zakoni, pravilniki ter strateškimi akcijskimi načrti intenzivno prizadeva za izboljšanje delovanja zdravstvenih ter socialnih služb s področja preprečevanja in obravnavanja nasilja v odnosih z bližnjimi (oziroma v družini). Med drugim imajo sprejete akcijske načrte za preprečevanje:

- nasilja nad ženskami,
- obrezovanja ženskih spolnih organov (ki je prepovedano od leta 1995),
- prisilnih porok,
- posilstev,
- nasilja nad otroki ter mladostniki.

Akcijski načrti vsebujejo natančne opredelitve ter konkretne strategije za preprečevanje nasilja v odnosih z bližnjimi. Vsi dokumenti so medresorski ter nastajajo v sodelovanju več ministrstev.

Družinski zdravniki, otroške socialnovarstvene službe ter policija so najpogosteje prvi, ki se vključijo in odzovejo v primerih nasilja v družini.

Sodelujoči akterji pri obravnavi žrtev nasilja v družini
www.prepoznajnasilje.si/qrc/sodelujoci-akterji

Izboljšane klinične prakse:

- Za primere suma ali potrjenega spolnega nasilja nad otroki ali odraslimi imajo vzpostavljeno elektronsko medicinsko dokumentiranje, do katerega imajo dostop vsi pristojni zdravniki.
- Ker imajo otroci, napoteni k pristojnemu pediatru, pogosto tudi težave na področju oralnega zdravja, posvečajo specialisti posebno pozornost odkrivanju zobne gnilobe, slabše oralne higiene (ki lahko privede do gingivitisa), erozije in podobnega. Pozorni so tudi na morebitne vedenjske znake pri pregledovanju zob.
- Če je potrebno, se lahko v urgentnih primerih nasilja nad otroki (npr. v nočnem času) tudi medicinskim sestram omogoči dostop do zaščitene dokumentacije (do katere sicer dostopajo zgolj zdravniki). Naknadno jo pristojni zdravnik prestavi iz dostopne nazaj v zaščiteno dokumentacijo.

- Posebno pozornost namenjajo tudi obravnavi povzročiteljev nasilja v družini (☞ 3: KLINIČNI ZNAKI IN POTI: PSIHIATRIJA: Brøsetski model obvladovanja jeze).

SARA:SV: Orodje za oceno tveganja in verjetnosti nadaljnjega nasilja v odnosih z bližnjimi

Zdravstveno osebje, strokovnjaki za sodno medicino in policisti na Norveškem od leta 2013 v primerih, povezanih z nasiljem v odnosih z bližnjimi, uporabljajo orodje SARA:SV *(Spousal Assault Risk Assessment: Short Version)*. Kontrolni seznam, ki temelji na empiričnih podatkih in izkušnjah iz Kanade in Švedske. Orodje omogoča:

- oceno tveganja za nadaljnje nasilje,
- oceno stopnje resnosti nasilja,
- v skrajnih primerih tudi oceno potencialne življenjske ogroženosti žrtve.

Namen uporabe orodja je preprečiti ponovne incidente nasilja, zaščititi žrtev ter omogočiti razvoj ustreznih preventivnih ukrepov pristojnih institucij.

Z orodjem je mogoče oceniti 15 dejavnikov tveganja: 10 se jih nanaša na povzročitelja nasilja in njegovo vedenje, 5 pa na ranljivost in stopnjo ogroženosti žrtve.

DEJAVNIKI ZA OCENO TVEGANJA ZA POJAV NADALJNJEGA NASILJA	
Dejavniki tveganja – povzročitelj nasilja	
1.	Nasilje (osamljeni primeri ali ponavljajoče se nasilno vedenje)
2.	Grožnja in/ali namen izvršitve resnih nasilnih dejanj (tudi preganjanje, žaljenje in nadlegovanje)
3.	Stopnjevanje pogostosti in/ali resnosti nasilja ali groženj
4.	Kršitev prepovedi pravice do obiskov ali podobne prepovedi
5.	Stališča, ki podpirajo ali opravičujejo nasilje v partnerskem odnosu
6.	Druga kazniva dejanja, nepovezana z nasiljem med partnerjema
7.	Resne težave (nasilje, prepiri) v prejšnjih intimnih odnosih
8.	Zaposlitvene ali finančne težave
9.	Zloraba substanc, zasvojenost
10.	Psihiatrične težave (npr. psihoze, nekatere osebnostne motnje), ki se povezujejo s pojavljanjem nasilja

Dejavniki tveganja – žrtev nasilja

11.	Nepredvidljivo vedenje in nepredvidljiva stališča žrtve do povzročitelja (pričakovanja, čustvene vezi)
12.	Pretiran strah pred povzročiteljem, ki povzroča neracionalno vedenje žrtve
13.	Omejen dostop do strokovne pomoči in pomoči socialnih mrež (omejevanje s strani povzročitelja nasilja)
14.	Ranljive življenjske okoliščine (okoliščine žrtve, ki otežuje zaščito pred povzročiteljem)
15.	Osebne ovire, ki lahko žrtev postavijo v še bolj ranljivo situacijo (npr. slabe finančne razmere, brezposelnost, zloraba substanc)

Orodja SARA:SV se ne sme uporabljati brez polnega dostopa do priročnika orodja in ustreznega usposabljanja.

Orodje SARA:SV kontrolni seznam *www.prepoznajnasilje.si/qrc/sarasv*



2. USPEŠNO PREPOZNAVANJE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V ZDRAVSTVU

Zmotna prepričanja v zvezi z nasiljem v družini

Najpogostejši socialno-ekonomski dejavniki tveganja

Značilnosti in okoliščine žrtev ter povzročiteljev

Ozadja vztrajanja žrtev v nasilnih odnosih

Dinamika nasilja v družini

Vedenje žrtev ter povzročiteljev v zdravstvenih zavodih

Ozadja žrtev, ki med pogovorom zanikajo ter potlačijo nasilje v družini

Posebnosti pri obravnavanju žrtev ranljivih skupin

Kolo moči in nadzora za osebe z oviranostmi

Pomen kulturno kompetentnega obravnavanja žrtev

Primer in značilnosti nasilja nad starejšimi

Posebnosti prepoznavanja in obravnavanja nasilja v družini v podeželskem okolju

Primeri iz ambulante družinske medicine ter s terena patronažne službe na podeželju

Osnovne komunikacijske spretnosti in veščine

Tehnike za zmanjševanje nelagodja in tesnobnosti žrtev

Načini vzpostavljanja zaupnega odnosa

Primeri vprašanj v različnih kontekstih

Prikaz ustreznega in neustreznega odzivanja zdravstvenega osebja

Posebnosti pogovora z otrokom žrtvijo nasilja v družini

Zmotna prepričanja

Duška Knežević Hočevar

Zmotna prepričanja o nasilju v družinskem okolju so posledica uveljavljenih družbenih prepričanj, ki vztrajajo kljub nasprotnim ugotovitvam številnih praks in raziskav doma in po svetu. Lahko pa so posledica tudi napačno predstavljenih ali pa razumljenih znanstvenih dognanj, ali pa seštevek obojega.

Primer, ko se zaradi večje pogostosti določenega profila žrtve ali povzročitelja podceni prisotnost manj pogostih profilov žrtev oziroma povzročiteljev:

Zmotno prepričanje: Žrtve nasilja v družini so ženske in otroci, povzročitelji pa so moški.

Razlaga: Nasilje v družini in partnerskih odnosih se dogaja ne glede na spol, starost, družbenoekonomski položaj, versko in etnično pripadnost, kraj bivanja ali katero koli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročitelja oziroma povzročiteljice nasilja.

Primer, ko se dejavnike tveganja za nasilje v družini samodejno posploši na določeno skupino prebivalstva:

Zmotno prepričanje: Nasilje v družini je značilno za podeželsko prebivalstvo.

Razlaga: Ugotovitve številnih raziskav kažejo, da je podeželsko okolje dejavnik tveganja za nasilje v partnerskih odnosih in družinskem okolju. Obenem pa raziskave dokazujejo, da je podeželski prostor zelo raznolik glede strukturnih ovir in omejenih razpoložljivih virov (deleži izobraženih prebivalcev, stopnja brezposlenosti, višina dohodka, socialne in zdravstvene storitve, prevozni sistem ipd.) za obravnavanje nasilja v družini, kar ne vzdrži preprostega posploševanja.

Primer, ko se povezavo med opazovanima spremenljivkama za nasilje v družini prevaja v vzročno zvezo:

Zmotno prepričanje: Alkoholizem je vzrok za nasilje v družini.

Razlaga: Številne raziskave o povezavi med alkoholom in družinskim nasiljem poročajo o raznolikih deležih alkoholiziranih povzročiteljev nasilja oziroma njihovih žrtev in poudarjajo pomen večplastnih okoliščin in številnih dejavnikov pri ugotavljanju vzročnih povezav in ne zgolj alkoholizma. Alkohol ni vzrok za nasilje v družini, je dejavnik tveganja.

Primer prepričanja o »porazdeljeni odgovornosti«:

Zmotno prepričanje: Slika ni nikoli črno-bela. Za nasilje v družini sta odgovorna oba: povzročitelj in žrtev.

Razlaga: Nasilje v družini ni konflikt. Odgovornost za nasilje v družini je izključno na strani povzročitelja.

»Vsa ta vprašanja se znova in znova tudi med socialnimi delavkami in delavci na centrih vsakič pojavljajo v smislu stereotipnosti: saj si je sama kriva, pa zakaj se je vrnila, pa kako lahko, saj ji je pa zdaj že toliko jasno pa je šla pa je prišla nazaj.«

(Socialna delavka, POND 2015)

Primer pripisovanja patriarhalnih odnosov Neslovencem:

Zmotno prepričanje: V slovenski družbi ni patriarhalnih odnosov. To velja za »Jug«.

Razlaga: Številne raziskave o odnosih med spoloma in generacijami v družinskih skupnostih dokazujejo obstoj patriarhalnih stališč in odnosov v Sloveniji, ki so lahko eden od virov za širšo družbeno in individualno strpnost do nasilja med spoloma in generacijami.

Primer pripisovanja »naravne nasilnosti« Romom:

Zmotno prepričanje: Romi živijo v večgeneracijskih družinah in so »po naravi« bolj nasilni. Zato je v njihovih družinah toliko nasilja.

Razlaga: Nasilje v družini in partnerskih odnosih se dogaja ne glede etnično pripadnost žrtve ali povzročitelja oziroma povzročiteljice nasilja. Študije o etničnosti opozarjajo na napačno pripisovanje družbenih okoliščin domnevni biološkosti (»po naravi«) določene skupine ljudi.

Dejavniki tveganja za nasilje v družini

Mojca Vah Jevšnik

Prepoznavanje nasilja nad otroki in odraslimi je najpogosteje težko, saj nanjo kažejo različni posredni in neposredni znaki, ki pa so lahko posledica tudi drugih zdravstvenih stanj in življenjskih okoliščin. Enodimenzionalnih razlag vzrokov za pojav nasilja v družini torej ni: pri vsakem primeru je treba celovito obravnavati posredne in neposredne klinične znake (☞ 3: OBRAVNAVANJE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI: KLINIČNI ZNAKI IN POTI), socialno-ekonomske dejavnike tveganja, ter vedenjske znake.

Dejavnikov tveganja za nasilje v družini prav tako ne moremo posplošiti na določeno skupino prebivalstva, npr. podeželsko prebivalstvo ali določeno etnično skupnost.

Vendarle pa obstaja povezava med določenimi dejavniki in večjim tveganjem za pojav nasilja. Tveganje za pojav nasilja v družini je večje v primerih:

- socialne izključenosti in ogroženosti
- brezposelnosti
- povzročiteljeve dominantnosti v odnosu
- izkušnje z nasiljem v primarni družini
- zlorabe alkohola in drog

> »Tukaj so povzročitelji brezposelni in se preživljajo z dohodki svojih staršev in tega imamo kar nekaj. Da ostanejo sinovi tam štirideset let stari brez službe, v mama hotelu, s polnim penzionom in potem so tudi nasilni do njih. Pa pogosto je povezano še z alkoholom, pogosto je še ta težava. Pa slabši materialni položaj hkrati. Vse skupaj je povezano.«
>
> *(Socialna delavka, POND 2015)*

Na osnovi raziskav v Sloveniji lahko med dejavnike, povezane z izpostavljenostjo nasilju, uvrstimo ženske, brezposelne, osebe v procesu razveze ali razvezane, partnerje tveganih pivcev alkohola in depresivne.

Sočasna izpostavljenost dejavnikom tveganja poveča tveganje za nasilje v družini.

> »Je pa, je pa res to, da mogoče je preveč tega, da se nasilje v družini skrije za nekimi drugimi simptomi. Kot so brezposelnost, alkoholizem, veste, da se to vse skupaj na koš meče. Da enostavno zelo hitro začnemo, ne samo zdravniki pa zdravnice, tudi ostali strokovnjaki pa strokovnjakinje.
> Zelo velikokrat mislim, da je nekdo nasilen, zato ker je odvisen od alkohola. … Te stvari so pa dosti bolj prepletene.«
>
> *(Strokovna delavka v NVO, POND 2015)*

Žrtve nasilja v družini

Karmen Urška Modic

Žrtev nasilja v družini je družinski/a član/ica, nad katerim/o se izvaja fizično, spolno, psihično ali ekonomsko nasilje s strani drugega družinskega člana/ica oziroma zanemarjanje družinske/ga člana/ice ne glede na starost, spol ali katero koli drugo osebno okoliščino. O tipičnih značilnostih žrtev ne moremo govoriti: žrtve so tako ženske kot moški vseh starosti, vseh narodnosti in etničnih manjšin ter vseh socialno-ekonomskih skupin, ne glede na osebne okoliščine. Najbolj ogroženi so šibkejši družinski člani z manj družbene in ekonomke moči: otroci, ženske in starejše osebe.

Žrtve nasilja v družini zdrsnejo v vlogo žrtve praviloma neopazno in prikrito, saj se nasilje v družini lahko začne pod različnimi imeni, kot so ljubezen, ljubosumje, vzgoja. Nasilje se praviloma stopnjuje in se samo ne ustavi.

Značilnost žrtev nasilja v družini je njihova nemoč, strah pred povzročiteljem nasilja in strah, da bo nasilje dobilo še hujšo obliko.

Večina žrtev nasilja se sooča z različnimi negativnimi občutki krivde, sramu, strahu pred dejanji in maščevanjem povzročitelja nasilja, strahom, da ji drugi ne bodo verjeli. V primerih partnerskega nasilja žrtev še doživlja ambivalentne občutke o samem razmerju ter strahove in občutke krivde glede vpletenosti otrok (dileme glede »razbitja« družine, skrbništva, selitve …).

Najnevarnejši trenutek za žrtev je trenutek izhoda iz nasilnega odnosa. Za večino žrtev nasilja v družini je odhod iz nasilnega odnosa dolgotrajen proces, in ne enkraten dogodek. Morda bodo žrtve sprejemale odločitve, ki jih ne razumemo, vendar naj zdravstveni delavci spoštujejo njihove odločitve.

Žrtve nasilja v družini – ženske

Statistike, raziskave ter izkušnje vladnih in nevladnih organizacij sinhrono potrjujejo, da so nasilju v družini mnogo pogosteje izpostavljene ženske kot moški. Družina je za ženske in otroke potencialno najnevarnejši kraj, partner pa za žensko potencialno najnevarnejša oseba. Večina poškodb nastane v družinskem okolju in po ocenah naj bi bila vsaka peta ženska v Sloveniji žrtev svojega partnerja.

Nasilje nad ženskami med drugim izhaja tudi iz neenakomerne porazdelitve moči ter drugih strukturnih neenakosti med spoloma. V izraziteje patriarhalnem okolju je toleranca do nasilja v družini višja.

Ženska, ki doživlja nasilje v družini ali intimnopartnerskem odnosu, bo naredila vse, kar je v njeni moči, da bi onemogočila nasilje. Ženske, ki so doživele nasilje, po navadi ponotranjijo družbeno zaničevanje, ki jim vsili občutke manjvrednosti (slaba mati, gospodinja, nesposobna urediti družinsko situacijo), sebe vidijo kot moškemu podrejene in se zaničujejo, ker so dopustile, da jih je nasilnež zlorabljal.

Ob spraševanju o vzrokih, zakaj ženske ostajajo s povzročiteljem, se iz goste mreže stereotipnih razmišljanj prebijajo nerazumevanje in negativne, poenostavljene sodbe: npr. »sama si je kriva«, »všeč ji je«, »ženska neumnost«. Z njimi družba žensko – žrtev drugič viktimizira in stigmatizira: prvič z dejanjem nasilja nad žensko in drugič, ko žensko označi kot vzrok in krivca za nasilje.

> »Imeli smo žrtev nasilja in je imela govor in je tako lepo rekla, ko sprašujejo, zakaj ženska ne odide, ker to res dolgo traja pri nekaterih. Ampak rekla je, da ko pa je kozarec res poln in ne gre niti kaplja več vanj, potem se odločiš.«
>
> *(Regijska koordinatorica za nasilje v družini, POND 2015)*

Nekateri vzroki, ki držijo ženske žrtve nasilja v odnosu:

- pomanjkanje podpore (npr. prijateljev, družine, institucij),
- družbena pričakovanja (npr. zakonska zveza velja v »dobrem in slabem«),
- zanikanje (npr. »zaradi dela je pod pritiskom«, »njegov oče ga je pretepal«),
- izolacija (npr. »nihče ne bo hotel imeti nič s to grozno osebo«),
- strah in grožnje povzročitelja (npr. »ubil bom tebe, otroke, potem še sebe«),
- odvisnost (npr. čustvena in ekonomska odvisnost),
- nima garancije za prihodnost,
- upanje, da se bo partner spremenil.

Zakaj ženske ostajajo v nasilnih odnosih
www.prepoznajnasilje.si/qrc/zakaj-zenske-ostajajo

Žrtve nasilja v družini – otroci

Nasilje v družini prizadene tudi otroke, ki so zgolj posredne priče nasilnih dogodkov v družinski skupnosti. Nasilje nad otroki (mlajšimi od 18 let) je ena od grobih kršitev otrokovih pravic. Za nasilje ni nikoli odgovoren otrok.

Nekatere značilnosti otrok, mladostnic in mladostnikov, ki doživljajo nasilje:

- nenadne spremembe v vedenju in poslabšanje šolskega uspeha,
- nenehno so pazljivi, kot bi se pripravljali na to, da se bo zgodilo kaj slabega,
- zelo so ustrežljivi ali popolnoma »neposlušni«,
- so preveč ali premalo odgovorni, t.i. težavni otroci, ki imajo probleme z okoljem (npr. zelo živahni, se pretepajo, ali čisto mirni in neopazni),
- prihajajo v šolo prezgodaj, ostajajo še dolgo po pouku in ne želijo domov,
- imajo zdravstvene težave (npr. ponavljajoči se glavoboli in/ali bolečine v trebuhu, bulimija, anoreksija – več ☞ 3: KLINIČNI ZNAKI IN POTI: PEDIATRIJA, OTROŠKA PSIHIATRIJA).

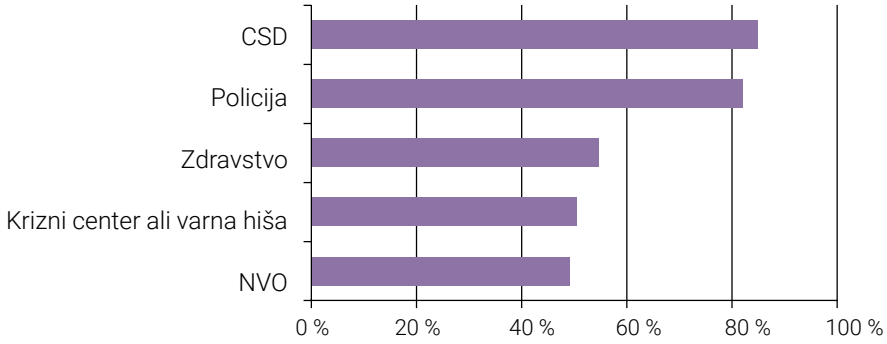
Žrtve nasilja v družini – moški

Zmotno je prepričanje ter enosmerno razumevanje ženske kot žrtve in moškega kot povzročitelja nasilja. Moški žrtve nasilja se počutijo enako kot ženske žrtve nasilja, vendar pa zaradi naravnanosti družbe in tradicionalnosti vloge moškega le-ti še težje poiščejo pomoč za rešitev iz položaja, v katerem so se znašli.

Nasilje nad moškimi v družini in intimnopartnerskih odnosih ima določene značilnosti:

- Nasilje, ki ga povzročajo ženske nad moškimi, nima za posledico hujših telesnih poškodb. Ženske pogosteje uporabljajo psihične oblike nasilja. Umori partnerjev so pogosto storjeni v samoobrambi ali so odgovor na nemoč pri soočanju z nasiljem s strani partnerja.
- Moški se ob kričanju žensk nanje ne počutijo zelo fizično ogrožene.
- Moški vzroke za nasilje pogosteje eksternalizirajo, ženske pa internalizirajo, kar pomeni, da moški vzroke za svoje nasilje iščejo v drugih ljudeh/okoliščinah, ženske pa v sebi.

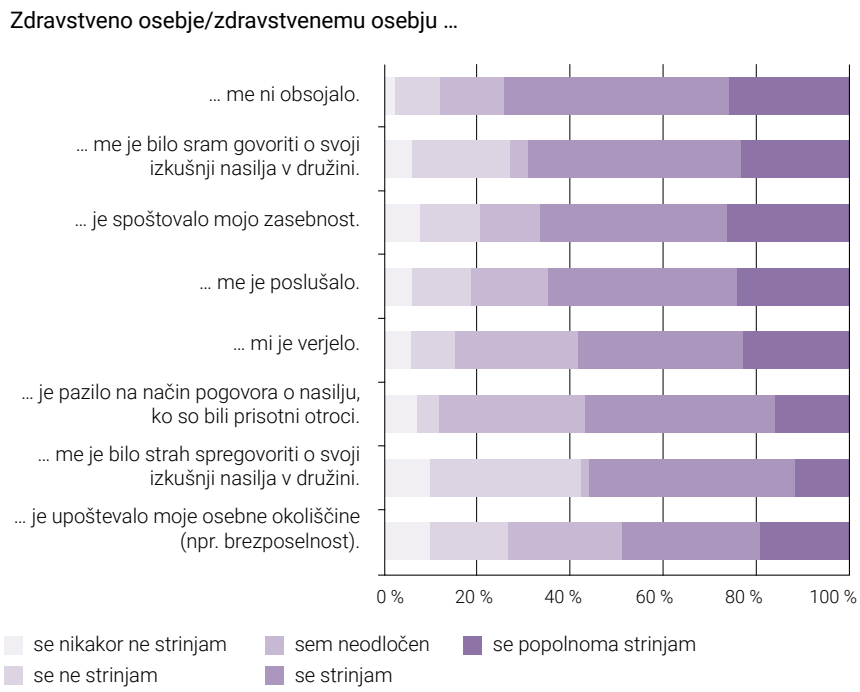
Pričakovanja in izkušnje žrtev nasilja v družini v zdravstvenem okolju: izsledki raziskave POND



Graf 1: Institucije, s katerimi so bile žrtve nasilja v družini glede svoje izkušnje v stiku (POND 2015).

Žrtve so najpogosteje poročale o naslednjih izkušnjah z zdravstvenim osebjem:

- osebje jih ni obsojalo,
- je spoštovalo njihovo zasebnost,
- jih je poslušalo,
- jim je verjelo,
- bilo jih je sram govoriti o svoji izkušnji nasilja v družini zdravstvenemu osebju (POND 2015) (Graf 2).



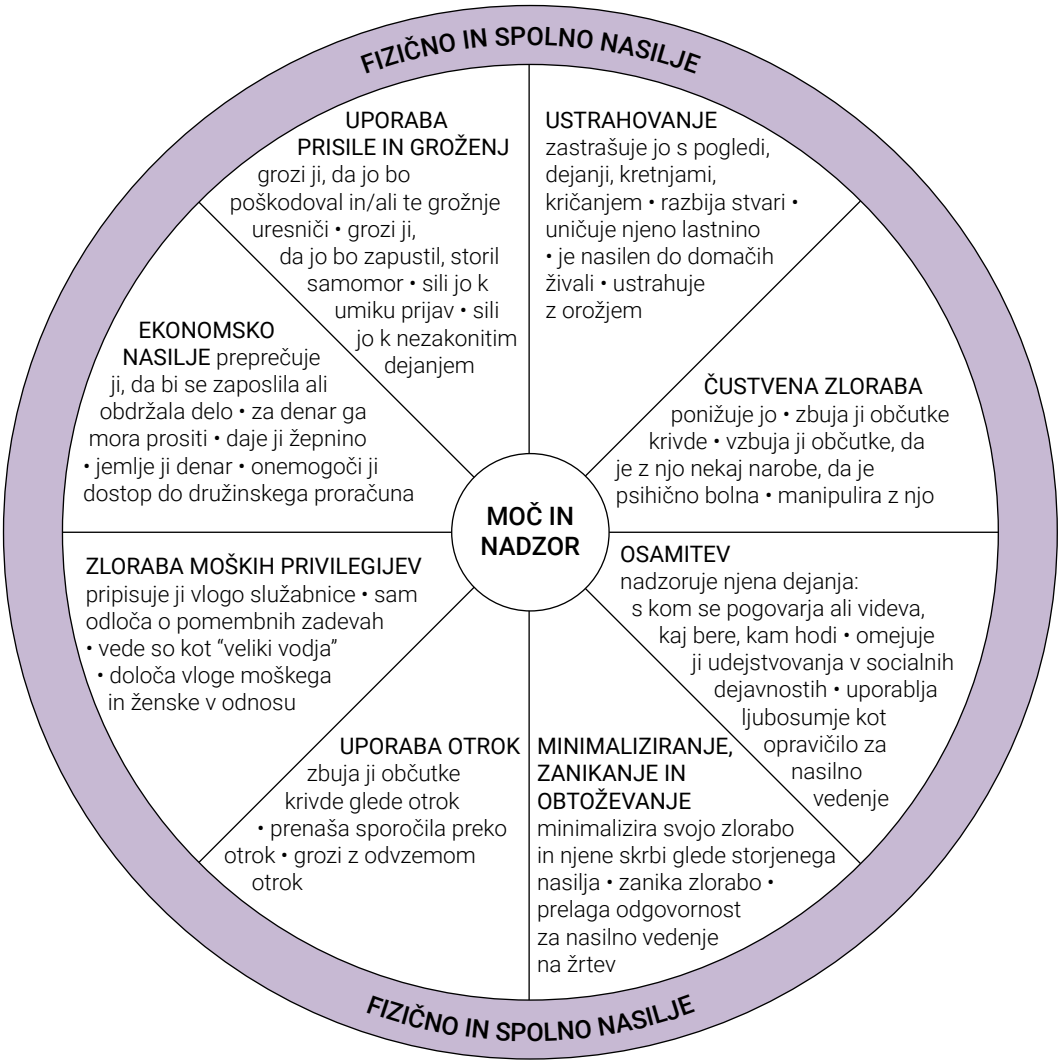
Graf 2: Izkušnja žrtve ob stiku z zdravstvenim osebjem (POND 2015).

Kolo moči in nadzora

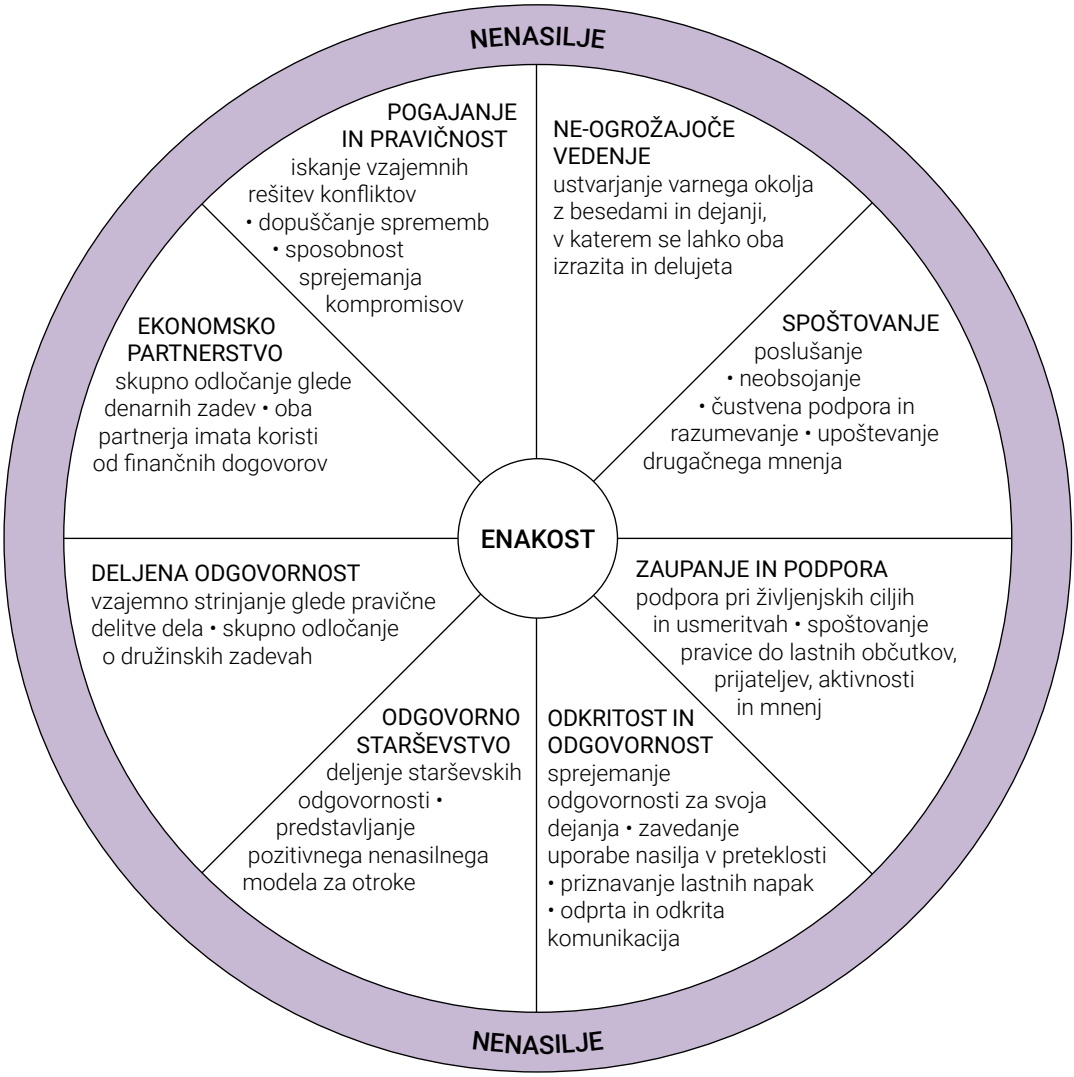
Kolo moči in nadzora je orodje, ki lahko pomaga pri razumevanju kolesja zlorabe in nasilnega vedenja, kjer povzročitelj skozi daljše časovno obdobje izvaja več zlorabljajočih vedenj. Fizično nasilnim dejanjem je običajno pridružena množica drugih oblik zlorabe in nasilja, ki jih je še težje prepoznati, saj močno prežemajo vzorce ustrahovanja in nadzora v odnosu.

Fizično in spolno nasilje oziroma zloraba predstavlja »rob« oziroma okvir kolesa. V središču kolesa je namen celotnega zlorabljajočega odnosa: moč in nadzor. Vsaka kolesna napera predstavlja določeno taktiko, ki jo povzročitelj uporablja, da bi uveljavil svojo moč in obdržal nadzor nad žrtvijo.

Nasprotno pa **Kolo enakosti** temelji na enakosti v odnosih. Prikazuje potrebne spremembe za nenasilen partnerski odnos.



Slika 1. Kolo moči in nadzora (povzeto po Domestic Abuse Intervention Project)



Slika 2. Kolo enakosti (povzeto po Domestic Abuse Intervention Project)

Dinamika nasilja v družini in povzročitelji

Melita Zver Makovec

Nasilje v družini ne upraviči zahteve po nevmešavanju družbe v njeno zasebnost.

> »Pomembno je, da se ljudje vpletejo v »tujo stvar« in pošljejo žrtvi sporočilo, da rešitev obstaja, storilcu pa, da to ni sprejemljivo.«
>
> *(Neža Miklič, 2015)*

V primerjavi z nasilnim dejanjem, ki ga zagreši neznana oseba, se nasilje v družini dogaja med znanimi osebami. Neznana oseba običajno stori enkratno nasilno dejanje, v primeru nasilja v družini pa gre praviloma za ponavljajočo se prakso nasilja med poznanimi člani družine.

Družina je namreč socialni prostor močnih navezovalnih odnosov med njenimi članicami in člani. Večina modelov razlag pojava nasilja v družini pripisuje veliko vlogo prav navezovalnim odnosom skozi analizo medosebnih dejavnikov. Ti med drugim vključujejo tudi stresorje znotraj družinskega kroga, denarne težave, spore med partnerjema in neenakomerno porazdelitev moči, makrospremenljivke pa vključujejo patriarhalno naravnanost družbe, ki pogosto upravičuje nasilna dejanja.

Povzročitelj poseže po nasilju pri izražanju jeze, ob občutku frustracije ali izgubi nadzora, ali pa uporabi nasilje kot instrument za dosego nadzora nad žrtvijo, njeno ustrahovanje ali podrejanje.

Nasilje v družini se prenaša medgeneracijsko. Ciklične povezave med doživljanjem nasilja v otroštvu in kasnejšim nasilnim ravnanjem oziroma viktimiziranostjo se lahko ohranjajo s pomočjo različnih dejavnikov tveganja oziroma prekinejo s pomočjo posredovalnih dejavnikov. Prenos nasilnega vedenja skozi generacije ni nujen: večina odraslih, ki imajo izkušnjo nasilja v lastnem otroštvu, ni nasilnih do svojih otrok.

Dinamika nasilja je cikličen proces, ki se dogaja v okoliščinah raznovrstnih navezanosti in odvisnosti med povzročiteljem nasilja in žrtvijo. Na prvi pogled dinamika nasilja ni povsem jasno razvidna in razumljiva. Praviloma pa vključuje ponavljanje stopenj naraščanja napetosti, nasilnega incidenta in zmanjševanja napetosti. Ko je napetost v odnosu majhna, je povzročitelj praviloma ljubezniv, se opravičuje in zagotavlja, da se nasilje ne bo več zgodilo.

Že najmanjše izboljšanje odnosa žrtev prepriča, da v njem vztraja.

Ženske se v zlorabljajoči odnos vrnejo v povprečju sedemkrat, preden se dokončno odločijo, da bodo zapustile partnerja.

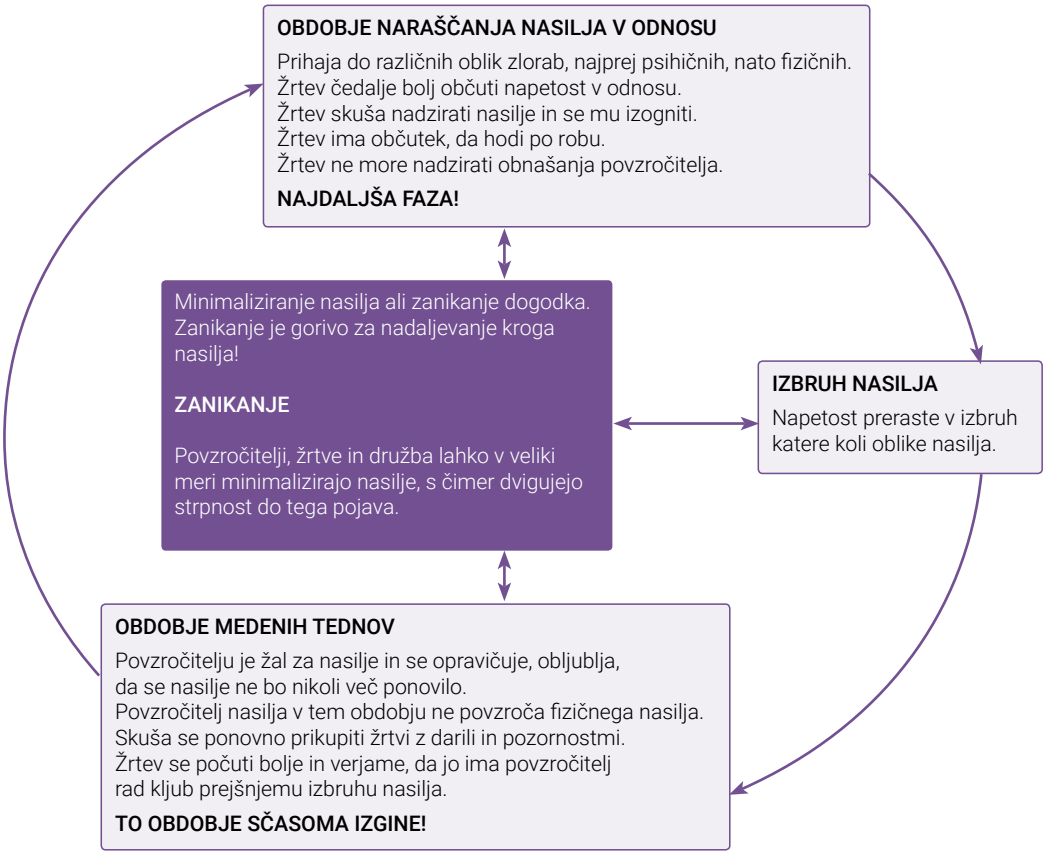


Diagram 1: Krog nasilja (povzeto po Domestic Violence Solution)

Tabela 1: Najpogostejši prostori storitve (TOP 5) KD po kazalniku nasilja v družini od leta 2008 do 2014 v RS (Poročilo o delu policije 2008–2014).

Število KD Podroben opis kraja	Leto 2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stanovanjska hiša v naselju	2246	4250	3784	3421	3648	2983	3153
Stanovanje v bloku	1537	2140	2340	2455	2600	2316	2304
Ostalo	427	928	654	558	629	588	531
Stanovanjska hiša zunaj naselja	350	440	382	333	299	421	414
Parkirišče	120	114	83	99	47	77	63

Dom je najpogosteje prostor, kjer prihaja do nasilnih dejanj med člani družine (Tabela 1). Do trenj najpogosteje pride v popoldanskem času ali zvečer, saj se takrat člani družine vračajo iz služb ali šol, nevarnost izbruha nasilja pa je znatno večja, če so se člani med dnevom znašli v stresnih okoliščinah.

Dinamika nasilja v intimnopartnerskih odnosih

V nepatoloških navezovalnih odnosih skorajda ni čistih posamičnih oblik navezanosti med partnerjema. Prepoznati je mogoče le težnje oblikovanja nekaterih oblik, ki pa se pogosto prepletajo. **Varna** navezanost med odraslimi osebami pomeni: posameznik zase meni, da je vreden dobrega in skrbnega ravnanja, spoštuje svojega partnerja in od njega pričakuje, da se, tako kot on, odziva na potrebe navezanosti. Posamezniki z varno obliko navezanosti naj bi bili sposobni uravnavati negativna čustva, do katerih pride med odpravljanjem težav. **Izogibajoča** oblika pa pomeni, da je celoten sistem navezovanja v partnerski zvezi v skladu s čustvenimi pravili v tovrstnih zvezah zadržan, odnos pa za partnerja ni zelo pomembna tema. Intenzivnost čustev je razmeroma nizka. Posameznik s tem načinom navezovanja kaže znake pretirane samozadostnosti z močnim občutkom samovrednosti in samoidealizacije. Tak posameznik lahko svojega partnerja doživlja kot nedostopnega ali celo kot sovražnega. Posamezniki, ki vstopajo v **ambivalentno** obliko navezave, iščejo partnerja s stalnimi potrebami, ki bi bil ves čas na voljo. Tak posameznik se nizko vrednoti, partnerja pa pretirano spoštuje oziroma ga idealizira. Praviloma je ta oseba tista, ki vzdržuje bližino z nepredvidljivim partnerjem ter je pretirano pozorna na morebitne znake napetosti in ločitve.

Pri otrocih, ki so živeli v nasilnem okolju, zlasti pri tistih, ki so bili izpostavljeni ponavljajočemu se in hudemu nasilju, se v odraslosti oblikuje poseben stil navezanosti – **travmatska** navezanost. Takšne osebe pri svojih partnerjih vzbujajo strah, nagnjene so k zlorabljajočemu vedenju, so kronično anksiozne, v medosebnih odnosih zelo nezaupljive in ljubosumne, čustveno labilne. Jeza je osnovna sestavina njihovega odnosa do partnerja; ta je zmeraj pripisana partnerju in usmerjena vanj. Pojavljajo se pričakovanja po razumevanju, sprejemanju in varnosti, hkrati pa jim je pripisana krivda in odgovornost, če pričakovanja niso izpolnjena. Navezanost v takšnih partnerskih odnosih pomeni kronično jezo na partnerja. V takšnih primerih pride do nasilnega vedenja zaradi notranjega razpoloženjskega stanja.

Povzročitelji nasilja v družini:

- vzroke za nasilno vedenje pogosto pripisujejo zunanjim dejavnikom (npr. stresu v službi, dejanjem partnerja) ali trenutnemu, nestalnemu psihičnemu stanju (čustveni razburjenosti, opitosti);
- pogosto uporabljajo izgovore ali zmanjšujejo število, težavnost in posledice nasilnih dejanj.

»Čeprav se pogled na nasilje v družini spreminja in potrebujejo zdaj žrtve veliko manj časa kot pred leti, da zberejo pogum in odidejo iz nasilnega odnosa, pa nekatere stvari ostajajo enake. Povzročitelji nasilja so tako še vedno dobrodošli v objemu svojih mater, ki za sinove iščejo opravičila in izgovore, sosedje, ki bi sicer šli v vojno zaradi petih centimetrov zemlje, pa se v tuje zadeve nočejo vpletati.«

(Neža Miklič, 2015)

Žrtve zaradi dinamike odnosov v družini prevzamejo iste načine racionalizacije, opravičevanja in minimaliziranja, kar prispeva k povečanju njihove strpnosti do nasilja in jih odvrača od iskanja pomoči. Odhod iz nasilnega odnosa je izjemno težak in kompleksen. Žrtev je v odnosu s povzročiteljem prestrašena, potlačena, razvrednotena in včasih preprosto nima kam oditi, bega ne vidi kot možnost izhoda ali pa ima premalo podpore zunaj družine oziroma je sploh nima. Drugi razlog gre iskati v naravi navezovalnih odnosov v družini, ki je utemeljena v potrebi po zaščiti in preživetju. Ta občutek navezanosti je tako globoko zakoreninjen, da se lahko razvije in obstaja tudi v partnerski zvezi, v kateri navezovalna oseba vedno znova kaznuje žrtev. Tako lahko razumemo, zakaj žrtve občutijo bolečino, kadar se bojijo, da bodo izgubile navezovalno osebo ali pa jo dejansko izgubijo. Žrtve otroci pa sploh nimajo možnosti, da bi se sami umaknili iz nasilne družine, saj ne poznajo druge socialne varnosti. S tovrstnimi navezovalnimi odnosi lahko razložimo, zakaj članice v nasilnih družinah občasno doživljajo občutke varnosti, tolažbe in zaščite, obenem pa občutke nemoči, strahu in obupa. Žrtve se v »dobrih obdobjih« navežejo na družinske člane, ki sčasoma zlorabijo svojo moč nad njimi. Ker so družinski člani med seboj navezani, ostajajo žrtve v takšnem odnosu, čeprav se nasilna dejanja ponavljajo in postajajo stalna praksa njihovega vsakdana.

Družbeno spopadanje z nasiljem pogosto ostaja samo pri kriminaliziranju storilcev prav zaradi nepoznavanja psihološke dinamike tega pojava in nerazumevanju dejstva, da so lahko povzročitelji nasilja tudi nekdanje žrtve nasilja in da je njihovo sedanje vedenje v tesni vzročni povezavi z njihovimi izkušnjami med odraščanjem.

Povzročitelji nasilja v družini

Oseba, ki povzroča nasilje v družini, je lahko vsak ožji ali širši družinski član (Tabela 1).

»Nasilneži prihajajo iz vseh slojev … dostikrat smo poslušali stereotipe, da so to priseljenci, nižje izobraženi … Raziskave so pokazale, da je pri visoko izobraženih nasilje dosti bolj prefinjeno in subtilno.«

(Maja Plaz, 2015)

Tipičnih značilnosti povzročiteljev nasilnih dejanj ni mogoče z gotovostjo navesti. Skupna lastnost povzročiteljev je, da imajo nizko samopodobo in se ne počutijo dobro v svoji koži. Različne raziskave so nakazale, da so bili povzročitelji nasilja izpostavljeni

nasilju v otroštvu. Pri povzročiteljih nasilja je opazna dvoličnost: uporabljajo izgovor, da se doma ne morejo nadzorovati, medtem ko so v drugih okoliščinah sposobni samonadzora (ter so zgledni, vljudni in zelo prijazni sosedje, sovaščani …).

Psihološki lik moškega povzročitelja nasilja med drugimi značilnostmi zajema strah pred zapuščenostjo, zaradi katerega moški posledično vstopajo v tesnobne oblike partnerskih zvez. Ko moški začuti nevarnost, da bo zapuščen, se odzove nasilno, slabo obvladovanje besa pa je lahko tudi posledica starševskega zavračanja in telesnega kaznovanja v otroštvu.

Profil povzročiteljev nasilja v družini
www.prepoznajnasilje.si/qrc/profil-povzrocitelja

Storilke nasilnega dejanja so tudi ženske, ki pa pogosteje uporabljajo bolj subtilne oblike nasilja. Čeprav so nosilci nasilja v partnerskem odnosu tako moški kot ženske, ima nasilje moških bolj uničevalne oziroma tragične posledice, ki jih je mogoče pripisati njihovi fizični premoči. V veliki večini primerov je storilec družinskega nasilja moški, žrtve pa so ženske in/oziroma otroci.

Tabela 1: Razmerja med povzročitelji in žrtvami nasilja v družini pri vseh obravnavanih primerih na CSD-jih po Sloveniji v letu 2014 (Vir: Poročilo SCSD 2014, ISCSD april 2015).

Povzročitelj	**Število**
partner	1423
bivši partner	420
oče/mati	368
otrok/pastorek	350
brat/sestra	60
dedek/babica	4
vnuk/vnukinja	17
nečak/nečakinja	3
svak/svakinja	5
tast/tašča	18
stric/teta	5
bratranec/sestrična	1
rejenec	1
zet/snaha	17
Skupaj:	**2692**

Za izbruh nasilja je odgovoren preplet različnih dejavnikov, značilnih za posamezno situacijo. Nosilec dejanja je sicer res posameznik, vendar je dejanje vpeto v določen družbeno-kulturni kontekst. Večina povzročiteljev nasilja svoje nasilje zanika, minimalizira ali na različne načine opravičuje. Pogosto se postavljajo v vlogo žrtve (☞ 3: KLINIČNI ZNAKI IN POTI: PSIHIATRIJA).

> »Pri delu s povzročitelji je veliko pasti, ker imajo svojo zgodbo, so manipulativni, predstavljajo se kot žrtve. Res moraš paziti, da ne greš v zavezniški odnos z njim.«
>
> *(Socialna delavka, POND 2015)*

Storilci nasilja velikokrat zlorabljajo osnovno človeško potrebo po moči. Moč je osnovna potreba človeka, da nadzoruje in vpliva na svoje življenje. Uporabljamo jo lahko na konstruktiven ali destruktiven način. Nasilje je zloraba moči.

Odgovornost za nasilje v družini vedno nosi povzročitelj nasilja, nikoli žrtev. Povzročitelji vsakokrat najdejo izgovor za svoja dejanja v žrtvinem vedenju in dejanjih. Izzivanje vselej obstaja le v glavi povzročitelja nasilja.

Nasilno vedenje je vedno izbira! Vsakdo lahko izbere drugačen način vedenja. Vzrokov, zaradi katerih nekdo povzroča nasilje, je več, nikakor pa niso opravičilo in izgovor za nasilno vedenje. Razumevanje vzrokov za nasilje je zgolj stopnja na poti do ozaveščanja in spreminjanja vedenja.

V Sloveniji se s povzročitelji nasilja ukvarja predvsem Društvo za nenasilno komunikacijo.

Vedenje žrtev in povzročiteljev v zdravstvenih institucijah

Frančiška Premzel

Odzivi in vedenje žrtev nasilja pri iskanju pomoči so odvisni od več lastnosti in okoliščin žrtve: stopnje ozaveščenosti, občutkov sramu, potlačenosti ter življenjske ogroženosti in podobno. Najpogosteje skušajo na vse načine odvrniti vprašanja o vzrokih nastanka poškodb in govorijo o vsem drugem, da preusmerijo pozornost. Spontane prijave nasilja in iskrene izpovedi žrtev so redke.

Post travmatska stresna motnja www.prepoznajnasilje.si/qrc/ptsm

Nekatere žrtve nasilja se tudi ne prepoznavajo kot žrtve nasilja. Svoje težave oziroma razloge zanje velikokrat iščejo pri sebi, svojem vedenju in iščejo opravičila za ravnanje povzročitelja. Težave minimalizirajo, iščejo druge razloge za njihov nastanek. Žrtev je lahko tudi apatična, brezvoljna, prepričana v to, da ji nihče ne more pomagati, vdana v svojo usodo.

Okoliščine žrtev: zakaj ne soglaša s prijavo nasilnega dejanja, prikriva resnico oziroma se vrača v nasilen odnos www.prepoznajnasilje.si/qrc/okoliscine-zrtev

> »Žrtev v mnogih primerih ne ukrepa prav zaradi socialne situacije – nezmožnosti iti na svoje, nima finančnih sredstev, nima socialne mreže, morda ima otroke z nasilnežem. A prijava ni dovolj, treba se je sočasno spraševati o posledici in sočasno iskati rešitev. Samo s prijavo lahko žrtev ogrozimo, treba je napraviti koncept reševanja posameznikove situacije, dolgoročni načrt. To v osnovi ni naloga zdravnika. Zdravnik sodeluje s centrom za socialno delo in policijo, ni pa glavni akter oz. le v zdravstvenem delu.«
>
> *(Specialistka družinske medicine, POND 2015)*

Lahko izrazi strah pred povzročiteljem in posledice zase in zdravstveno osebje, v kolikor bo povedala po resnici, kaj se ji je zgodilo. Prepričana je v neizmerno moč povzročitelja nasilja ter v močno zaledje ljudi, ki mu bodo pomagali.

Do spremljevalca je boječa, pusti, da govori v njenem imenu, neverbalno z njim soglaša in ga na ta način ščiti. Ne upa si ravnati drugače.

V nekaterih situacijah se spremljevalci vedejo agresivno in grozijo zdravstvenemu osebju. Te zdravstveno osebje hitreje prepozna in jim je njihova vloga jasnejša.

Najpogosteje pa je povzročitelj nasilja v družini zelo zaskrbljen spremljevalec žrtve v ambulanti. Žrtve se običajno tudi strinjajo s tem, da je spremljevalec prisoten ob pregledu. V tovrstnih situacijah je zelo pomembna nebesedna komunikacija, ki jo sporoča žrtev: sklonjena, vdana v usodo, prikimava, se strinja s predlogi, v razlagi o težavah je skromna, jo je strah … .

S svojim vplivom, prijaznostjo in zaskrbljenostjo povzročitelj želi odvrniti sum o povzročenem nasilnem dejanju, tudi če si ga žrtev slučajno upa izdati. Lahko pa je vedenje spremljevalca obtožujoče za zdravstveno osebje in se vede zaščitniško do žrtve ter skuša na ta način doseči čimprejšnjo pomoč žrtvi, brez drugih posledic, ker se ga bodo v instituciji želeli čim prej rešiti.

Veliko težje se je odločiti za nadaljnje posredovanje in prijavo pri pretirano vljudnih in prijaznih (in skrajno manipulativnih) povzročiteljih, ker nam s svojim vedenjem skušajo ustvariti dvom o tem, kar je povedala žrtev in kar nam na drugi strani sporoča povzročitelj (☞ 3: DINAMIKA NASILJA V DRUŽINI IN POVZROČITELJI).

Ranljive skupine in razumevanje kulturnih razlik

Mojca Vah Jevšnik

Ranljive skupine

Ranljive družbene skupine so skupine prebivalstva, ki se srečujejo z visoko stopnjo tveganja socialne izključenosti in neenakih možnosti. Čeprav so vse žrtve nasilja v družini ranljive, so ranljive skupine zaradi družbene in ekonomske nemoči ter posebnih življenjskih okoliščin šibkejše. Imajo tudi omejen vpliv nad pomembnimi področji življenja ter dostop do sistemskih in ekonomskih rešitev:

- otroci in mladoletne osebe
- nosečnice
- starejše osebe (☞ 2: NASILJE NAD STAREJŠIMI)
- podeželske ženske (☞ 2: ŽRTVE IN POVZROČITELJI NASILJA V DRUŽINI V PODEŽELJSKEM OKOLJU)
- revne in socialno ogrožene osebe
- osebe z gibalnimi, senzornimi in intelektualnimi ovirami
- osebe z duševnimi težavami in motnjami
- migrantke, posebej nedokumentirane
- žrtve trgovine z ljudmi in spolne delavke
- prosilke za azil in begunke
- pripadnice etničnih manjšin
- LGBT-osebe
- brezdomke

Tveganje za zlorabo teh družbenih skupin se poveča, kadar je žrtev umeščena v več ranljivih skupin hkrati, npr. otrok z intelektualnimi ovirami, socialno ogrožena migrantka, gibalno ovirana starejša ženska in podobno.

Kolo moči in nadzora za osebe z oviranostmi in njihove skrbnike
www.prepoznajnasilje.si/qrc/kolo-oviranost

Ranljive skupine težje prijavljajo nasilje in komunicirajo z zdravstvenim osebjem zaradi številnih kompleksnih razlogov, ki so specifični za posamezno ranljivo skupino.

Pripadnice etničnih manjšin in migrantke: imajo lahko težave s komunikacijo zaradi slabega poznavanja jezika ter zakonskih določil in pravic, družbene izoliranosti, odsotnosti podpornih mrež ter razpetosti med lastnimi občutji in kulturno pogojenimi percepcijami razumevanja nasilja; lahko je prisoten tudi strah pred deportacijo iz države.

Istospolni partnerji: prijavo pogosto spremlja strah pred razkritjem spolne usmerjenosti, izključitvijo iz skupnosti LGBT in predsodki s strani strokovnih služb.

Razumevanje kulturnih razlik

Kulturna raznolikost se odraža v različnih vrednotah, prepričanjih in načinih življenja posameznih družbenih skupin. Pri obravnavi žrtev iz različnih kultur je pomembna ozaveščenost o raznolikih kulturnih praksah in sprejemanje različnosti brez predsodkov, diskriminacije ali izključevanja. Ustrezna in učinkovita obravnava žrtev je v veliki meri odvisna od kulturne kompetentnosti zdravstvenega osebja. Kulturno kompetentnost dosežemo, tako da:

- prepoznavamo in ozavestimo obstoj različnih kultur in kulturnih praks
- pridobivamo znanje o različnih kulturah
- prepoznavamo lastne predsodke in jih skušamo odpraviti
- prepoznavamo lastno kulturo in kulturne prakse
- prilagodimo komunikacijo, da zagotovimo učinkovito in jasno izmenjavo informacij
- se poskušamo čim bolj vživeti v čustva drugih
- delujemo z veliko mero potrpežljivosti

> »Moramo vključevati in sprejemati, da ti naši prosilci prihajajo iz različnih okolij, kar je zelo pomembno pri sami prepoznavi ranljivosti, odzivih ranljivosti, sodelovanju, načrtovanju dela ... tako da je zelo pomembno, da se res vživiš, da imaš občutek, znanje o drugih kulturah, pa za delo z njimi.«
>
> *(Socialna delavka v Azilnem domu, POND 2015)*

Kulturne razlike ne smejo postati opravičilo za nasilna dejanja oziroma za neukrepanje v primeru prepoznave nasilja. Nasilje v družini je nesprejemljivo dejanje, ki ga moramo prijaviti, obravnavati in do njega razviti ničelno stopnjo tolerance ne glede na kulturno pripadnost žrtve ali povzročitelja. Nikoli ga ne smemo prezreti, opravičevati s kulturnimi vzorci ali pojmovati kot nekaj normalnega in nedotakljivega za določeno kulturo. Na primer, prepričanje, da je nasilje v družini med Romi bolj sprejemljivo, ker je del romske kulture: če takšno prepričanje postane argument za neukrepanje oziroma ni zaznane potrebe po enakem strokovnem pristopu kot pri drugih žrtvah nasilja, je odziv s strani strokovnega osebja neustrezen.

Pripadniki različnih kultur, ki bodo deležni kulturno kompetentne obravnave, se bodo zdravstvenemu osebju lažje zaupali in z njim bolje sodelovali pri iskanju rešitev, manj bo tudi nesporazumov. Ključen je spoštljiv, strokoven pristop, brez vrednostnih sodb. Pomembno je poskušati razumeti življenjsko situacijo, v kateri se je žrtev znašla. Ocena stopnje ogroženosti in nadaljnje ukrepanje naj bosta prilagojena individualni situaciji žrtve (glede na njeno socialno mrežo, možnosti namestitve, sredstva za preživljanje in podobno).

»Tudi Rominje smo imeli v varni hiši in na svetovanju jih je par vključenih. Pri njih je še toliko težje oditi od doma, ker že njihova kultura govori, da je normalno, da se pač nad njimi dogaja nasilje in tudi veliko več je potem pritiskov, njihov odhod je še toliko bolj nevaren. Še veliko bolj nevaren kot za druge ženske, čeprav je za vse nevaren.«

(Strokovna delavka v NVO, POND 2015)

Pri pogovoru z žrtvijo nasilja iz ranljivih skupin čim več sprašujemo, da lahko bolje razumemo kulturno ozadje žrtve in določimo vrsto in pogostnost nasilja. Pri tem uporabljamo preproste in kratke stavke, na primer:

- Omenili ste, da je nasilje del vaše kulture. Mi lahko pojasnite, kaj mislite s tem?
- Ko rečete, da je vaš partner nagle jeze, kaj imate s tem v mislih?
- Kako se počutite, ko se o nasilju v družini pogovarjate s pripadniki vaše skupnosti?
- S kom se lahko odkrito pogovorite o nasilju?

Četudi se žrtev po pogovoru z zdravstvenim osebjem ne odloči za ukrepanje, je treba njeno odločitev spoštovati in razumeti v kontekstu specifične ranljivosti. Ob odhodu ji nudimo potrebne informacije in posredujemo osnovna sporočila:

- niste krivi,
- niste sami,
- obstaja pomoč,
- moja vrata so vam vedno odprta.

Dodatne informacije glede obravnave pripadnikov različnih kultur je mogoče pridobiti tudi pri pristojnih NVO (npr. Mozaik, Slovenska filantropija, Društvo Ključ in drugih) ali vladnih službah.

Nasilje nad starejšimi

Sanja Cukut Krilić

SZO opredeljuje nasilje nad starejšimi kot enkratno ali ponavljajoče se dejanje oziroma odsotnost primernega ravnanja v okviru vsakega odnosa, v katerem se pričakuje zaupanje, ki škoduje ali povzroči stisko starejše osebe. Zaradi naraščanja deleža starejših ljudi (nad 65 let) v strukturi prebivalstva in s tem vedno večje potrebe po medicinskih in negovalnih dejavnostih zanje je nasilje nad starejšimi vedno bolj prepoznano.

Pilotna študija nasilja nad starejšimi na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani je med dvesto dvajsetimi obiskovalci ambulante za zdravstveno varstvo odraslih pokazala 4,1 % prevalenco fizičnega nasilja nad starejšimi (Selič in sod., 2008).

Zmotno je prepričanje, da se nasilje nad starejšimi osebami dogaja predvsem v institucijah (npr. v domovih za starejše in podobno) in/ali da so povzročitelji večinoma starejši osebi neznane osebe. Raziskave kažejo, da so povzročitelji nasilja nad starejšimi večinoma osebe, ki jih starejši pozna. Največ nasilja nad starejšimi se dogaja prav v partnerskih, sorodstvenih, družinskih, intimnih in skrbstvenih odnosih.

Značilnosti in dinamika nasilja nad starejšimi so podobne dinamiki nasilja nad ženskami in otroki (☞ DINAMIKA NASILJA V DRUŽINI IN POVZROČITELJI). Starejše osebe doživljajo fizično, psihično, spolno in ekonomsko nasilje. Neredko so žrtve zanemarjanja. Pogosto je ekonomsko nasilje (na primer ko otroci starše prisilijo, da jim dajejo denar, prepišejo nanje svoje imetje itn.) in zanemarjanje (starejšim, ki so odvisni od tuje pomoči, povzročitelji pogosto odrekajo medicinsko oskrbo, nujno potrebne dobrine ter osnovno nego).

Primer nasilja nad starejšimi – Vnuka nad starimi starši
www.prepoznajnasilje.si/qrc/primer-nasilja-starejsi

Najpogostejši dejavniki tveganja za nasilje nad starejšimi so:

- telesna bolezen/prikrajšanost, kognitivne motnje: različne oviranosti tako žrtve nasilja (ki potrebuje pomoč in nego) kot tudi povzročitelja (nasilno vedenje kot posledica kognitivnih sprememb),
- stalen stres osebe, ki neguje starejšega,
- čustvena in ekonomska odvisnost žrtve od povzročitelja (skupno prebivanje),
- izoliranost žrtve,
- zloraba alkohola in drugih drog,
- revščina.

Kolo moči in nadzora: Nasilje nad starejšimi osebami
www.prepoznajnasilje.si/qrc/kolo-starejsi

Nasilje nad starejšimi je zelo povezano z občutki sramu in krivde. Starejše žrtve nasilja se pogosto bojijo maščevanja, nerazumevanja in obsojanja okolice ali pa jih je sram prijaviti nasilje v družini. Občutki sramu so še bolj prisotni v primerih, ko so povzročitelji nasilja njihovi otroci, vnuki. Starši oziroma stari starši jih ščitijo. Razlogi, da starejša žrtev nasilja v družini ne zapusti nasilnega odnosa, so:

- različne oblike oviranosti,
- zdravstvene težave,
- ekonomska odvisnost od povzročitelja nasilja,
- izolacija,
- nezaupljivost do oseb, ki bi jim lahko nudile pomoč,
- slaba poučenost o možnostih pomoči in pomanjkanje socialne mreže,
- prepričanje v brezizhodnost situacije,
- čustvene odvisnosti od dolgoletnega partnerja in/ali otrok,
- visoka družbena toleranca do nasilja nad starejšimi.

> »Ja, težja je ta sprememba za starejše ženske, težko se sploh odločijo, da bodo prišle. Če so one trideset let živele v nasilju, je zelo težko. To je že njihov slog in način življenja. In se nekako s tem poenotijo in tudi stereotipi, ta vzgoja, da ženska mora potrpeti, moški je glavni, to je zelo opazno pri teh starejših ženskah.«
>
> *(Strokovna delavka v varni hiši, POND 2015)*

Žrtve in povzročitelji nasilja v družini v podeželskem okolju

Duška Knežević Hočevar

Podeželska okolja, ki praviloma zajemajo tudi kmečka okolja, so raznoliki fizični in socialni prostori. Od mestnih okolij se razlikujejo predvsem po večjih družbenostrukturnih ovirah, kot so nižje stopnje izobraženih ljudi, nižji dohodki, višje stopnje brezposlenosti, omejene zaposlitvene, socialne in zdravstvene storitve, pomanjkljiv prevozni sistem itd.

»Podeželskost« je značilnost socialnih prostorov z manj zasebnosti oziroma z »veliko gostoto poznanstev«. Ravnanja in prakse podeželanov so običajno utemeljene v ideologijah samozadostnosti, opiranju nase, moškega hranitelja družine, močno kohezivne družine in lokalne skupnosti. Posebnosti podeželskega okolja pogojujejo praviloma slabo prepoznavanje in obravnavanje nasilja v družini.

Evropski parlament v Resoluciji o položaju žensk na podeželskih območjih EU (2008) v 19. točki opozarja na močno tabuiziranost spolnega in/ali domačega nasilja nad ženskami in dekleti na podeželskih območjih; poziva države članice, naj sprejmejo ustrezne ukrepe in zagotovijo boljšo zaščito in podporo žrtvam in tistim, ki so v nevarnosti, da bi postale žrtve takšnega nasilja.

Položaj žensk na podeželju – Resolucija
www.prepoznajnasilje.sj/qrc/zenske-podezelje

Poglavitne ugotovitve raziskave POND 2015, ki se nanašajo na prepoznavanje in obravnavo nasilja v družini na podeželju, so:

- nasilje v družini je še vedno tabu tema,
- podeželska okolja so praviloma patriarhalna in strpnost do nasilja je visoka,
- visoka je tudi strpnost do zlorabe alkohola,
- nasilje v družini je slabo prepoznan in obravnavan pojav; še najbolj je obravnavano fizično nasilje,
- veliko je prikrivanja nasilja v družini s strani žrtev in povzročiteljev,
- da »vsak vsakega pozna« je tako prednost kot pomanjkljivost pri prijavah,
- prevladuje prepričanje, da »mora ženska potrpeti«, bodisi zaradi ugleda družine ali celo vaške skupnosti,
- pričakovana podoba podeželske ženske je »marljiva, poslušna« ženska,
- prepričanje, da bodo ženske težko zapustile podeželje ali kmetijo, odšle v varno mestno okolje itd.,
- nasilje nad moškimi je še bolj zamolčano tako s strani žrtve kot povzročitelja,

- primanjkuje usklajenega in koordiniranega delovanja institucij, ki se ukvarjajo z nasiljem v družini,
- primanjkuje znanja in veščin komunikacije vseh, ki se ukvarjajo z nasiljem v družini,
- primanjkuje nevladnih organizacij, ki praviloma delujejo v mestih,
- opazno je neplačevanje socialnih in zdravstvenih prispevkov kmečkim ženam,
- odročna podeželska območja so prepuščena sama sebi,
- cerkev si premalo prizadeva za ozaveščanje o nasilju v družini; poudarja zgolj vrednoto ohranjanja družine za vsako ceno.

Redki primeri domačih študij o nasilju v družini v podeželskih (kmečkih) okoljih opozarjajo še na:

- podeželsko okolje kot dejavnik tveganja za nasilje v družini,
- potrebo po dostopnosti do strokovnih služb in usposobljenih zdravnikov za delo z otroki in mladostniki v vaških okoljih,
- praviloma podrejeni položaj žensk, v katerega so že zgodaj socializirane,
- psihično nasilje kot najpogostejšo obliko nasilja pri podeželankah in kmeticah,
- starejšo generacijo (starši in partnerjevi starši) kot zaznano povzročiteljico nasilja pri kmeticah.

Družinski zdravniki in zdravnice ter patronažne sestre v podeželskih okoljih

Nasilje v družini je na podeželju še vedno tabu tema. To dokazuje velika strpnost do tega pojava ali pa njegova slaba prepoznava. Nekateri kljub zabeleženi razširjenosti nasilja v družini v njihovem okolju zatrjujejo, da ga v svoji dolgoletni praksi niso veliko zaznali.

> »Vsi vemo, da je to najbolj problematična upravna enota. Ampak tam ni prijav in števila obravnav ne v zdravstvu, ne na policiji, ne na centru, ne nikjer… Kakor da ga ne bi bilo, kar vemo, da ni res.«
>
> *(Regijska koordinatorica za obravnavo nasilja družini, POND 2015)*

Patronažne medicinske sestre se na terenu pogosteje srečujejo z nasiljem v družini kot pa podeželski zdravniki, saj dnevno vstopajo v zasebne prostore posameznikov in družin. Njihovi obiski so praviloma napovedani. Za nenapovedani obisk se odločijo ob sumu nasilja v družini.

> »Če prideš nenačrtno, odkriješ vraga in pol. Če pa prideš načrtno, pa ne vidiš nič, ker ti skrijejo vraga in pol. Tudi mali otrok ne bo povedal. Ne bo izdal staršev.«
>
> *(Patronažna sestra, POND 2015)*

Bivanje v istem podeželskem okolju je oteževalna okoliščina pri odločanju patronažnih sester za prijavo v primerih, ko znaki nasilja v družini niso očitni ali pa žrtve nočejo prijaviti nasilja. Tvegajo, da jim bodo oskrbovanci za vedno zaprli vrata v dom, da bodo izgubile njihovo zaupanje.

> »Če se na vasi kaj zgodi, se hitro razve. Večkrat tudi sosedje nočejo prijavljati nasilja, pa domači ga skrivajo. Ženska se tudi dva dni skriva, ko je v modricah, ker jo mož pretepa. Tudi pred svojimi kolegicami. In če jaz vstopim v hišo, in jo vprašam, a te je mož pretepel, nikoli več ne bo z mano govorila.«
>
> *(Patronažna sestra, POND 2015)*

Nasilje v družini v podeželskem okolju: raziskave, primeri, izjave
www.prepoznajnasilje.si/qrc/nasilje-podezelje

Komunikacija z otroki in odraslimi žrtvami nasilja v družini

Snežana Kragelj

O nasilju v družini ni mogoče povprašati, če ne moremo zagotoviti zasebnosti pri spraševanju ali če bi spraševanje spravljalo v nevarnost bodisi pacienta/ko bodisi izpraševalca/ko. Če se ocene ni dalo izpeljati in bi bila potrebna, je treba to zabeležiti in poskusiti izpeljati oceno pri nadaljnjem sledenju. V kolikor gre za urgentne oddelke, se lahko napoti pacienta k osebnemu zdravniku z oznako, na primer, da ni bilo mogoče oceniti pacientove celotne življenjske/družinske situacije, ki utegne imeti vlogo pri aktualnih zdravstvenih problemih. Če je le mogoče, naj se zdravstveni delavec z dostopnim kolegom takoj posvetuje o svojih skrbeh glede varnosti pacienta.

Pogovor o možni izpostavljenosti nasilju v družini načnemo, kadar:

- dobimo obvestilo o možni izpostavljenosti nasilju s strani drugih služb (npr. socialne službe, policije, patronažne službe, drugih zdravstvenih delavcev, šole …),
- glede na posredne/neposredne klinične in druge vedenjske, družbeno-kulturne znake prepoznamo in posumimo na možnost prisotnosti nasilja v družini,
- pacient/ka spontano poroča o izpostavljenosti nasilju.

Osebe, ki doživljajo nasilje v družini, so zelo ranljive. Strah jih je, da jim ne bo nihče verjel, ko bodo spregovorile o nasilju. Z neprimernim načinom komunikacije lahko osebo, ki pride k nam po pomoč, dodatno ranimo, izgubimo zaupanje ter izgubimo njeno sodelovanje.

Dejavniki, ki vplivajo na veljavnost in verodostojnost žrtvine izjave

- Vaša tesnobnost in zadržanost govoriti o konkretnih temah.
- Žrtvina tesnobnost in zadržanost govoriti o konkretnih temah.

Najpogostejše skrbi in strahovi žrtve nasilja so, da:

- bo osramočena,
- bo obsojana,
- pogovor ni zaupen,
- bo morala odgovarjati na neprijetna intimna vprašanja.

Uvodna vprašanja

Tehnike, s katerimi zmanjšamo nelagodje in tesnobnost žrtev ter začnemo pogovor, kadar sumimo na nasilje v družini so:

- normalizacija,
- transparentnost,
- prošnja za dovoljenje,

- možnost ne odgovoriti na vprašanje,
- potrditev zaupnosti.

Normalizacija

Z normalizacijo postavimo problem v okvir normalnega, sprejemljivega. Žrtvi sporočamo, da njen problem ni osamljen primer in da ona ni edina, ki ji je težko govoriti o tem. Normaliziramo problem in/ali nelagodje in tesnobnost.

»Veliko ljudi težje govori o problemih, ki jih imajo v zakonu, družini. Kako je pri vas doma? Se počutite varno?«

»Veliko žensk, ne glede na starost in izobrazbo, doživlja nasilje v partnerstvu. Se je to kdaj zgodilo tudi vam?«

Transparentnost

S transparentnostjo razložite žrtvi, zakaj sprašujete. S tem pokažete iskrenost in odprtost glede vzroka spraševanja ter izkažete skrb za njeno zdravje.

»Rad/a bi se pogovoril/a o nekaj konkretnih vprašanjih glede vaše poškodbe (vaših modric, vaših zlomov, vaših pogostih vaginalnih vnetij …), zato da bom bolje razumel/a vaše zdravstvene težave.«

Prošnja za dovoljenje

»Bi vas motilo, če vam zastavim nekaj vprašanj o vašem odnosu z vašim zakoncem/partnerjem/odraslim otrokom/vnukom …?«

Možnost ne odgovoriti na vprašanje

Svojim pacientom povejte, da imajo možnost, da na vprašanje tudi ne odgovorijo, če jim je zaradi tega kakor koli nelagodno.

»Če je vprašanje za vas precej neprimerno, vam nanj ni potrebno odgovoriti.«

Potrditev zaupnosti

»Naj še poudarim, da vse, kar mi poveste, ostane tukaj, v tem prostoru, med nama.«

!

Za uspešno komunikacijo z žrtvijo nasilja v družini je treba:

- **vzpostaviti primeren (zaupen) odnos z žrtvijo,**
- **zavzeti ničelno toleranco do oblik nasilja v družini,**
- **zavedati se svojih omejitev,**
- **zagotoviti ustrezen (intimen) prostor za pogovor, izključiti moteče elemente,**
- **večkrat zagotoviti zaupnost pogovora; pogovor opravimo z žrtvijo na samem,**
- **če je mogoče, se na pogovor pripravimo vnaprej,**
- **opazujemo neverbalno komunikacijo žrtve in spremljevalca, če je prisoten.**

Namen pogovora je lahko:

- pridobivanje informacij,
- dajanje čustvene podpore: spodbujanje občutka varnosti, opogumljanje, pomoč pri razumevanju, da zloraba in nasilje ni krivda žrtve,
- pomoč žrtvi pri načrtovanju nadaljnjih ukrepov (prijava na policijo, CSD, napotitev na programe NVO).

Enoten model pogovora ne obstaja, saj so okoliščine vsake žrtve posebne, kot je tudi potek pogovora z vsako žrtvijo unikaten. Priporočamo pripravo sheme pogovora, s katero zmanjšamo možnost, da izpustimo pomembne vsebine.

Seznam možnih vprašanj

S seznama izberite tista vprašanja, za katera veste, da je z njimi najbolj udobno začeti in so najustreznejša za konkretno situacijo.

- *»Pri svojem delu srečam veliko ljudi, ki doživljajo nasilje s strani nekoga, ki ga imajo radi, s komer živijo. Se je to kdaj zgodilo tudi vam?«*
- *»Ker je nasilje v naši družbi tako pogosto, vsem svojim pacientom postavim nekaj osebnih vprašanj o njihovih odnosih: se doma počutite varno? Vas je kdaj kdo udaril ali vas kako poškodoval?«*
- *»Občasno preverim pri vseh svojih pacientih: Ali vas partner kdaj prisili v spolne odnose, pa vi tega ne želite?«*
- *»Vemo, da bo to, kako je oseba obravnavana doma, vplivalo na njeno zdravje. Zastavil/a vam bom nekaj vprašanj o vašem odnosu z vašim zakoncem/partnerko/partnerjem/odraslim otrokom/drugim družinskim članom.«*
- *»Veliko žensk, ki jih zdravim, doživlja nasilje v družini; nekatere so prestrašene ali jim je nerodno, da bi izpostavljale to temo. Vam lahko zastavim nekaj vprašanj o vašem odnosu z vašim zakoncem/partnerjem/partnerko/odraslim otrokom?«*

Če je odgovor NE:

»Vesel/a sem, da to slišim. Žal to ne velja za veliko ljudi v našem okolju. Če bi se to kdaj zgodilo vam ali komu od vaših bližnjih, želim, da veste, da smo tu za vas in da nas o tem lahko vedno obvestite.«

Če je odgovor DA:

Najprej se odzovite in pokažite, da ste poslušali. Izberite za konkretno situacijo najbolj primeren odziv. Vaš odziv pri tem je sprejemajoč – sočutno rečete:

- *»Zelo mi je žal, da to slišim.«*
- *»Vesel/a sem, da ste mi zaupali, zdaj bolje razumem vašo situacijo.«*
- *»Vam mora biti pa res hudo.«*
- *»To pa res ni enostavno.«*
- *»Povsem verjamem vaši izpovedi.«*
- *»Nihče si ne zasluži, da ga pretepajo. Kar se vam dogaja, ni prav.«*
- *»To ni vaša krivda. Povzročitelj mora prevzeti odgovornost za svoje vedenje.«*

- *»Ali se zdaj počutite varno?«*
- *»Slišim, da se obsojate, vendar zloraba ni vaša krivda.«*
- *»Za vašo situacijo obstaja več možnih načinov pomoči, vam lahko kaj več pojasnim v zvezi s tem?«*
- *»Vsakdo ima pravico biti varen v svojem domu.«*
- *»Kako pogosto se to dogaja?«*

Kadar je žrtev tiho in na prvi pogled z nami ne komunicira, jo lahko s pomirjajočim glasom usmerimo k izražanju čustev: *»To so stvari, o katerih je težko govoriti.«*

Sočutja ne enačite s pomilovanjem. S sočutjem izkazujemo razumevanje, s pomilovanjem dajemo žrtvi vedeti, da jo vidimo kot nebogljeno in nemočno. S tem ji jemljemo moč in pogum, ki ji ga že tako primanjkuje.

Nadaljevanje pogovora

V nadaljevanju pogovora sprašujemo, pridobivamo dodatne podatke, vzpostavljamo stik ter varno okolje. Pogovor v tej fazi služi tudi čustveni razbremenitvi žrtve, poglabljanju stika (ne le zbiranju anamneze).

Kadar gre za izredno travmatične dogodke (posilstva in podobno), pridobite zgolj ključne podatke. Ko ste pridobili osnovne podatke o tem, kaj se je na splošno zgodilo, prenehajte z iskanjem dejstev in raje čustveno podprite pacienta/ko. Pacient/ka bo verjetno vključen/a še v številna izpraševanja, zato omejite svoja poizvedovanja. Če potrebujete več informacij, omejite svoja vprašanja na kako, kdaj, kdo in kaj.

Za dober odnos in uspešen potek pogovora je pomembna sposobnost empatije – tj. zmožnost vživljanja v druge ljudi. Pri tem je pomembno ohranjanje profesionalne distance, ki omogoča zdravstvenemu osebju, da pravilno ukrepa, če je to potrebno.

Z nasveti, podučevanjem, dajanjem primerov iz našega življenja ne bomo vzpostavili zaupanja in ne stika z žrtvijo.

Odnos poglobimo s postavljanjem vprašanj, s katerimi bolje razumemo situacijo:

- kdaj se je prvič zgodilo,
- kako dolgo že traja,
- kako sta se s partnerjem oz. partnerico spoznala,
- kako se razumeta,
- …

Na tak način žrtvi sporočate, da se zanjo zanimate, in jo tudi čustveno delno razbremenite. Žrtev se bo počutila bolj sprejeto in varno. Imeli boste veliko več možnosti, da vam bo zaupala.

Dodatna posredna vprašanja, ki so vam lahko v pomoč pri pogovoru:

- *»Omenili ste, da je vaš partner jezen. Ali mi lahko poveste kaj več o tem?«*
- *»Zdi se mi, da ste še posebej zaskrbljeni zaradi vašega partnerja oz partnerice. Ali mi lahko poveste kaj več?«*

- *»Kako je kaj pri vas doma? Kako je vaš partner/partnerica/polnoletni otrok/drug družinski član?«*
- *»Rekli ste, da je vaš partner vinjen. Kako pogosto se to dogaja?«*
- *»Se je to zgodilo že kdaj prej?«*
- *»Se to dogaja zdaj? Povejte mi, prosim, več. Ste na varnem zdaj?«*
- *»Na žalost se ti primeri le redko ustavijo sami. Po navadi se stopnjujejo. Ali se lahko pogovoriva o vaši varnosti?«*
- *»Obstaja veliko možnosti, ki so vam lahko v pomoč in rad/a bi se pogovoril/a z vami o tem, kako bi se vi lahko počutili varno.«*
- *»Bi radi govorili z nekom, ki vam lahko pomaga?«*
- *»Ste že komu povedali, kaj se dogaja doma?«*
- *»Imate koga, ki bi mu lahko povedali, kaj se dogaja? Bi lahko njemu/njej povedali, kaj se dogaja?«, »Se lahko dogovoriva, da boste njej/njemu povedali, kaj se dogaja? Če želite, se lahko pogovorite s socialno delavko. Jo lahko pokličem?«*
- *»Če bi vaš družinski član poškodoval vas ali nekoga drugega, ali bi vedeli, kje lahko poiščete pomoč?«*

Ustrezen odziv med pogovorom

Žrtev opogumljate, sporočajte ji, da jo razumete in sprejemate:

- *»Verjamem vam.«*
- *»Nasilje se po navadi stopnjuje, zato je malo verjetno, da se bo to nasilje končalo.«*
- *»Skrbi me za vašo varnost (in varnost vaših otrok).«*
- *»Sem tukaj za vas, ko boste pripravljeni.«*
- *»Obstaja pomoč za vas, ko boste pripravljeni.«*
- *»Žal mi je, da se to dogaja z vami.«*
- *»To mora biti hudo. Ste kdaj poklicali policijo?«*
- *»Sedaj razumem, da vas skrbi.«*

Bodite iskreni in pošteni. Pri komunikaciji sledimo zakonskim in etičnim določilom. Žrtev obvestimo o dolžnostih in omejitvah v zvezi s prijavo nasilja in zlorabe.

- Ne dajajte lažnih obljub, da ji boste zagotovili varnost, potem ko bo razkrila nasilje ali zlorabo.
- Žrtvi pojasnite pomembnost vašega sodelovanja z drugimi strokovnjaki v zvezi z domnevnim nasiljem ali zlorabo.

Ponudite pomoč:

- *»Za vašo situacijo obstaja več možnih načinov pomoči; vam lahko kaj več pojasnim v zvezi s tem?«*
- *»Kakšno pomoč najbolj potrebujete, kako vam lahko pomagam?«*
- *»Kakšna so vaša pričakovanja?«*

Kako obvladujemo tišino, čustva in načenjamo novo temo v pogovoru
www.prepoznajnasilje.si/qrc/obvladovati-pogovor

Neposredna vprašanja

Neposredna vprašanja postavljate samo takrat, kadar sumite, da je poškodba posledica nasilja v družini in kadar se osredotočate na dokaze o telesnem ali spolnem napadu.

Če gre za odraslo osebo, najprej razložimo, zakaj postavljamo vprašanja: »Opazil/a sem, da imate ... npr. številne modrice, in ker vemo, da so lahko posledica nasilja, bi vas rad/a vprašal/a:«

- *»Mi lahko poveste, kako ste dobili poškodbe?«*
- *»Mnogi pacienti prihajajo k meni s poškodbami ali simptomi, kot so vaši, in mi povedo, da so jih poškodovali njihovi družinski člani. Se to dogaja tudi vam ali pa se je to zgodilo kdaj v preteklosti?«*
- *»Kako skrbijo za vas? Imate ustrezno pomoč, ki jo potrebujete? Kdo skrbi za vašo higieno, prehrano, obleko?« (za starejše ali invalidne osebe)*
- *»Kako je pri vas doma?«*
- *»Kako se razumete s partnerjem? Kako partner ravna z vami? Se doma počutite varni?« (za žensko)*

Neprimerni odzivi zdravstvenega osebja so:

»To se je zgodilo že pred desetimi leti, čas je, da pozabite.«

»Če vas je enkrat udaril, še ne pomeni, da je nasilen.«

»Pustite to za seboj, to nima nobenega vpliva na vaše življenje.«

»Danes se vse pritožujejo nad tem nasiljem. Kot da bi bilo moderno.«

1. **Ne postavljajte neposrednih vprašanj.**
2. **Ne postavljajte vprašanj, ki se začnejo z Zakaj?**
3. **Ne govorite ji/mu, kaj je najboljše, z besedami »naj« ali »moral/a bi«.**
4. **Ne dajajte obljub.**
5. **Ne izražajte predsodkov ali sodb.**
6. **Ne postavljajte dvoumnih vprašanj.**
7. **Ne opravičujte se, ker sprašujete.**
8. **Ne minimalizirajte ali banalizirajte.**
9. **Nikoli se ne smejte ali šalite.**
10. **Ne kršite zasebnosti in zaupnosti žrtve.**
11. **Ne pogovarjajte se z žrtvijo pred otroki, partnerji in/ali drugimi.**

Kadar je zdravstveno osebje žrtev zlorabe ali nasilneža (doma ali na delovnem mestu), lahko takšna nerešena vprašanja ogrozijo objektivnost prakse in omejijo sposobnost zdravstvenega osebja za učinkovito zdravljenje pacienta/ke, ki išče pomoč.

Pod nobenim pogojem zdravstveno osebje ne sme govoriti z žrtvijo o svoji lastni zlorabi!

Zaključek pogovora

Pogovor skušajte zaključiti v spodbudnem tonu. Zaključite ga glede na potek pogovora. Žrtvi lahko ponudite kontaktne podatke oblik pomoči. Poveste ji, naj pride nazaj, če te oblike pomoči niso najbolj ustrezne; skupaj boste našli druge, bolj primerne.

»Bi vas motilo, če bi se o dogodku/dogajanju pogovorili s socialno delavko/psihologom? Menim, da vam s skupnim sodelovanjem lahko bolj učinkovito pomagamo.«

»Naša ambulanta skrbi za vaše zdravje, zato se name lahko kadar koli obrnete za pogovor.«

»Če bi kadar koli potrebovali pomoč, se vedno lahko obrnete name. Pomagal/a vam bom.«

Pogovor z otrokom

Kadar se soočimo z otrokom, ki je žrtev nasilja, spolne zlorabe, je reakcija zanikanja zelo pogosta: *»Saj ne morem verjeti.«*, *»Ali je to sploh možno?«* Smo v dilemi, ali bi ukrepali ali ne. Če ukrepamo, se sprašujemo, kako naj to naredimo in ali bomo s tem otroku še bolj škodovali.

Na drugi strani pa so otroci pogosto prepričani, da jim nihče ne bo verjel, če bodo povedali o nasilju, o zlorabi. Bojijo se, da bodo zaradi tega lahko v težavah.

»Ne povej nikomur. To je najina skrivnost,« je ena od manipulativnih groženj, ki jo uporabljajo povzročitelji, da bi ohranili skrivnost o nasilju, zlorabi. Zato je zelo pomembno, da nam otrok zaupa, da se lahko z nami pogovori o vsem, da ga skušamo zaščititi in mu pomagamo.

Elementi pogovora z otrokom (prostor, cilj pogovora, komunikacijske tehnike za zmanjševanje tesnobnosti, poglabljanje stika, zaupnost, aktivno poslušanje, postavljanje odprtih vprašanj …) se ne razlikujejo od tistih, ki veljajo za mladostnike in odrasle.

Delo z otroki zahteva znanje o razvojnih značilnostih posameznega obdobja, ki določa otrokove potrebe in sposobnosti. To znanje presega okvire pričujočega prispevka, je pa za vse, ki delajo z otroki, nujno potrebno (☞ 3: KLINIČNI ZNAKI IN POTI: PEDIATRIJA, OTROŠKA PSIHIATRIJA).

Vzpostavitev stika in odnosa

V začetku pogovora je pomembno ustvariti odnos z otrokom, v katerem se bo počutil sprejetega in razumljenega in v katerem bo postopno razvil zaupanje v nas.

Neustrezno:
Stika ne bomo vzpostavili, če bomo že na začetku pogovora iskali razloge za stisko:

- *»Kaj je narobe?«*
- *»Kaj se je zgodilo?«*

Priporočljivo:

- *»Vidim, da ti je hudo (neprijetno, si žalosten/a …).«*
- *»Ljudje jokamo, ko nam je hudo.«*

Šele nato postavljamo vprašanja: *»Kaj je narobe?«*, *»Kaj se je zgodilo?«*

Možnosti odziva so naslednje:

- *To mora biti hudo.*
- *Žal mi je, da se ti to dogaja.*
- *Te je že prej kdaj udaril?*
- *Te skrbi za bratca/sestrico?*
- *Razumem te, da te skrbi.*
- *Si že komu povedal, kaj se dogaja doma?*

Če ste ob izpovedi šokirani:

- ne izražajte šoka,
- sprašujte počasi,
- umirite ton (govorite nekoliko počasneje in nekoliko tišje).

Pomembno je, da ima otrok občutek, da ga sprejemamo ne glede na to, kar se mu dogaja. Zelo pomembno sporočilo za otroka je:

»Poveš mi lahko o vseh težavah, ne glede na to, kako neprijetna, velika, zapletena je težava. Vedno te bom poslušal/a, ti verjel/a, ti pomagal/a.«

Napotki za uspesnejsi pogovor z otrokom
www.prepoznajnasilje.si/qrc/napotki-pogovor-otrok

Pomembna priporočila pri pogovoru z otrokom:

- Pomembno je, da otroku verjamemo.
- Bodite nepristranski. Svojo skrb izrazite na objektiven način.
- Povejte otroku, da za nasilje ni kriv on. Kriva je oseba, ki ga povzroča.
- Med pogovorom otroka spodbujajte.
- Izražajte naklonjenost do otroka.

- Zaščitite otroka in mu pojasnite, kaj se bo v naslednjem koraku zgodilo in kdo bo pri tem vključen.
- Ničesar ne obljubljajte.
- Med pogovorom upoštevajte otrokove osebne meje (bližina, dotiki).
- Poskrbite zase, kadar ste zaradi izpovedi otroka tudi sami prizadeti.

Pomembna priporočila pri pogovoru z otrokom
www.prepoznajnasilje.si/qrc/priporocila-pogovor-otrok

Pogovor z otrokom, ko so prisotni znaki nasilja, zlorabe ali zanemarjanja
www.prepoznajnasilje.si/qrc/pogovor-otrok

Neprimerni odzivi

Z neprimernim odzivom boste otrokovo zaupanje izgubili. Česa ne počnete, ko vam zaupa, kaj se je zgodilo?

- Ne delajte panike, ne pokažite, da ste šokirani.
- Ne zanikajte zlorabe.
- Ne ravnajte, kot da se ni nič zgodilo.
- Ne bodite pretirano zaščitniški do otroka.
- Izogibajte se vprašalnici zakaj. Ne sprašujte, zakaj se tako počuti.
- Ne vrtajte vanj za podrobnostmi o nasilju, zlorabi.

Podrobneje o neprimernih odzivih www.prepoznajnasilje.si/qrc/neprimerni-odzivi

Primerni in neprimerni stavki in besede www.prepoznajnasilje.si/qrc/stavki-besede

3. OBRAVNAVANJE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI: KLINIČNI ZNAKI IN POTI

Opis postopkov ob razkritju žrtve: komunikacija, zdravstvena obravnava, dokumentiranje, ocena stopnje ogroženosti žrtve, obveščanje pristojnih institucij

Avtonomnost žrtve v zvezi s prijavo

Zakonske določbe in dolžnost prijave nasilja v družini

Zaupnost podatkov

Oblikovanje varnostnega načrta

Ukrepi za zaščito varnosti žrtve v zdravstveni ustanovi

Zagotavljanje varnosti zdravstvenega osebja v zdravstveni ustanovi in na terenu

Klasifikator telesnih poškodb

Priporočila za medicinske sestre

Posredni in neposredni klinični znaki, predlagane poti za ambulantno in/ali bolnišnično obravnavo, iz**boljša**ne domače in norveške prakse, opisi primerov, posebnosti, priporočila in protokoli za delovanje v sklopu:

- pediatrije
- otroške psihiatrije
- družinske medicine
- ginekologije in porodništva
- travmatologije: urgentne kirurške ambulante
- psihiatrije
- patronažne službe

Postopki ob razkritju žrtev nasilja v družini

Nena Kopčavar Guček

Žrtev nasilja v družini vedno obravnavamo skladno z medicinsko doktrino in etiko ter obstoječo zakonodajo. Praviloma se obravnava tovrstnih posameznikov odvija v zdravstvenem okolju, ki sicer nudi določeno stopnjo zasebnosti, varnosti in strokovnosti, a v kontekstu nasilja so potrebni dodatni ukrepi. Z osnovnimi postopki morajo biti seznanjeni vsi zdravstveni delavci, ki prihajajo v stik s pacienti.

Poleg ZPND naloge zdravstvenih delavcev z zvezi z obravnavo žrtev nasilja opredeljuje Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (UL RS št. 38/2011) (☞ Prilogo 1).

Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/2011)
www.prepoznajnasilje.si/qrc/pravilnik-obravnava-nasilja

! Osnovna naloga zdravstvenega osebja je pomoč in zaščita žrtev nasilja v družini, in ne presojanje resničnosti izjav, pregon ali kaznovanje oseb, ki povzročajo nasilje, kar je naloga drugih pristojnih institucij (policije, tožilstva, CSD).

Obravnava otroka žrtve nasilja v družini

Na možno izpostavljenost nasilju nas lahko opozori kateri koli član zdravstvenega tima, npr. fizioterapevt, patronažna sestra, zobozdravnik ali sorodnik žrtve, spremljevalec otroka in podobno.

Elementi obravnave otroka žrtve nasilja v zdravstvenem okolju po razkritju nasilja v družini:

- avto- in heteroanamneza
- klinični pregled in zdravstvena oskrba, ugotavljanje skladnosti anamneze s statusom
- dokumentiranje ugotovljenih sprememb/poškodb
- pogovor z otrokom in psihološka podpora
- ukrepi za zaščito otroka žrtve v zdravstveni ustanovi
- ocena trenutne ogroženosti otroka žrtve nasilja z zdravstvenega vidika
- obveščanja pristojnih institucij in prijave nasilja oz. zlorabe otroka.

Glede na vrsto nasilja, starost in prizadetost otroka je treba v obravnavo vključiti še druge strokovnjake (npr. otroškega psihiatra) in otroka ustrezno ter nemudoma napotiti v obravnavo.

Napotki za ustrezno ravnanje ter opis postopkov: ☞ 3: KLINIČNI ZNAKI IN POTI: PEDIATRIJA.

Ravnanje v primeru spolne zlorabe otrok: ☞ 3: KLINIČNI ZNAKI IN POTI: OTROŠKA PSIHIATRIJA, GINEKOLOGIJA IN PORODNIŠTVO.

Obravnava odrasle osebe žrtve nasilja v družini v zdravstvenem okolju

Po razkritju morajo zdravstveni delavci pri obravnavi odrasle žrtve nasilja v družini v zdravstvenem okolju zagotoviti naslednje postopke:

- zdravstveno obravnavo,
- ukrepe za zaščito žrtve nasilja v zdravstveni ustanovi,
- pogovor z žrtvijo nasilja in nudenje psihosocialne pomoči ter svetovanje in informiranje žrtve o možnih oblikah pomoči v zdravstvu in izven zdravstva,
- dokumentiranje izjave žrtve in ugotovljenih znakov, ki pričajo o nasilju,
- oceno stopnje ogroženosti žrtve,
- obveščanje pristojnih institucij o sumu kaznivega dejanja nasilja v družini.

Zaželeno je, da je v zdravstvenih ustanovah, ki izvajajo nujno medicinsko pomoč, vsaj v enem zdravstvenem timu vedno na voljo strokovnjak, dodatno usposobljen za obravnavo žrtev nasilja. V nasprotnem primeru obravnavo žrtve prevzame prisoten tim.

Komunikacija z žrtvijo nasilja v družini

! **V skladu s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, 2013) ne priporočamo rutinskega povpraševanja vseh odraslih glede izpostavljenosti nasilju v družini ob vsakem stiku z zdravstveno službo.**

Povpraševanje glede vseživljenjske izkušnje nasilja je priporočeno ob prvem obisku pri izbranem družinskem zdravniku (v sklopu poglobljene anamneze), v ginekološko-porodniški službi vsaj enkrat v času nosečnosti ter pri obravnavah v psihiatriji. Ključna ciljna skupina za rutinsko povpraševanje so ženske v rodni dobi.

Pri pogovoru zdravstvenega delavca z novoodkrito odraslo žrtvijo nasilja v družini so ključni:

- Ponovna potrditev zaupnosti podatkov.
- (Naša) zaskrbljenost glede varnosti žrtve.
- Potrditev, da je za nasilje odgovoren zgolj in samo povzročitelj.
- Izražena skrb za zdravje žrtve in izkušnjo o običajnem stopnjevanju nasilja.
- Poizvedba o stališčih/željah/pričakovanjih žrtve.

- Spoštovanje avtonomije žrtve.
- Pojasnilo o zakonskih možnostih in obveznostih (prijava).
- Informacije o možnih oblikah pomoči (posredujemo kontaktne podatke v pisni obliki ali na željo žrtve sami vzpostavimo stik).
- Poizvedba o morebitnih drugih prizadetih – otroci, starejši?
- Načrt nadaljnjih srečanj, kontinuiteta stika.

Nikoli ne sprejemamo odločitev namesto žrtve.

Pri pogovoru z žrtvijo, ki zanika izpostavljenost nasilju v družini, je ključno:

- Spoštovanje avtonomije.
- Potrditev zaupnosti podatkov.
- Dokumentiranje stika.
- Poizvedba o stališčih/željah/pričakovanjih žrtve.
- Izražanje skrbi za žrtev, poizvedba o otrocih.
- Pojasnilo zakonskih obveznosti.
- Informacije o možnih oblikah pomoči.
- Zagotovitev kontinuitete stika (»odprta vrata«).

Več o komunikaciji ☞ 2: KOMUNIKACIJA Z OTROKI IN ODRASLIMI ŽRTVAMI NASILJA V DRUŽINI.

Dokumentiranje izpostavljenosti odrasle žrtve nasilju v družini

Dokumentiranje pogovora, izvidov kliničnega pregleda in vseh možnih (telesnih, duševnih, socialnih) posledic nasilja je nepogrešljiv in pomemben del obravnave žrtve nasilja v družini.

Zapisane informacije so pomembne zaradi:

- natančnosti in doslednosti (zanašanje na lasten spomin in/ali spomin žrtve ni zanesljivo);
- samega prepoznavanja nasilja (npr. gospa se je letos že tretjič porezala po dlaneh desne roke);
- spremljanja dinamike nasilja in naše nadaljnje obravnave žrtve (vzorec stopnjevanja, pogostnosti);
- posredovanja podatkov drugim službam, ki se ukvarjajo z žrtvami nasilja (npr. CSD), tudi v okviru zakonskih obveznosti (ZPND);
- služijo kot dokumentacija pri postopkih s priseljenci, begunci, tujimi državljani;
- so pomemben dokument v zvezi z urejanjem bivanja/prepuščanjem nepremičnine žrtvi (ZPND);
- možnosti kasnejše sodne obravnave, kjer je zdravstvena dokumentacija obravnavana kot dokazno gradivo.

Za dokumentiranje (ne pa tudi prijavo nasilja) ne potrebujete pristanka (potencialne) žrtve izpostavljenosti nasilju. Zapis v zdravstveno dokumentacijo se izvede, tudi če žrtev temu nasprotuje. V tem primeru žrtvi razložimo, da je dokumentiranje izjav in znakov/posledic pri žrtvi nasilja naša dolžnost. V dokumentacijo se zabeleži, da je bilo povpraševanje izvedeno in da oseba zanika, da preživlja nasilje v družini.

Pri zapisovanju smo natančni, dosledni, strokovni. Beležimo fizične in psihične znake. Zapišimo tudi vse podatke, npr. datume, naslove, imena morebitnih očividcev. Zapisi naj bodo natančni, zapisani kot izjave in ne kot naša opažanja (npr. »žrtev pove, da jo je mož dvakrat brcnil v levo stegno« (in ne: »prejela je udarec s topim predmetom v levo stegno«). Beležimo natančno, jasno in čitljivo, z mislijo, da bodo v primeru sodnih postopkov dokumentacijo brale še druge uradne osebe. Podatke hranimo na varnem mestu v skladu z zakonodajo (Zakon o varovanju podatkov in Zakon o pacientovih pravicah), ki velja za vso medicinsko dokumentacijo. Žrtvi potrdimo/razložimo varnost podatkov.

V primeru potrebe po pomoči in posvetovanja glede dokumentiranja poškodb, znakov nasilja ali zlorabe in varovanja bioloških dokazov je 24 ur na dan na voljo Klinično-forenzična ambulanta na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova 2, tel. 01 543 72 22.

Dokumenti in obrazci za dokumentiranje

Izpostavljenost nasilju v družini je treba dokumentirati v zdravstveni dokumentaciji bolnika, ki jo hranimo v zdravstveni ustanovi. Če je le mogoče, uporabimo standardizirani obrazec z naborom vseh podatkov (»Dokumentiranje obravnave (otroka ali odrasle) žrtve nasilja v družini«, ☞ Prilogi št. 4, 5: OBRAZCA STA DOSTOPNA TUDI NA SPLETNI STRANI WWW.PREPOZNAJNASILJE.SI), po možnosti označimo tudi poškodbe na telesnih shemah, skicah, priložimo fotografije, kadar je to mogoče (literatura priporoča polaroidne posnetke), in vse druge izvide preiskav, izvedenih v okviru obravnave žrtve. Alternativa je pisanje podatkov neposredno v bolnikov karton, pri čemer lahko izpadejo pomembni elemente nabora podatkov.

Obrazec »Dokumentiranje obravnave (otroka ali odrasle) žrtve nasilja v družini« NI del prijave pristojnim službam, ampak dokument, ki ga hranimo v žrtvini dokumentaciji v zdravstveni ustanovi. Dokumentacija se hrani v zdravstveni ustanovi skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPZV), UL RS št. 65/00.

Vsi dokumenti v zdravstvu, povezani z nasiljem v družini, se skladno z zakonom hranijo 10 let.

Ocena ogroženosti odrasle žrtve nasilja v družini

Ocena trenutne ogroženosti žrtve je ključna za nadaljnje ukrepe. V pogovoru z žrtvijo nasilja ocenimo njeno ogroženost in ogroženost morebitnih otrok glede na vzorec zlorabe, resnost in nevarnost poškodb ali celo umora. Ocenimo tudi samomorilno ogroženost. Pomembno je upoštevati, da odrasla žrtev nasilja sama najbolje oceni tveganje in verjetnost za nadaljnje nasilje v družini. Upoštevamo tudi njeno oceno tveganja in na tej podlagi načrtujemo nadaljnje ukrepe. Stopnjo ogroženosti ocenimo kot osnovno, srednjo ali visoko.

Ocena ogroženosti ni povsem zanesljiva niti dokončna; žrtev jo oceni in čuti tudi sama.

Kazalci resne ogroženosti žrtve s strani povzročitelja so predvsem grožnje z umorom ali samomorom, posedovanje ali dostop do orožja, izrazita ljubosumnost, telesni napadi, grožnje in zasledovanje med postopkom ločitve, spolni napad, prejšnji nasilni incident z resno poškodbo, prisotnost psihopatologije ali zloraba psihotropnih substanc. Celotna ocena stopnje ogroženosti je naloga pristojnega CSD.

Ocena stopnje ogroženosti žrtve *www.prepoznajnasilje.si/qrc/ocena-ogrozenosti*

Obveščanje pristojnih institucij

Ob zaznanem sumu nasilja v družini mora v skladu z zakonom zdravstveni zavod v roku 24 ur obvestiti pristojni CSD ali policijo ali državno tožilstvo. Žrtev nasilja seznanimo z našo dolžnostjo obveščanja v skladu z ZPND in KZ (☞ tudi Prilogo 1).

Kadar ni neposredno ogroženo življenje žrtve ali njenih otrok, priporočamo prijavo pristojnemu CSD. V nujnih primerih, ko gre za neposredno in hudo ogroženost zdravja ali življenja žrtve, pa je treba takoj obvestiti policijo (na interventno telefonsko številko 113), najkasneje v roku 24 ur pa CSD in izbranega zdravnika žrtve. Policija bo po potrebi vključila v obravnavo tudi CSD oziroma izven njegovega poslovnega časa regijsko interventno službo. CSD oziroma regijska interventna služba nudi žrtvi tudi pomoč pri odhodu v Krizni center.

Informacijo po telefonu je treba najkasneje v treh dneh dopolniti s pisno. V istem roku obvestimo tudi izbranega zdravnika žrtve. Za obveščanje uporabimo obrazec **Obvestilo o zaznavi nasilja v družini** (☞ Prilogo 1). Obrazec podpišejo zdravstveni delavci, ki so bili prisotni pri obravnavi (zdravnik, medicinska sestra) ter odgovorna oseba (vodja, predstojnik oddelka).

Dolžnost prijave nasilja v družini: zakonske določbe
www.prepoznajnasilje.si/qrc/dolznost-prijave

V primerih nadaljnjih obravnav primerov ter povabila so zdravstveni delavci skladno z ZPND dolžni sodelovati v MDT pri CSD.

Avtonomnost žrtve v zvezi s prijavo nasilja v družini

Dolžnost obveščanja CSD o nasilju v družini je – skladno z ZPND – odvisna od starosti žrtve nasilja. Prijavna dolžnost pri nasilju v družini je po zakonu obvezna za nepolnoletne žrtve in kadar gre za kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti.

- Kadar je žrtev polnoletna, ZPND ne zavezuje posameznih strokovnjakov k obveščanju CSD, ampak organe in organizacije. Pri tem pa navaja izjemo: dolžnosti prijave ni, kadar polnoletna žrtev izrecno nasprotuje prijavi in ne gre za kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti (izpolnjena morata biti oba pogoja).

Ob tem se vse oblike spolnega nasilja, ki so opredeljene kot kaznivo dejanje, preganjajo po uradni dolžnosti (tudi če se žrtev ne strinja s pregonom). V primerih **spolnega nasilja** nad družinskim članom **je prijava na CSD vedno potrebna,** tudi ob nasprotovanju žrtve.

- Pri **mladoletni žrtvi** (oseba do 18. leta starosti) je ZPND naložil dolžnost prijave tudi posameznikom z določbo, da je vsakdo, zlasti pa strokovni delavci v zdravstvu in zaposleni v vzgojno-izobraževalnih zavodih (VIZ), dolžan prijaviti nasilje CSD. Posebej je poudarjeno, da se zaposleni v zdravstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodih ne morejo sklicevati na varovanje poklicne skrivnosti kot na razlog za opustitev prijave.

Zaupnost podatkov o nasilju v družini v zdravstvenem okolju

Najvišja prioriteta obravnave žrtve nasilja je njena varnost. Etična načela zaupnosti, neškodovanja in dobronamernosti so poleg avtonomnosti žrtve glavna vodila zdravstvenim delavcem pri varovanju zaupnosti žrtve nasilja. Slovenske smernice in zakonodaja se v tem skladajo s priporočili SZO. O zaupnosti in zasebnosti obravnave, vključno s posredovanjem pomembnih podatkov o nasilju v zdravstveni dokumentaciji, bi se morali z žrtvijo takoj po razkritju temeljito pogovoriti.

> »Prijavitvena dolžnost zdravstvene delavce pogosto postavlja pred hude dileme. V kazenskem postopku je žrtev izpostavljena sekundarni viktimizaciji, reševanja njenih težav in potrebe po varnosti pa kaznovanje storilca dolgoročno ne zmore zagotoviti. Tudi zato večina žrtev ne želi kazenskega pregona storilca in postavljajo zdravstvene delavce in druge strokovnjake pred moralno in etično dilemo, ali naj v takšnem primeru prijavijo nasilje, čeprav jih pravna pravila k temu jasno zavezujejo. Ko bodo ne represivne institucije žrtvam zmogle nuditi ustrezno pomoč, bo narasla tudi njihova pripravljenost za sodelovanje v kazenskem postopku. In s tem se bodo zmanjšale dileme, ki jih prijavitvena dolžnost odpira pri različnih strokovnjakih, ki se pri svojem delu srečajo z žrtvami.«
>
> *(Filipčič, 2014)*

Sodelovanje zdravstvenega tima

Pomembno vlogo pri obravnavi nasilja v družini imajo poleg zdravnika tudi drugi člani tima, npr. medicinske sestre, fizioterapevti, laboratorijski delavci, logopedi, psihologi in drugi. Zaveza k poročanju in prijavi nasilja je obvezujoča tudi zanje. Pomembno je medsebojno povezovanje zdravstvenih delavcev, izmenjava podatkov in sodelovanje v skladu s profesionalno etiko, skrbnim varovanjem podatkov in zakonodajnimi okviri.

Patronažna sestra ima posebno vlogo, saj ji pogosto vstopanje v družinsko okolje in skupnost omogoča vpogled v družinsko dinamiko. Kot samostojna zdravstvena strokovnjakinja ima možnost neposredne prijave nasilja, skladno z zakonodajo, obenem pa se lahko poveže z nadrejenimi v zdravstvenem zavodu, z osebnim izbranim zdravnikom (pediatrom) ali – v primeru hude ogroženosti – s SCD ali neposredno s policijo.

Opredelitve telesnih poškodb

Adil Huselja

Na podlagi zdravniške klasifikacije telesnih poškodb policisti definirajo KD, ki je v predkazenskem postopku osnova za preiskovalne ukrepe in aktivnosti pregona. Opredelitev telesnih poškodb se določa glede na vrsto telesnih poškodb, posledice, zmožnosti, skaženost, začasno oziroma trajno nezmožnost žrtve za delo in začasno ali trajno okvaro zdravja.

Opredelitev telesnih poškodb žrtve nasilja v družini je ključnega pomena za definiranje treh KD, določenih v KZ-1 v treh členih, in sicer: 1. Lahka telesna poškodba – 122. člen; 2. Huda telesna poškodba – 123. člen; 3. Posebno huda telesna poškodba – 124. člen.

Opredelitve telesnih poškodb KZ-1 *www.prepoznajnasilje.si/qrc/telesne-poskodbe*



Natančno razdelitev med lahkimi, hudimi in posebno hudimi telesnimi poškodbami določa Klasifikator telesnih poškodb po KZ RS. Izdelan je bil kot »protokol« tako za zdravnike kot policiste, da ga lahko uporabljajo kot pripomoček za klasificiranje oziroma definiranje telesnih poškodb.

Varnostni načrt

Nena Kopčavar Guček, Frančiška Premzel

Nasilje v družini se običajno ponavlja in/ali pogosto stopnjuje. Varnostni načrt je konkreten načrt postopkov in vedenja, ki jih ima žrtev za izvedljive v trenutku, ko je potreben takojšen umik iz domačega okolja. Potrebe in okoliščine žrtev so različne, zato univerzalni varnostni načrt ne obstaja. Individualni varnostni načrt vedno naredimo s sodelovanjem žrtve nasilja. Spodbudimo jo k izdelavi načrta in k razmišljanju o:

- strategijah povečanja varnosti v ogrožajočih situacijah,
- ravnanjih za zmanjševanje tveganja,
- ukrepih za prekinitev nasilnega odnosa.

Izdelava načrta ni odgovornost zdravstvenega strokovnjaka, ki obravnava žrtev nasilja. Lahko ga pripravijo tudi na CSD ali NVO.

Vključuje lahko več konkretnih ravnanj, s katerimi bo žrtev poskrbela zase in morebitne mladoletne otroke:

- Varnost med nasilnim dogodkom: strategije ravnanja ob odhodu, kaj bo naredila, koga poklicala, kam bo odšla, kaj bo povedala otrokom, katera beseda bo pomenila šifro, da potrebuje pomoč, kaj in kje si pripravi dokumente, denar, ključe, kam se pred nasiljem umakne, katera vrata, okna pusti odprta.
- Varnost, ko se pripravlja na odhod: katere stvari mora zaščititi in odpeljati na varno, zagotoviti kopije dokumentov, rezervne ključe, kam si lahko spravi nadomestna oblačila, kdo ji lahko pri postopkih pomaga.
- Varnost v lastnem domu: menjava ključavnice in vhodnih vrat, dodatki za večjo varnost tudi na oknih, telefonske številke za klic na pomoč na vidnih mestih.
- Varnost z ureditvijo ukrepa prepovedi približevanja.
- Varnost v službi in v javnosti.
- Varnost ob uporabi drog, alkohola.
- Varnost za lastno duševno zdravje.

Zdravstveno osebje, posebej v osnovnem zdravstvu, lahko žrtvi pomembno pomaga pri izdelavi varnostnega načrta:

- z dobrim poznavanjem pacienta in njegovih bio-psiho-fizičnih lastnosti,
- z naborom informacij o možnostih pomoči v lokalni skupnosti,
- s svojim strokovnim znanjem in z možnostmi interdisciplinarnega povezovanja.

Varnostni načrt naj ne bo pisni dokument, saj bi bila možnost, da zaide v roke povzročitelju nasilja, prenevarna.

Ukrepi za zaščito in varnost v zdravstvenem zavodu in na terenu

Adil Huselja

Ukrepi za zaščito žrtve v zdravstvenem zavodu

Skladno z določbami 5. člena ZPND morajo organi in organizacije izvesti vse postopke in ukrepe, ki so potrebni za zaščito žrtve glede na stopnjo njene ogroženosti in za zaščito njenih koristi, ter pri tem zagotoviti spoštovanje nedotakljivosti žrtve.

V primeru ugotovitve visoke stopnje ogroženosti žrtve je potrebno:

- takojšnje obveščanje in sodelovanje policije v zdravstveni ustanovi, kjer se žrtev nahaja;
- izvedba ukrepov za zagotovitev varnosti žrtve in zdravstvenih delavcev, ki jo obravnavajo;
- zdravstvena obravnava žrtve se izvaja v ambulanti do prihoda policistov ali v drugem ustreznem in zavarovanem prostoru, da povzročitelj nasilja ne ve, kje je, in da nima možnosti komunikacije, niti osebnega stika z žrtvijo;
- v primeru hospitalizacije je potrebna seznanitev osebja in določitev varnostnih ukrepov za varnost žrtve ter »omejitev« možnosti dostopa do oddelka in bolniške sobe le zaposlenim in pooblaščenim osebam. Za to je odgovoren predstojnik oddelka.

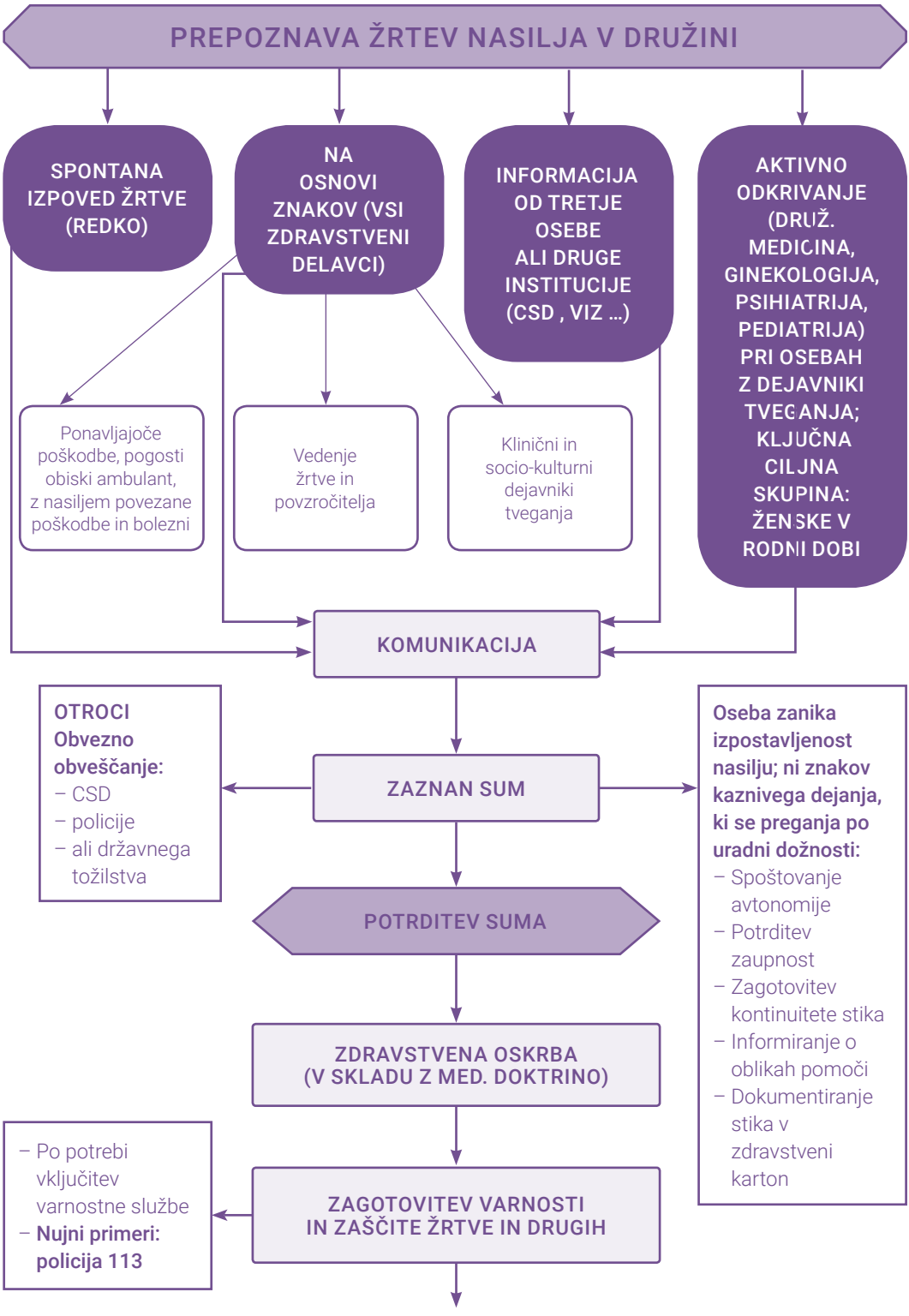
Ukrepi za zaščito zdravstvenega osebja v zdravstvenem zavodu in na terenu

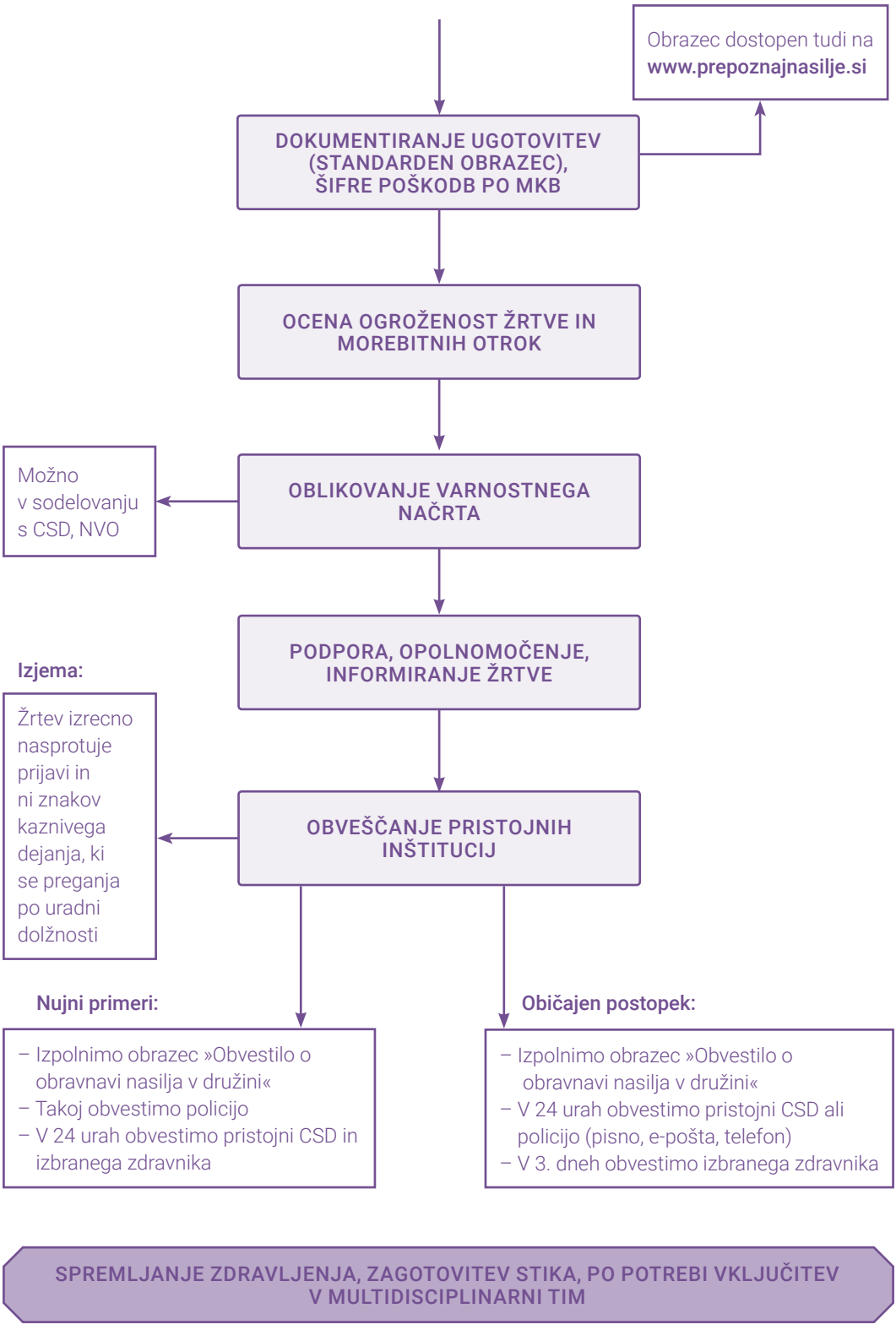
Vse kršitve, grožnje ali napade je treba takoj prijaviti na interventno številko policije 113, ne glede, ali se to dogaja v zasebnem prostoru pacienta ali v uradnih prostorih zdravstvenih ustanov.

Kadar se zdravnik ali patronažna sestra odpravlja na domači obisk v oddaljen kraj od sedeža zdravstvene ustanove in ima informacijo, da se je tam zgodila kršitev ali KD, o tem obvesti policiste oziroma območno PP ali uslužbence regijskega OKC na telefonsko številko 113. Policisti bodo izvedli zakonske in druge ustrezne ukrepe za oskrbo bolnikov oziroma pacientov brez tveganega izpostavljanja zdravstvenih delavcev.

Priporočilo: V primerih, ko zdravnik ali patronažna sestra odhaja v domače okolje nasilnežev, naj poleg predstojnika o odhodu seznani komandirja PP. Ob predvidenem obisku je mogoče zagotoviti bližino policijske patrulje, ki po potrebi oziroma ob kršitvi ali storitvi KD hitro in učinkovito posreduje. Zdravstveno osebje naj bo ob prihodu pozorno na psihofizično stanje bolnikov in svojcev: ob vsakem sumu na agresivnost, napadalnost, nasilje je potreben umik ter klic na številko 113.

PROTOKOL PREPOZNAVE IN OBRAVNAVE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI




Obrazec dostopen tudi na **www.prepoznajnasilje.si**
DOKUMENTIRANJE UGOTOVITEV (STANDARDEN OBRAZEC), ŠIFRE POŠKODB PO MKB
OCENA OGROŽENOST ŽRTVE IN MOREBITNIH OTROK
Možno v sodelovanju s CSD, NVO
OBLIKOVANJE VARNOSTNEGA NAČRTA
PODPORA, OPOLNOMOČENJE, INFORMIRANJE ŽRTVE
Izjema:
Žrtev izrecno nasprotuje prijavi in ni znakov kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti
OBVEŠČANJE PRISTOJNIH INŠTITUCIJ
Nujni primeri:
– Izpolnimo obrazec »Obvestilo o obravnavi nasilja v družini«
– Takoj obvestimo policijo
– V 24 urah obvestimo pristojni CSD in izbranega zdravnika
Običajen postopek:
– Izpolnimo obrazec »Obvestilo o obravnavi nasilja v družini«
– V 24 urah obvestimo pristojni CSD ali policijo (pisno, e-pošta, telefon)
– V 3. dneh obvestimo izbranega zdravnika
SPREMLJANJE ZDRAVLJENJA, ZAGOTOVITEV STIKA, PO POTREBI VKLJUČITEV V MULTIDISCIPLINARNI TIM

Pediatrija

Anamarija Meglič

Otroke je treba obvarovati pred vsemi oblikami nasilja, zanemarjanja in zlorabe. Zdravstveni delavci v pediatriji na vseh ravneh zdravstvene oskrbe imamo izjemno pomembno vlogo pri prepoznavanju otrok žrtev nasilja in v ustreznem ukrepanju ter zagotavljanju pomoči žrtvam. Ker izpostavljenost nasilju pomembno vpliva na telesno in duševno zdravje žrtve, v primeru otroka pa tudi na njegov razvoj, so posledice izpostavljenosti zlorabi dolgotrajne in lahko nepopravljive, v kolikor so odkrite prepozno.

! **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 (ZPND, 6. člen).**

Pomembno je, da se vsi zdravstveni delavci v pediatriji zavedajo, da imajo ob sumu slabega ravnanja z otrokom koristi in pravice otroka prednost pred koristmi in pravicami drugih udeleženk/udeležencev postopka, ki ga zdravstveni delavec sproži, ko prepozna nasilje.

Zlorabo otroka lahko razdelimo v štiri osnovne oblike:

- fizično nasilje
- spolno nasilje
- psihično nasilje
- zanemarjanje otroka

Oblike nasilja in vrste zlorab otroka *www.prepoznajnasilje.si/qrc/vrste-zlorab*

Otrok je lahko izpostavljen eni ali več oblikam nasilja hkrati. Na znake zlorabe ali slabega ravnanja z otrokom smo pozorni pri vseh sistematskih preventivnih pregledih otrok in pri kurativnih pregledih v pediatričnih ambulantah na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Verjetnost negativnih učinkov nasilja v družini na otroka je večja, če je otrok udeležen v hudem ali kroničnem nasilju, če je mlajši, če je nasilje pogosto in če se zgodi v njegovi neposredni bližini. Za otroka je lahko enako hudo, če je sam žrtev nasilja ali pa če je le priča nasilju, ko je razpet med željo, da bi pomagal in reševal žrtev in da bi ohranil družinsko skrivnost. Šolski otroci se lahko čutijo odgovorne za nasilje doma.

Klinična slika otroka žrtve nasilja v družini

Klinična slika je odvisna predvsem od otrokove starosti in od vrste nasilja, kateremu je izpostavljen.

Majhni otroci, dojenčki:

- znaki poškodbe (glave),
- nemirno spanje, zbujanje, neutolažljiv jok,
- motnje hranjenja s slabim napredovanjem telesne teže in zaostankom v razvoju.

Predšolski otroci:

- znaki poškodbe,
- umaknjenost, pretirano umirjeno vedenje,
- anksioznost, nočne more,
- zaprtje ali uhajanje blata,
- uhajanje urina, nočno močenje postelje in druge motnje mikcije.

Šolski otroci in mladostniki:

- znaki poškodbe,
- spremembe vedenja, čustvovanja,
- motnje spanja,
- zaprtje ali uhajanje blata,
- uhajanje urina, nočno močenje postelje in druge motnje mikcije,
- okužbe spodnjih sečil,
- motnje hranjenja,
- glavobol,
- vrtoglavica,
- utrujenost,
- bolečine v trebuhu in drugod.

Kazalci, ki vzbudijo sum na nasilje v družini, so naslednji:

- odsotnost razlage za nastanek poškodbe,
- nasprotujoči si podatki poročevalcev o okoliščinah poškodbe,
- neujemanje poškodbe s podano razlago nastanka,
- razlaga nastanka poškodbe, ki ni skladna z otrokovimi razvojnimi sposobnostmi,
- vedenje otroka, vedenje skrbnika in njuna interakcija niso primerni,
- zakasnjeno iskanje pomoči in obiskovanje vrste zdravnikov drugega za drugim zaradi nestrinjanja z ugotovitvami,
- drugo (npr. vremenskim razmeram neprimerna oblačila, izrazita umazanost, znaki opitosti staršev/spremljevalcev, ki so otroka pripeljali).

Zdravstvena obravnava otroka ob sumu nasilja v družini

1. Anamneza:

- starši/spremljevalci, ki so otroka pripeljali
- otrok (ob prisotnosti staršev/spremljevalcev in nato na samem)

V pogovoru:
- uporabljamo odprta vprašanja, ki ne sugerirajo naših vnaprejšnjih prepričanj, sumov ali predvidevanj,
- ostanemo mirni, ne kažemo vznemirjenosti,
- poskušamo pridobiti ključne podatke in pozorno poslušamo.

Pri vseh pregledih otrok, ki vzbujajo sum zlorabe, povprašamo o načinih discipliniranja oziroma kaznovanja otroka (☞ 2: KOMUNIKACIJA Z OTROKI IN ODRASLIMI ŽRTVAMI NASILJA V DRUŽINI).

Izvedba ustreznih postopkov ob zaznavi otroka kot žrtve nasilja in zlorabe in pogovor z otrokom www.prepoznajnasilje.si/qrc/ustrezni-postopki

Ob kliničnem pregledu smo posebej pozorni na:

- motnjo zavesti (letargijo),
- spontano gibljivost,
- bledičnost,
- shujšanost (upadla, udrta lica),
- znake dehidracije.

Natančno pregledamo vse telo, iščemo znake:

- podplutbe (kot posledice nezgod so pri zdravih dojenčkih zelo redke):
  - s prepoznavnim vzorcem (sled prstov roke, sled stiska nadlakti z več prsti),
  - podplutbe različne starosti,
  - na predelih, ki so manj izpostavljeni poškodbam pri nesrečah (vrat, trup).
- opekline:
  - manjše, okrogle oblike (povzročene s pritiskom cigaretnega ogorka),
  - opekline, ki nastanejo s pritiskom vročega predmeta na kožo,
  - opekline, ki nastanejo s potopitvijo otroka v vrelo tekočino.
- poškodbe glave,
- poškodbe trebuha,
- poškodbe kjer koli, v različnih stadijih celjenja,
- nezdravljenih poškodb (nepravilno zaraščeni zlomi),
- spolne zlorabe (spolovilo, analni predel) (o spolni zlorabi otrok ☞ GINEKOLOGIJA IN PORODNIŠTVO, OTROŠKA PSIHIATRIJA).

Dokumentiranje

Vse podatke natančno zabeležimo na standardiziran obrazec »**Dokumentiranje obravnave otroka ob sumu nasilja in zlorabe«**. (☞ Prilogo št. 5). Pri zapisovanju dejstev, ki jih navajajo starši/spremljevalci ali sam otrok, uporabimo njegove besede in povedano zapišemo v premem govoru (tako ne bo sporno, da gre za izjave in ne za naše interpretacije). Obrazec mora biti dosegljiv v vsaki zdravstveni ustanovi. Obrazec je dostopen tudi na spletni strani www.prepoznajnasilje.com

V določenih situacijah je za kasnejše dokazovanje zlorabe ugodno fotografiranje sprememb. **Pomembno je, da vsi zdravstveni delavci vemo, da uporaba osebnih fotoaparatov (npr. fotografiranje z osebnim mobilnim telefonom) pravno NI ustrezna.** V kolikor se odločimo za fotografiranje, uporabimo izključno temu namenjen fotoaparat, ki je na voljo le v nekaterih zdravstvenih ustanovah.

Za natančno zabeleženje sprememb v kliničnem statusu in za ustrezen odvzem vzorcev za preiskave, namenjene dokazovanju zlorabe, lahko otroka napotimo na Inštitut za sodno medicino, UKC Ljubljana, v Klinično-forenzično ambulanto in o tem obvestimo 24 ur na dan dosegljivega zdravnika na tel.: 01 543 72 22.

Posebnosti v diagnostiki

Poleg siceršnjih potrebnih preiskav lahko opravimo dodatne preiskave, namenjene dokazovanju zlorabe otroka, predvsem v primerih suma spolne zlorabe:

- serološke preiskave za ugotavljanje okuženosti s HIV 1, 2; Herpes simplex 1 (IgM in IgG) in Herpes simplex 2 (IgM in IgG) in serološke preiskave VDRL in TPHA,
- bris spolovila ali anusa za ugotavljanje okuženosti s klamidijo, z gonorejo in Gardnerello vaginalis ter drugo za otroško obdobje neznačilno floro,
- ginekološki pregled, gastroenterološki ali urološki pregled,
- test za ugotavljanje nosečnosti.

O potrebnih dodatnih preiskavah se lahko posvetujemo z dežurnim zdravnikom v že zgoraj navedeni Klinično-forenzični ambulanti. V praksi seznanitev staršev/spremljevalcev, ki so otroka pripeljali v pediatrično ambulanto, o potrebnih preiskavah, ki jih nameravamo opraviti za dokazovanje zlorabe in naj bi se le-ti z njimi strinjali, ni enostavna in zahteva precejšnjo iznajdljivost pediatra. Te preiskave se lahko opravijo tudi kasneje oziroma niso ključnega pomena v nadaljnjem sodnem postopku dokazovanja zlorabe in zato niso nujne.

V primeru prijave suma, da je otrok žrtev nasilja v družini, in prijave primera policiji bo v zdravstveno ustanovo prišel policist z ustreznim setom za odvzem DNK. Z vatirano paličico pediater odvzame bris sperme z genitalnega ali analnega področja, jo zapečati v posebno embalažo, ki jo policist pošlje v ustrezen laboratorij (☞ 3: KLINIČNI ZNAKI IN POTI: GINEKOLOGIJA, OTROŠKA PSIHIATRIJA).

Posebnosti v zdravljenju

Poleg zdravljenja, ki ga sicer izpeljemo zaradi otrokove somatske težave, je ob sumu na nasilje v družini vedno potrebna psihološka ali psihiatrična obravnava otroka. Načrtujemo jo, takoj ko je mogoče (☞ 3: KLINIČNI ZNAKI IN POTI: OTROŠKA PSIHIATRIJA).

V kolikor v zdravstveni ustanovi ni 24 ur na dan prisotnega dežurnega psihologa oziroma otroškega psihiatra, že pediater, ki otroka pregleda, nudi osnovno psihološko podporo. Najprej mora presoditi, ali je treba otroka namestiti v varno okolje, ga napotiti ali sprejeti v bolnišnico ali v katero izmed drugih ustanov, v sodelovanju s podpornimi službami. Odločitev pediater sprejme, kadar je otrok ogrožen, v kolikor se po opravljenem pregledu vrne v domače okolje. V praksi je najlažje, da pediater otroka napoti ali sprejme v bolnišnico na sekundarni ali terciarni ravni, kjer se nato odvije nadaljnji postopek v sodelovanju z vsemi službami v obliki usklajenega tima strokovnjakov.

Obveščanje pristojnih institucij in prijava nasilja ali zlorabe otroka

V primeru, da zdravstveni delavec v pediatrični ambulanti posumi, da je otrok žrtev družinskega nasilja, je treba brez odlašanja in na ustrezen način obvestiti pristojne organe. Ugodno je, kadar je v zdravstveni ustanovi izbrana pristojna oseba, odgovorna za zaščito otrok in postopke za zaščito ogroženih otrok. Ob zaznanem sumu nasilja oziroma sumu zlorabe otroka mora zdravstveni zavod v skladu z zakonom v 24 urah obvestiti pristojni CSD, policijo ali državno tožilstvo.

V nujnih primerih, ko je ogroženo otrokovo življenje, je treba:

- takoj obvestiti policijo,
- najpozneje v 24 urah pristojni CSD in
- otrokovega osebnega pediatra.

Policija bo po potrebi vključila v obravnavo tudi regijsko interventno službo. Obvestilo o zlorabi otroka posredujemo vsem službam pisno ali elektronsko ali sporočimo po telefonu. Informacijo, sporočeno po telefonu, je treba najpozneje v treh dneh poslati tudi pisno.

Za obvestilo o sumu zlorabe otroka v zdravstveni ustanovi se uporabi **obrazec, ki je priloga Pravilnika o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti** (Priloga št. 1). Obvestilo o zaznavi nasilja podpišejo zdravnik pediater in medicinska sestra, ki sta bila prisotna pri obravnavi, zdravstveni delavec, ki se mu je žrtev zaupala (če to ni zdravnik ali medicinska sestra), ter odgovorna oseba (vodja, predstojnik oddelka).

V času do posredovanja pristojnih strokovnih služb otrok nikoli ne sme biti prepuščen okoliščinam, ki bi ogrožale njegovo varnost ali zaščito. Če je neposredno ogrožen, je treba takoj obvestiti policijo. Oseba, ki po svoji poklicni dolžnosti o sumu zlorabe otroka

obvesti pristojne službe, mora s tem seznaniti otrokove starše/skrbnike, razen če bi to lahko ogrozilo varnost otroka.

Priporočila za osebje v pediatričnih ambulantah na primarni ravni

Pediatrična ambulanta na primarni ravni zdravstvene oskrbe je prvo vstopno mesto otroka v zdravstveni sistem. Vsak predšolski in šoloobvezni otrok je poleg kurativnih pregledov pri osebnem pediatru deležen tudi rednih sistematskih preventivnih pregledov (najpogosteje v organizaciji šole, brez spremstva staršev oziroma skrbnikov). Ti pregledi, predvsem za šolarje, niso nujno opravljeni s strani izbranega osebnega otrokovega pediatra, ampak drugega pediatra v zdravstveni ustanovi.

Vsak otrok je torej pregledan v pediatrični ambulanti po dveh poteh, zdravstveno osebje pa na dva načina prihaja v stik z otrokom. Prav zato je pomembno dodatno znanje in ozaveščenost zdravstvenega osebja na vseh ravneh, da bi bil otrok, ki je žrtev nasilja v družini, čim pogosteje in čim hitreje prepoznan.

Zdravstveno osebje, ki se z otrokom srečuje ob kurativnih pregledih v obdobju več let, naj bi prepoznalo posredne znake nasilja v družini, razvidne iz:

- pogovora s starši, ki otroka pripeljejo na pregled in so običajno tudi navzoči v ambulanti med pregledom,
- komunikacije z otrokom v različnih starostnih obdobjih,
- komunikacije med starši, kadar sta ob pregledu prisotna oba,
- odnosa med otrokom in staršem v času čakanja na pregled in med pregledom v ambulanti,
- iz spremljanja otrokovega razvoja, obnašanja, videza ob posameznih obiskih,
- pogostosti obiskov (npr. zelo pogosti obiski v ambulanti),
- vzrokov obiskov (nejasne različne somatske težave otroka).

Otrokov pediater v več letih spremljanja otroka običajno zelo dobro spozna družino in okolje, v katerem otrok raste, še posebej v manjših krajih. Pomembno je, da zdravstveno osebje zaradi dobrega poznavanja družinskega okolja ne zavzema višje tolerance do nasilja nad otrokom, v kolikor posumi nanj.

Na sistematskem zdravniškem pregledu v šolskem obdobju je primerno, da zdravstveno osebje v sklopu izobraževalnih vsebin, ki jih podajajo npr. medicinske sestre, ozaveščа otroke o:

- oblikah nasilja v družini,
- nedopustnosti kakršnega koli nasilja,
- prikritem nasilju,
- možnosti sporočanja o nasilju brez strahu in posledic,
- dostopnosti do virov informacij, ki so otrokom blizu, o pravilnih ukrepih ob zaznanju možnosti nasilja.

Povzročitelji nasilja v družini, kjer je žrtev otrok

Prepoznavanje povzročitelja nasilja v družini ni enostavno. Čeprav prevladuje stereotip, da je povzročitelj nasilja nad otrokom najpogosteje otrokov oče, gre lahko za zlorabo otroka s strani več družinskih članov, obeh staršev ali npr. starejših sorojencev ali drugih sorodnikov.

Prepoznavanje vedenja povzročitelja nasilja v družini:

- povzročitelj, ki spremlja žrtev pri zdravstveni obravnavi, se lahko vede nasilno, napadalno, nezaupljivo do zdravstvenega osebja, želi biti ves čas prisoten pri zdravstveni obravnavi,
- povzročitelj je lahko agresiven, napadalen, žaljiv in/ali grozi žrtvi nasilja,
- povzročitelj, ki spremlja žrtev pri zdravstveni obravnavi, govori namesto žrtve, prekinja, minimalizira ali oporeka njeni izpovedi,
- povzročitelj je lahko tudi miren, uglajen, prijazen in mu zato ne bi pripisali nasilja,
- družinski člani preprečujejo obisk žrtve nasilja na domu, njeno oskrbo, hospitalizacijo. (☞ 2: DINAMIKA NASILJA V DRUŽINI IN POVZROČITELJI).

Otroška psihiatrija

Mojca Kobe Brecelj

Trpinčenje otroka v družini je kompleksno pogojen pojav, ki ga je treba obravnavati celostno: z medicinskega, psihološkega, socialnega in pravnega vidika.

Otroški psihiater v primerih suma slabega ravnanja z otrokom prevzema vlogo terapevta ali priče ali izvedenca, ki v primerih suma, da gre za kazniva dejanja, sodišču pojasnjuje, razlaga opazovano spremenjeno vedenje.

Dejavniki tveganja, ki označujejo družinsko dinamiko in transgeneracijski prenos nasilnih vzorcev vedenja, so posebej pomembni.

Sicer so posledice trpinčenja ali drugih stresov zelo različne, pogosto nespecifične. Ni jih mogoče enoznačno vezati na posamezen etiološki dejavnik, zato se zdravnik/psihiater kot terapevt ali izvedenec znajde pred zelo težko in odgovorno nalogo. Prepoznava posledic slabega ravnanja zahteva izkušenost, visoko strokovno znanje in etično odgovornost. Ob dilemah, ki jih rešuje in ki bi ob zmotah lahko imele usodne posledice, svoje nujne objektivnosti ne črpa le iz strokovnih znanj, ampak s stalnim preverjanjem (s konzultacijami, supervizijo) tudi morda nezavednih subjektivnih stališč, pogojenih s predhodnimi izkušnjami. Sodelovanje v TIMIH različnih strokovnih delavcev je zato nujno.

Trpinčenje otrok postaja vse pogostejši problem tudi v sklopu otroške psihiatrije. Otroci, ki so bili zlorabljeni, so bolj ogroženi za razvoj čustvenih in vedenjskih motenj. Tisti, ki so bili spolno zlorabljeni, so v posebno veliki nevarnosti, da razvijejo psihoseksualno neprilagojeno vedenje, anksioznost, depresijo, so samomorilno ogroženi ali pa razvijejo osebnostno motnjo. Spolna zloraba je tako pomemben dejavnik tveganja za ponoven vstop že odraslega v začaran krog zlorab moči, tokrat v vlogi povzročitelja nasilja v odnosu do žrtve.

Nekateri ključni dejavniki tveganja za slabo ravnanje z otrokom so:

- skromne socialno-bivanjske in ekonomske razmere, socialna izolacija,
- zdravstvene težave staršev/odraslih skrbnikov otrok,
- izkušnja zlorabe in nasilja v otroštvu staršev/odraslih skrbnikov otrok,
- otrok z oblikami oviranosti,
- partnerski konflikti,
- družbeno sprejemljivo kaznovanje otrok,
- razumevanje otroka kot lastnine.

Več o dejavnikih tveganja *www.prepoznajnasilje.si/qrc/dejavniki-tveganja*

Zlorabe otrok so najpogostejše v družinskem okolju.

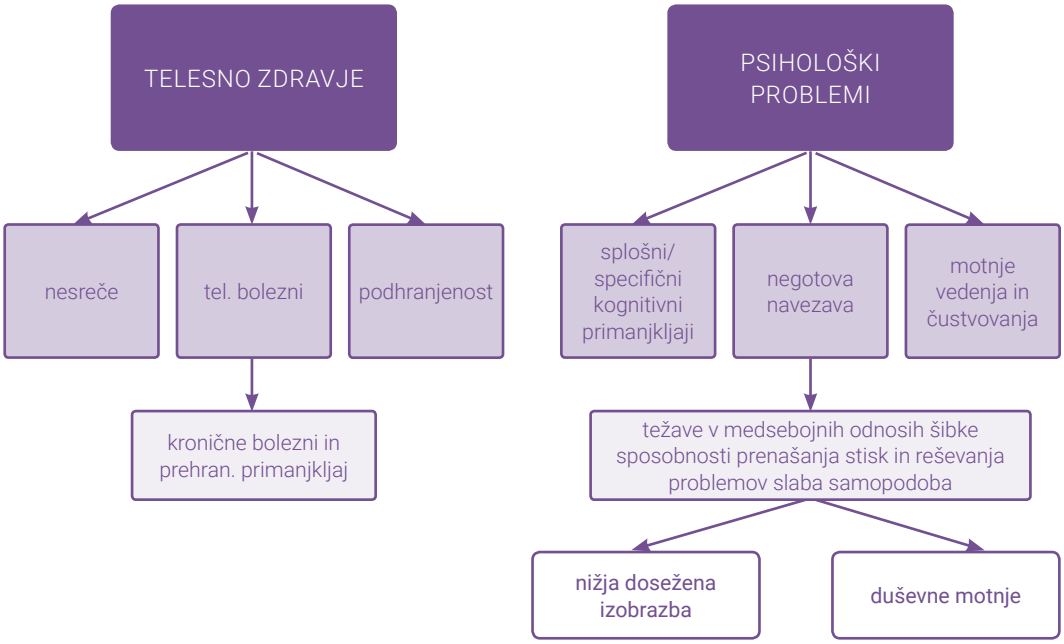
Ob načrtovanju zaščite otrok pred nasiljem je treba razumeti naravo družinske navezanosti/pripadnosti in dinamiko odnosov v družini, kjer se dogaja nasilje nad otroki.

Ogroženost otroka kot žrtve je vedno treba ocenjevati v kontekstu zlorabe moči v njegovem družinskem okolju, kjer se dogajajo dejavniki, ki otroka varujejo ali ogrožajo s strani primarnih skrbnikov. Zgodnja varna navezava je zagotovilo, da bodo otroci razvili različne oblike obrambnih strategij, ki jim bodo pomagale v smeri zmanjševanja in premagovanja stresov. Na strani otroka, kot žrtve, je veliko dejavnikov, ki ga izpostavljajo v smeri zlorabe moči starejših in močnejših, zlasti ko pogledamo na družinska okolja, kjer so imeli tudi starši sami izkušnjo nasilja nad seboj. V širšem ekosistemskem smislu pa gre za odnos širše družbe do nasilja na splošno ter drugih ekonomskih in širše socialno-kulturnih dejavnikov.

Posledice trpinčenja

Spolna zloraba ni diagnoza. Je življenjski dogodek ali serija le-teh, ki ima za posledico široko paleto različnih odzivov.

Otroci, ki so bili izpostavljeni kateri koli vrsti trpinčenja, lahko kažejo posledice tako na telesnem zdravju in razvoju kot tudi na področju čustvovanja, socialnih spretnosti ter celo na področju kognitivnih sposobnosti.



Slika 1: Telesne in psihološke posledice zanemarjanja in opustitve skrbi (prirejeno po Prevention of Child Maltreatment, Oberlander Condie L., 2003).

Prepoznava katere koli zlorabe je težka in odgovorna naloga, saj ni enoznačnih in za določeno vrsto zlorabe specifičnih znakov. Noben posamezen znak ne dokazuje zlorabe nedvoumno, saj lahko predstavlja posledico tudi drugih stanj.

Ukrepanje ob sumu zanemarjanja in trpinčenja

Kadar posumimo na možnost zlorabe, najprej skličemo strokovni tim sodelavcev oziroma se neposredno posvetujemo z bolj izkušenim kolegom. V naslednji fazi sledi prepoznavanje znakov, ki bi z večjo verjetnostjo govorili za zlorabo. V zadnji fazi je treba vse informacije skrbno zabeležiti in jih uporabiti v nadaljnjih postopkih.

Vedenjski znaki morebitne spolne zlorabe
www.prepoznajnasilje.si/qrc/vedenjski-znaki

Ob hujšem telesnem trpinčenju in sumu slabega ravnanja z otrokom, še zlasti, če je anamneza nezanesljiva in ne ustreza možnemu mehanizmu poškodbe, je indiciran sprejem v bolnišnico. Ob sumljivih poškodbah je pomemben natančen pregled in podroben opis vseh okoliščin, tudi kraja in časa dogodka, ter heteroanamneza spremljevalcev in izjav otroka. Zapisi v zdravstveni dokumentaciji, vključno s fotografijo poškodb, in opis otrokovega psihičnega stanja so potrebni za nadaljnje raziskovanje in možne sodne postopke. Namen raziskovanja je ugotoviti dejanske okoliščine in s pomočjo vseh vpletenih strokovnjakov oceniti stopnjo ogroženosti otroka.

Kasneje pa je potrebno načrtovanje ukrepov za otrokovo zaščito. V ta namen je pri nas uzakonjen takojšen sklic kriznega tima, ki opravi medsebojno konzultacijo. Tak način skupnega raziskovanja je v posameznih primerih stekel tudi pri nas in dal dobre izkušnje predvsem v smislu zaščite otoka pred ponovitvami travmatskih izpraševanj in porazdelitve odgovornosti. Tako delo pa zahteva izkušenost in predvsem medsebojno zaupanje in formalno dobro pripravljene postopke.

Konzultacije v kriznem timu *www.prepoznajnasilje.si/qrc/krizni-tim*

Razkrivanje zlorabe – izpoved otroka

Vodenje intervjuja oziroma psihiatrične eksploracije otroka, pri katerem sumimo na zlorabo, je zahtevna naloga. Še težja je, če je otrok star manj kot 6 let, če spontano ne daje izjav, če osumljeni slabega ravnanja pripada njegovi družini, če gre za konflikt interesov (npr. starši v razveznem postopku), če je otrok izjavo že večkrat ponovil, če ni na voljo zapisov o prejšnjih izjavah, če gre za časovno oddaljen dogodek oziroma oceno vedenja, katerih zlonameren značaj ni enoznačen.

☞ 2: KOMUNIKACIJA Z OTROKI IN ODRASLIMI ŽRTVAMI NASILJA V DRUŽINI

Razkrivanje zlorabe – pogovor z otrokom
www.prepoznajnasilje.si/qrc/razkrivanje-zlorabe

Otroški psihiater v vlogi sodnega izvedenca

V tem primeru mora otroški psihiater oblikovati in podati mnenje o otroku, ki je v vlogi žrtve. Sodišču pojasnjuje posledice zlorabe ter vse značilnosti družinskega ali drugega sistema, kjer se nasilje dogaja in je otrok domnevna žrtev. Posebno odgovorno delo je diagnostična ocena posledic spolne zlorabe. Pomembno je, da izvedenec uporabi vsa strokovno pomembna diagnostična sredstva, najprimerneje v timu skupaj s kliničnim psihologom, ki poda tudi celotno razvojno oceno. Posebno odgovorna je presoja domnevne spolne zlorabe v ločitvenih postopkih, ker eden od staršev, ki so zaradi lastnih težav pogosto zapredeni v težko rešljiv spor, posumi na slabo ravnanje drugega in preprečuje stike. Posebna opozorila veljajo za po eni strani prehitra sklepanja na podlagi simbolov na risbah, po drugi strani pa ne smemo spregledati dolgotrajnih opozoril z zatekanjem v različne bolezenske simptome.

Spolna zloraba je kaznivo dejanje, zato je potrebna prijava oziroma ocena otrokove ogroženosti s strani sklicanega MDT (pravna podlaga za ukrepanje in ravnanje v primeru trpinčenih otrok je ZPND).

Terapevtska pomoč

Če pediater ob pregledu otroka posumi na spolno zlorabo ali telesno nasilje, opravi telesni pregled otroka po priporočenem protokolu.

Obravnava spolno zlorabljenega otroka poteka po stopnjah. V prvi fazi razkritja je najpomembnejše, da je otrok na varnem z osebo iz domačega okolja, ki ga lahko zaščiti. Sledi obravnava drugih terapevtskih vsebin, kot so obravnava travmatske stresne motnje, delo z zanikanjem, žalovanjem, ter nadaljevanje raznih oblik dela z družino in zaščite otroka.

Protokol za pregled otroka, pri katerem je podan sum na spolno zlorabo
www.prepoznajnasilje.si/qrc/protokol-otroka

Primer iz prakse:

Anonimiziran prepis zdravstvenega kartona v prilogi je zgovoren in opozorilen prikaz dogajanja na telesni ravni, ki pa s strani pediatra ni bilo prepoznano. Pogosto so opozorilni znaki na telesni ravni tisti, s katerimi otrok opozori na prikrita dogajanja, preden je sposoben spregovoriti.

14-letna deklica je bila zaradi depresivne motnje napotena na Oddelek za otroško psihiatrijo Pediatrične klinike, potem ko je šolski svetovalni delavki zaupala več let trajajočo spolno zlorabo s strani strica. Več let je obiskovala pediatra zaradi pogostih bolečin v trebuhu ter sumov na uroinfekt, ki pa nikoli ni bil potrjen. Nekaj mesecev pred sprejemom v bolnišnico je postala nespečna, jokava, brezvoljna, večkrat zjutraj ni mogla v šolo in se je tudi telesno slabo počutila. Ob sprejemu je bilo ugotovljeno depresivno razpoloženje ter znaki posttravmatske stresne motnje. V naslednjih mesecih je bila vključena v psiho-

terapevtsko pomoč, predvsem v smeri razkrivanja občutij spolne zlorabe, ki je bila več let prikrita skrivnost družine. Multidisciplinarni pristop s sklicem kriznega tima ter usklajenim sodelovanjem z vsemi postopki so deklici pomagali, da je dolgo časa zanikana travmatska izkušnja dobila potrditev v realnosti. Sledila je terapevtska pomoč v smeri opolnomočenja ter razbremenjevanja občutkov krivde.

Zbiranje podatkov je razkrilo, da je zloraba potekala najverjetneje že v zgodnjem otroštvu. Deklica je imela številne somatske težave, zaradi katerih je obiskovala osebnega zdravnika.

PREPIS ZAPISOV IZ ZDRAVSTVENEGA KARTONA* tedaj 14-letne pacientke

03. 09. 1995 Urin: alb.: +/-, sedimentacija: do 30L, Dgn.: Uroinfekt, Th.:Primotren

25. 09. 1995 Ne drži vode, urin: alb. neg., sedimentacija: bp., Th.: Anafranil 1/4 do 1/2 zvečer

05. 11. 1995 Dgn.: HIS. operirana v bolnišnici (28. 11.–04. 12. 1995)

15. 10. 1996 Dgn.: Enuresis nocturna

16. 01. 1997 Boli jo glava in želodec - abdomen bp., kl.: bp. Urin: alb: neg., sedimentacija bp.

20. 07. 1997 Boli jo v ledjih, urin bp.

05. 01. 1998 Boli jo trebuh – glavobol, kl.: bp, urin: bp.

10. 03. 1998 Boli jo v levem stegnu. Kl.: levo stegno bp.

27. 10. 1998 En mesec jo boli občasno trebuh. Kl. abdomen: bp. Urin bp.

21. 07. 1999 Vrtoglava je. Kl.: bp.

15. 01. 2000 Krvavi 14 dni, vrtoglava je. Kl. abdomen bp.

10. 02. 2000 Bruha, 3 dni ima drisko. Kl. abdomen bp.

22. 03. 2000 Od včeraj ima oteklo spolovilo. Kl.: bp.

16. 04. 2000 Par dni jo boli spodnji del trebuha. Kl. bp.

* Datumi so zaradi zagotavljanja anonimnosti prirejeni skladno s potekom obravnav.

Ginekologija in porodništvo

Špela Smrkolj, Andreja Štolfa Gruntar

Obravnava spolnega nasilja se pri nas večinoma odvija v urgentnih ambulantah ginekološko-porodniških oddelkov bolnišnic. Na ginekološki urgenci UKC Ljubljana smo v letu 2010 obravnavali 25 primerov posilstva, leta 2011 21, leta 2012 43, leta 2013 35, leta 2014 28 in leta 2015 do avgusta 15.

V Sloveniji so kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost opredeljena v 19. poglavju KZ RS, ki med drugim opredeljuje posilstvo, spolno nasilje, spolno zlorabo in spolni napad. Naš pravni red opredeljuje, da je kaznivo ne samo dovršeno dejanje, ampak tudi poskus kaznivega dejanja zoper spolno nedotakljivost. Spolno nasilje je pogosto del nasilja s strani intimnega partnerja oziroma del nasilja v družini, ki ga pri nas podrobno opredeljuje ZPND.

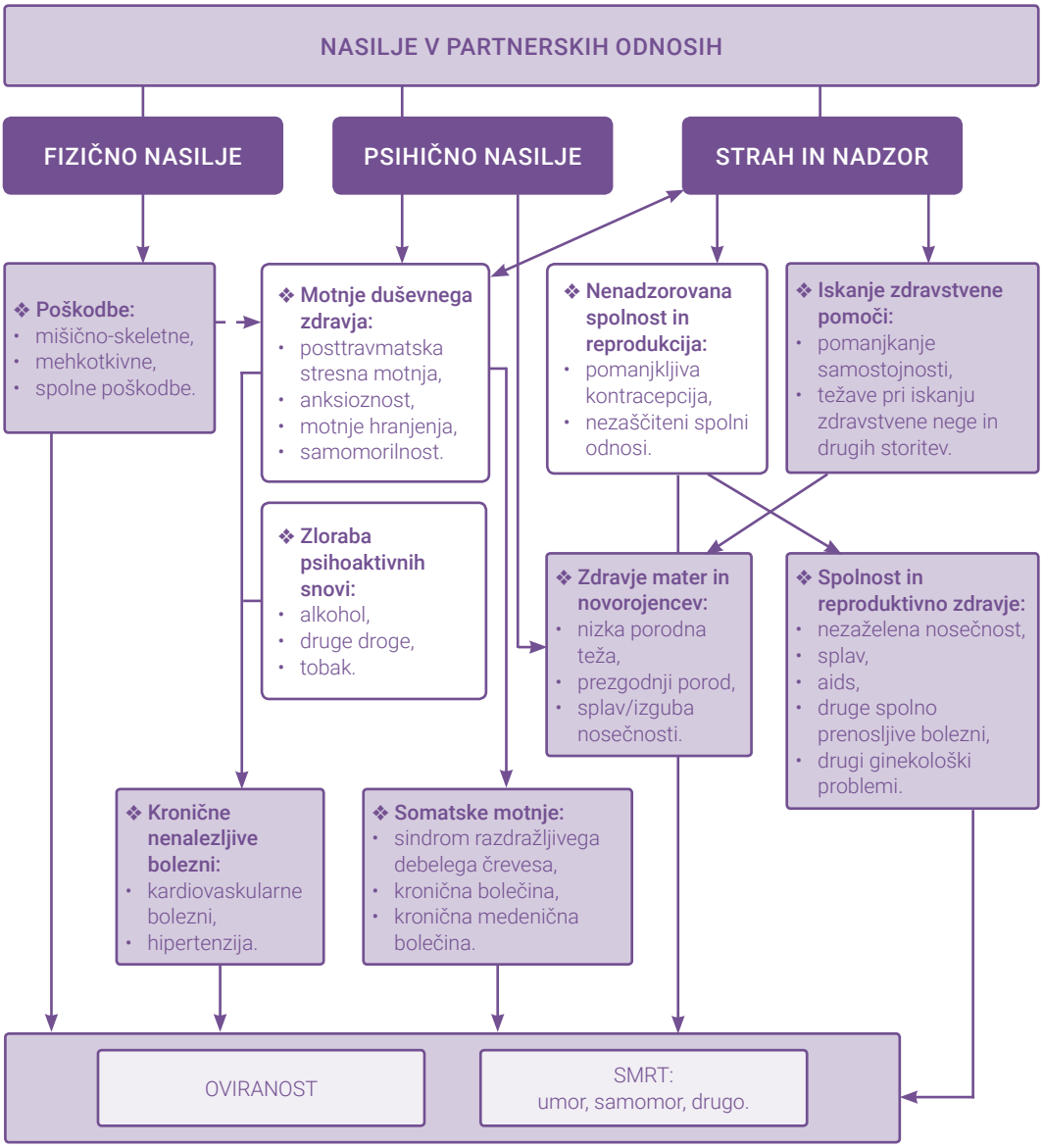
Nasilje nad ženskami s strani intimnega partnerja

Ženske so precej pogosteje kot moški žrtve fizičnega, spolnega in drugih oblik nasilja. SZO ocenjuje, da je po svetu 35 % žensk vsaj enkrat v življenju deležnih fizičnega in/ali spolnega nasilja; za Evropo je ocena 27 %. Spolno nasilje in nasilje s strani intimnega partnerja ima lahko resne posledice za zdravje in življenje ženske (Slika 1).

Statistike SZO kažejo, da zlorabljene ženske pogosteje uporabljajo zdravstvene storitve kot nezlorabljene ženske, tudi če ob tem ne razkrivajo povezane zlorabe ali spolnega nasilja. Otroci žrtve spolne zlorabe ali ženske žrtve spolnega nasilja s strani intimnega partnerja redko neposredno razkrijejo ginekologu/inji dogodke zlorab in nasilja. V ambulanti ob pregledih lahko delujejo povsem samozavestno in zadovoljno. Potrebujejo lahko tudi več let za priznanje in izpoved preteklih nasilnih dogodkov (☞ 2: USPEŠNO PREPOZNAVANJE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V ZDRAVSTVU).

Zdravstveni delavci smo najpogosteje prvi strokovnjaki, ki se srečamo z žrtvami spolne zlorabe. Ob tem ženske prepoznavajo zdravstvene delavce kot strokovnjake, ki jim najbolj zaupajo pri razkritju zlorab. Zato smo zdravstveni delavci to zaupanje dolžni upravičiti s strokovno obravnavo žrtve spolnega nasilja.

Spolna zloraba ni medicinska diagnoza, ampak pravni pojem. Zdravstveni delavec, predvsem zdravnik, sodeluje pri pregledu žrtve posilstva kot strokovnjak, ki je dolžan zagotoviti ustrezno zdravniško oskrbo žrtve posilstva, ter kot strokovnjak, katerega ugotovitve so pomemben dokaz v predkazenskem in nadaljnjem kazenskem postopku. Zdravnik ni dolžan ugotoviti, ali se je posilstvo ali drugo spolno nasilje zgodilo ali ne, ker ni za to pooblaščena oseba. Ključno je, da strokovno ugotovi dejansko stanje žrtve in jo primerno zdravstveno oskrbi.



Slika 1: Zdravstvene posledice nasilja s strani intimnega partnerja (povzeto po SZO, 2013).

Prepoznavanje žrtev spolnega nasilja

Žrtve nasilja v družini, s katerimi se srečuje specialist ginekolog, so lahko:

- otroci,
- odrasle osebe (med njimi je še posebej pomembna skupina nosečnic).

Razpoznava ter znaki spolnega nasilja in zlorabe pri otroku

Pri otroku je razpoznava znakov spolnega nasilja pogosto težka, saj nanjo lahko kažejo zelo različni znaki. Nobeden od posameznih znakov sam po sebi ne dokazuje zlorabe, saj lahko predstavlja posledico tudi drugih stanj.

O sumu zlorabe je treba razmisliti:

- kadar otrok kaže znake poškodbe, za katero ni mogoče najti razumne razlage,
- kadar otrok deluje prizadet brez jasnega razloga ali kaže trajajoče ali novonastalo težavno vedenje,
- ko je otrokov odziv na vedenje staršev nenavaden ali se nanje odziva s strahom.

Znaki nasilja in zlorabe otroka se lahko kažejo na telesu, v otrokovem vedenju ali v otrokovem razvoju. Lahko se kažejo v odnosu do staršev/skrbnikov ali med otrokom in drugimi družinskimi člani/drugimi osebami. Več hkrati prisotnih znakov zanesljiveje govori za možnost nasilja. Otroci, ki so bili žrtve spolnega nasilja oziroma zlorabe, večinoma skrivajo, da se jim je kar koli zgodilo. Redko o tem odprto spregovorijo. Otrokovo razkritje je vedno treba vzeti zelo resno. Manj očitne znake lahko dodatno osvetlimo v pogovoru z otrokom brez postavljanja neposrednih vprašanj. Igralna situacija, kot je npr. risanje ali pripovedovanje zgodb, lahko pomaga pri razkritju informacije.

Večina znakov spolne zlorabe ni specifičnih in jih je treba obravnavati celostno, glede na otrokovo socialno in družinsko okolje:

- razkritje zanemarjanja ali zlorabe s strani otroka ali mladostnika samega,
- starosti neustrezna ali nenormalna spolna igra ali védenje o spolnosti,
- posamezne poškodbe ali vzorec poškodb,
- bežanje od doma ali iz institucije,
- poskus samomora,
- prezgodnja nosečnost ali spolno prenosljive bolezni,
- istočasno prisotni znaki iz ene ali več kategorij, npr. znaki zaostanka v razvoju in telesnih poškodb (☞ 3: KLINIČNI ZNAKI IN POTI: PEDIATRIJA, OTROŠKA PSIHIATRIJA).

Poroke mladoletnic, nosečnost, spolna dejavnost oseb, mlajših od 15 let
www.prepoznajnasilje.si/qrc/spolnost-mladoletni

Prepoznava ter znaki nasilja in zlorabe pri odraslih ženskah

Raziskava iz leta 2014 kaže, da so spolno zlorabljene ženske (tako v otroštvu kot v odraslosti in tiste, ki še kakor koli trpijo za posledicami spolne zlorabe) večkrat iskale pomoč pri psihologu ali psihiatru, večkrat poročale o nespečnosti, anksioznosti, vsiljivkah in izogibalnem vedenju.

Primarni ginekolog je izbrani osebni zdravnik in posebno mlajše ženske ga obiščejo celo pogosteje kot svojega zdravnika družinske medicine, zato je vloga ginekološkega

tima pri odkrivanju nasilja v družini in pomoči žrtvam nasilja izjemnega pomena. Ob tem velja še posebej izpostaviti nosečnost ter poporodno obdobje.

Pri žrtvah nasilja se pogosteje pojavljajo naslednji zdravstveni problemi na področju reproduktivnega zdravja:

- spolno prenosljive okužbe,
- vnetja spolnih organov, pelvična vnetja,
- neplodnost,
- nezmožnost načrtovanja družine, neuporaba kontracepcije,
- neželena nosečnost,
- umetna prekinitev nosečnosti,
- spolna disfunkcija.

V porodnem in poporodnem obdobju se oblike nasilja s strani intimnega partnerja pogosteje pojavljajo oziroma se že predhodno prisotno nasilno vedenje dostikrat stopnjuje.

Razpoznava in znaki nasilja in zlorabe pri nosečnicah:

V času nosečnosti pa se pri žrtvah nasilja pogosteje pojavljajo:

- poznejši vstop v predporodno zdravstveno varstvo,
- tvegana vedenja (kajenje, alkohol, nedovoljene droge),
- hujšanje,
- slabokrvnost,
- krvavitve v zgodnji nosečnosti,
- povišan krvni tlak,
- anksioznost in depresija v nosečnosti ter kasneje huda poporodna depresija,
- spontani splav in mrtvorojenost (lahko kot posladica udarca ali brce v trebuh),
- prezgodnji porod,
- nizka porodna teža novorojenčka.

Povpraševanje o izkušnji nasilja v družini se zato priporoča ob prvem obisku ženske v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu in ob kasnejših preventivnih ali kurativnih pregledih, kadar so prisotna stanja oziroma simptomi in znaki, ki nakazujejo možnost izpostavljenosti nasilju. Ob prvem obisku se izvede povpraševanje o izkušnji nasilja v preteklosti ter o doživljanju nasilja v sedanjem času, pri kasnejših obiskih pa samo o sedanji izpostavljenosti nasilju. Posebno podatek o pretekli izkušnji spolne zlorabe je za strokovnjake, ki skrbijo za ženske v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, zelo pomemben, saj ženske z izkušnjo spolne zlorabe med nosečnostjo in porodom potrebujejo posebno občutljivo skrb in podporo.

Evidentiranje zdravstvenih zapletov

V ginekološki ambulanti evidentiramo naslednje zdravstvene zaplete, ki so nastali kot posledica nasilja:

- Nosečnost.
- Spolno prenosljive bolezni: genitalne bradavice, genitalni herpes, pelvična vnetna bolezen, ponavljajoča se vnetja zunanjega spolovila pri otroku.
- Fizičnih poškodb praviloma pri spolnem nasilju v družini ni, ker povzročitelj žrtev ustrahuje na druge načine ali pa jo premami izmenično z dobrikanjem in ustrahovanjem.
- S psihološkimi zapleti se ginekologi redko srečujemo.

Priporočila SZO za zdravstvene delavce pri obravnavi nasilja s strani intimnega partnerja in spolnega nasilja (SZO, 2013):

1. Zdravstvena obravnava, osredinjena na žensko

a) Prva podpora:
   - poslušati brez presojanja, s podporo, potrjevanjem,
   - zagotoviti praktično oskrbo, varno okolje in podporo, ki jo potrebuje, brez siljenja,
   - v pogovoru o zgodovini nasilja pozorno poslušati, brez siljenja,
   - pomagati pri pridobivanju informacij o pravni in drugi pomoči,
   - pomagati pri zagotavljanju njene varnosti, varnosti njenih otrok, če je to potrebno,
   - zagotoviti ali pritegniti socialno podporo.

b) Ob tem je treba zagotoviti:
   - spoštovanje zasebnosti ob pregledu, posvetu,
   - zaupnost, hkrati pa žensko obvestiti o omejitvi zaupnosti, ko je obvezna prijava.

2. Identifikacija in oskrba žrtev nasilja s strani intimnega partnerja

3. Klinična oskrba žrtev spolnega nasilja

a) Postopki v prvih petih dneh po spolnem napadu:
   - nujna pomoč: praktična oskrba, varno okolje, podpora, zmanjševanje stiske, navezava stika z drugimi službami,
   - anamneza dogodka in popoln klinični pregled od »glave do nog«,
   - nujna kontracepcija,
   - postekspozicijska profilaksa HIV,
   - postekspozicijska profilaksa spolno prenosljivih okužb,
   - psihološka podpora in ukrepi.

b) Ukrepi za zaščito duševnega zdravja po petih dneh od spolnega napada:
   - ukrepi do tri mesece po travmi: spremljanje, ustrezno zdravljenje posttravmatske stresne motnje – kognitivno-vedenjska terapija ali EMDR (angl. Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem.

4. **Usposabljanje zdravstvenih delavcev za obravnavo nasilja s strani intimnega partnerja in spolnega nasilja – usposabljanje predvsem zdravnikov, medicinskih sester/babic, da zagotovijo:**

- ustrezno nujno pomoč in obravnavo,
- obvladanje ustreznih veščin: komunikacija z žrtvijo, zbiranje sodnomedicinskih dokazov,
- poznavanje osnov o nasilju in zakonodaje,
- poznavanje obstoječih služb in organizacij za podporo žrtvam nasilja,
- odpravo neprimernega odnosa zdravstvenih delavcev (npr. krivijo ženske za nasilje) in naslavljanje lastnih izkušenj z nasiljem s strani intimnega partnerja in spolnim nasiljem.

5. **Politika zagotavljanja zdravstvenega varstva: obravnava žrtev nasilja s strani intimnega partnerja in spolnega nasilja** naj bo vključena v obstoječe zdravstvene storitve, ne pa kot samostojna storitev. Država potrebuje več modelov obravnave žrtev nasilja s strani intimnega partnerja in spolnega nasilja za različne ravni zdravstvenega varstva. Prednostno naj se zagotovita usposabljanje in izvajanje storitev na primarni ravni. Zdravstveni delavec, usposobljen za obravnavo spolne zlorabe, naj bo na voljo kadarkoli v dnevu.

Protokoli za obravnavo žrtev spolnih napadov

Na področju ginekologije in porodništva v Sloveniji nimamo lastnih smernic za obravnavo nasilja v družini. Od leta 2015 so na voljo Strokovne smernice, ki jim sledimo. Obstajajo različni protokoli za obravnavo žrtev spolnih napadov, po katerih pregledujemo žrtve posilstev. Leta 2006 smo pripravili osnovni protokol v primeru posilstva, ki ga uporabljamo na ginekološki urgenci UKC Ljubljana, v UKC Maribor pa od leta 2013 uporabljajo podoben protokol za obravnavo posilstva.

Ambulantni protokol v primeru posilstev
www.prepoznajnasilje.si/qrc/protokol-posilstvo

Žrtve dolgotrajnega nasilja v družini navadno obravnavamo v specialističnih ambulantah po predhodnem dogovoru s kriminalisti ali osebnimi zdravniki – tako obravnavamo večino žrtev spolnega nasilja v družini. S pregledom žrtve spolnega napada se lahko sreča kateri koli ginekolog, z žrtvami dolgotrajnega spolnega nasilja v družini se srečujemo le nekateri ginekologi, ki se s področjem intenzivneje ukvarjamo.

Zdravnik ginekolog priča na sodišču ter izvedenec
www.prepoznajnasilje.si/qrc/ginekolog-prica

Primer iz prakse:

15-letno dekle je prišlo na ginekološki pregled v spremstvu rejnice, ki je opazila, da deklici raste trebuh. Bila je v 24. tednu nosečnosti. Med počitnicami je šla za nekaj časa k očetu (mama je psihiatrični bolnik, dolgotrajno hospitalizirana). Ko je neko noč grmelo in treskalo, je bilo dekle strah in je šla v posteljo k očetu, tako kot je to počela med nevihtami doma pri rejnici in rejniku, ko je šla spat k njima. Oče je imel z njo spolne odnose in je zanosila. Deklica, ki je bila intelektualno manj razvita (s tem, da se je rejnica z njo učila, je komaj izdelala razred), ob spolnih odnosih z očetom ni imela moralnih pomislekov.

Pomembnejša dejavnika tveganja za spolne zlorabe otrok in mladostnic (prav tako tudi odraslih žensk) sta:

- **duševna manjrazvitost:** duševno manj razviti otroci se težko uprejo povzročitelju nasilja, ko pa so duševno manj razvite najstnice spolno zrele, jih je težje zavarovati pred spolno zlorabo v družini (in tudi v drugih okoljih).
- **oblike oviranosti: žrtev se fizično ne more upreti povzročitelju.**

Družinska medicina

Nena Kopčavar Guček

Na področju družinske medicine v Sloveniji je tematika prepoznave in obravnave nasilja v družini že usidrano raziskovalno in izobraževalno področje, tako na dodiplomskem kot podiplomskem študiju (od leta 2007 kot redni modularni del specializacije iz družinske medicine). Vidike nasilja v družini tudi pogosto obravnavamo na strokovnih srečanjih.

V obdobju 2005–2012 je bilo izvedenih nekaj raziskav: presečna raziskava iz leta 2010 (n = 2075) je pri preiskovancih pokazala 17,9 % izpostavljenost enemu od tipov nasilja v petih letih, primerljivo z rezultati podobnih raziskav (vseživljenjsko od 18 do 66 %). Raziskava v letu 2012 je potrdila prejšnje izsledke in oceno o pogostnosti nasilja: med 2572 bolniki je bilo skupno 17,1 % žrtev nasilja v partnerskih odnosih v zadnjih petih letih (duševnega, telesnega ali obeh oblik). Pri natančnejšem zajemu podatkov v eni ambulanti (n = 500) (2012) je bila pri preiskovancih v zadnjem letu zabeležena pogostnost nasilja 13,6 % (letna prevalenca v literaturi od 2 do 20 %).

Izsledki presečne raziskave med slovenskimi zdravniki družinske medicine kažejo, da so zdravniki premalo ozaveščeni in poučeni o nasilju v družini oziroma o možnosti, da je bolnik žrtev nasilja in/ali trpinčenja. Imajo več pomislekov pri obravnavi žrtev nasilja, ne prepoznajo prikritih znakov nasilja, se ne zavedajo ogroženosti družinskih članov in aktivno ne odkrivajo nasilja v partnerskih odnosih.

Raziskava »Pogostnost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulanti zdravnika družinske medicine«, 2015. www.prepozinjinsilje.si/qrc/raziskava-pogostost

Možnosti in ovire za obravnavanje nasilja v družini v sklopu družinske medicine

Raziskovanje in obravnava posledic nasilja v družini oziroma v odnosih z bližnjimi je v okolju družinske medicine smiselno in utemeljeno. Za družinsko medicino je značilna celostna obravnava posameznika, ki omogoča:

- prepoznavanje simptomov nasilja v družini,
- podporo bolniku,
- obravnavo več članov družine,
- možnost sodelovanja z drugimi službami ter lokalno skupnostjo,
- preprečevanje hudih in/ali dolgoročnih posledic nasilja v družini.

Zdravnik družinske medicine običajno prebiva v istem okolju/skupnosti kot bolnik in bolje pozna dejavnike in okoliščine lokalnega okolja. Za razliko od specialistov drugih strok svoje bolnike obiskuje tudi na njihovem domu, kar mu omogoča vpogled v družinsko psihodinamiko. Svojega bolnika v t.i. kontinuiranem odnosu praviloma obravnava v daljšem časovnem obdobju, kar omogoča in olajšuje vzpostavitev varnega okolja in zaupnosti, ki je eden temeljnih pogojev za uspešno prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini.

Hkrati tako na strani bolnikov kot zdravnikov obstajajo številne ovire za uspešno prepoznavanje in obravnavanje žrtev nasilja v družini. Zmotne predstave in predsodki zdravstvenega osebja, kot so pripisovanje krivde žrtvi (»ženska se bo vedno vrnila k svojemu nasilnežu«, »nasilje v partnerskih odnosih je osebna stvar« in podobno), imajo pri zdravnikih družinske medicine – v primerjavi z drugimi zdravstvenimi okolji – še večje posledice. Problematično je tudi, da nekateri zdravniki menijo, da nasilje v partnerskih odnosih ni zdravstveni problem. Dodatno oviro predstavlja velika delovna obremenitev družinskih zdravnikov, ki imajo po raziskavah povprečno za obravnavo posameznega bolnika le 6,93 minute časa ob hkratni veliki odgovornosti zanje. Tako ostajajo priložnosti za prepoznavanje nasilja neizkoriščene.

Prisoten je tudi pomislek, da bi z vprašanjem ali poizvedbo o nasilju v družini ogrozili zaupen odnos zdravnik – bolnik, saj zdravniki izjemno cenijo in varujejo svoj zaupni odnos z bolnikom, pa tudi zasebnost svojih bolnikov. Prav zato (in skladno s smernicami SZO) se jim aktivno odkrivanje nasilju v družini zdi sprejemljivejše od sistematičnega presejanja. Podobno kot pri kroničnih boleznih, strokovnjaki za učinkovito obravnavo nasilja v partnerskih odnosih priporočajo predvsem primarno, pa tudi sekundarno in terciarno preventivo. Pomisleki slovenskih zdravnikov družinske medicine glede presejanja kot učinkovitega in zanesljivega instrumenta za odkrivanje nasilja v družini se skladajo z ugotovitvami, da učinki sistematičnega presejanje niso podprti z dokazi in ne izpolnjujejo meril za sekundarno preventivo (presejanje mora po definiciji biti intervencija, ki izboljša prognozo). Opravljene raziskave na slovenskem kažejo, da se zavedajo pomembnosti aktivnega odkrivanja nasilja v družini, izražajo željo po večjem znanju in kompetencah za odkrivanje nasilja v družini in po jasnejših in bolj definiranih poteh interdisciplinarne obravnave nasilja.

Prepoznavanje žrtev nasilja v družini

Pri prepoznavanju žrtev nasilja nam pomagajo tudi posredni in neposredni klinični znaki, prikazani v tabeli. Razpolaganje z dolgoletno zdravstveno dokumentacijo, značilno za okolje družinske medicine, je pri tem v veliko pomoč.

Pogovor o možni izpostavljenosti nasilju v družini običajno sledi eni od štirih možnih situacij:

- obvestilo o možni izpostavljenosti nasilju s strani drugih služb (npr. socialne službe, policije, patronažne službe, drugih zdravstvenih delavcev, šole …);
- pogost obiskovalec/ka ambulante z nespecifičnimi simptomi;

- sumljive ponavljajoče se poškodbe in z nasiljem povezane bolezni;
- posameznik/ica spontano poroča o izpostavljenosti nasilju (redko).

Izkušnje in rezultati spremljanja obravnave žrtev nasilja kažejo, da se odnos med osebnim izbranim zdravnikom in žrtvijo po razkritju nasilja učvrsti in poglobi, žrtve pa že po samem razkritju pogosto čutijo olajšanje.

Ko/če se žrtev razkrije in potrdi nasilje, potrdimo pravilnost njenega ravnanja, ji zagotovimo podporo in jo podpremo. Žrtvi podajte tri pomembna sporočila: **Niste krivi. Niste sami. Obstaja pomoč**.

!
- **Pojasnite žrtvi svoje zakonske dolžnosti (dokumentacija, prijava).**
- **Nikoli ne igrajte vloge posrednika. Praviloma naj se žrtev sama odloči in vzpostavi stik z organizacijami za nudenje pomoči. S tem ji izrazite zaupanje in podprete njeno samopodobo. Stik vzpostavite le na njeno izrecno željo.**
- **Ne glede na njeno odločitev (npr. »zaenkrat ne bi nič ukrenil/a, hvala za informacije, bom še malo premislil/a«) ostanite podporni.**
- **Ohranite in zagotovite si stalen stik ž žrtvijo.**

Klinična pot obravnave nasilja v družinski medicini
www.prepoznajnasilje.si/qrc/klinicna-pot

Več o priporočenem načinu komuniciranja z žrtvijo, ☞ 2: KOMUNIKACIJA Z OTROKI IN ODRASLIMI ŽRTVAMI NASILJA V DRUŽINI.

Več o ukrepanju po razkritju nasilja, ☞ 3: POSTOPKI OB RAZKRITJU ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI.

Okoliščine in pogoste dileme pri ukrepanju

Osebni izbrani zdravniki (pediatri, ginekologi, zdravniki družinske medicine) se pogosto znajdejo v dilemi glede ukrepanja, npr.:

- Ocena ogroženosti žrtve kaže na hudo ogroženost, žrtev nasprotuje prijavi. Vzdrževanje kontinuitete zaupnega odnosa z žrtvijo je osebnim izbranim zdravnikom izjemno pomembna, bojijo se izgube zaupanja bolnika, obenem jih skrbi bolnikova varnost.
- V manjših skupnostih lahko prijava nasilja v družini izraziteje vpliva na ugled, družbeni status žrtve in njene širše in ožje družine (☞ 2: ŽRTVE IN POVZROČITELJI NASILJA V DRUŽINI V PODEŽELSKEM OKOLJU). Žrtve so, kot dokazujejo podatki iz raziskav, pripravljene na ta račun »marsikaj potrpeti«. Razkritje fizičnega, spolnega, ekonomskega nasilja, zanemarjanja s strani družinskih članov je posebej boleče in težavno.
- Zdravniki družinske medicine v ruralnih okoljih so lahko osebni izbrani zdravniki obeh, tako žrtve kot povzročitelja nasilja. Zdravniki v raziskavi so v takih primerih

izražali željo, da bi »slišali obe plati zgodbe«. Vendar je v tovrstnih situacijah ključno obdržati profesionalno držo, brez povzročanja nepotrebnih konfliktov med partnerjema in brez poskusov razsojanja, soočanja ali celo mediacije/sprave obeh strani.

Varnost bolnika ima vedno prednost pred vsemi drugimi vidiki obravnave. Tragični izidi nasilja v družini v našem okolju z zamujenimi priložnostmi ukrepanja postavljajo prioriteto zdravstvenih delavcev – zaščito in ohranjanje življenja – pred vse druge. Kadar pristojnim službam prijavljamo sum na nasilje, nimamo v primeru, da se sum izkaže za neutemeljen, nobene kazenske odgovornosti.

Sporočanje o nasilju v družini v timu ambulante družinske medicine

Medicinska sestra lahko s svojimi opažanji bistveno prispeva k zaznavanju izpostavljenosti nasilju, saj med nekaterimi posegi s potencialno žrtvijo vzpostavi pristen in odkrit stik (npr. previjanje ran, odvzem šivov). Pacienti se morda lažje zaupajo medicinski sestri. Zamolčan sum ali opažanje imata lahko usodne posledice. Znotraj tima mora veljati odnos popolne odkritosti in zaupanja v dobro žrtve nasilja.

Tudi patronažna sestra ima pomembno vlogo, z možnostjo obojestranskega pretoka informacij: zdravniku lahko poroča o sumu nasilja in mu zaupa nadaljnjo obravnavo ali pa jo zdravnik poprosi za mnenje in njen uvid v situacijo v družini.

Ogrožena varnost žrtve nasilja v družini: Prilagajanje administrativnih ukrepov osebnega izbranega zdravnika

Predpisovanje zdravil in izdajo bolniških listov hudo ogroženim žrtvam nasilja, ki so npr. nastanjene v varnih hišah izven kraja bivanja in podobno, zaradi njihove varnosti ustrezno prilagodimo.

Depresivnost je pogost in znanstveno dokazan spremljevalec izpostavljenosti nasilju. Predpis ustreznih zdravil je pri žrtvah nasilja pogosto ne samo utemeljen, ampak tudi nujen. Zanj so indikacije utemeljene (v dvomih uporabimo razne instrumente, npr. lestvico depresivnosti po Zungu ali druge vprašalnike). Žrtve nasilja so lahko tudi kronični bolniki/bolnice, ki redno prejemajo zdravila.

V primeru, ko osebni prihod v ambulanto zaradi ogrožanja varnosti žrtve ni mogoč, se lahko izjemoma dogovorimo, da recepte, bolniške liste in morebitne druge listine, ki bi sicer terjale osebno prisotnost žrtve v ambulanti, prevzame druga zaupna oseba.

Travmatologija: urgentna kirurška ambulanta

Urška Kogovšek

Žrtev nasilja v družini v urgentni kirurški ambulanti

Žrtve nasilja v družini pogosto srečujemo v urgentni kirurški ambulanti. Neredko je potrebna tudi oskrba povzročiteljev. Zdravstveno osebje mora biti primerno strokovno usposobljeno in imeti na razpolago orodja (protokoli, smernice, klinične poti, interna navodila), ki jih uporablja pri obravnavi žrtve.

Najpogosteje so žrtve nasilja v družini otroci in ženske.

Različni avtorji navajajo, da je med 10 in 12 % vseh obiskov urgentne kirurške ambulante povezano z nasiljem v družini (ženske do 20 %, moški 9 %; nosečnice 30 %). Iz literature je še razvidno, da kar 95 % žensk žrtev nasilja v družini obišče zdravnika iz tega razloga najmanj 5-krat letno, 27 % pa kar več kot 20-krat letno. V 77 % razlog za obisk urgentne travmatološke ambulante ni samo poškodba, ampak druga pridružena simptomatika, povzročena z nasiljem (psihološke travme, stiske, socialno-ekonomska ogroženost, klic na pomoč).

Vzrok za prihod in obravnavo v urgentni kirurški ambulanti so najpogosteje poškodbe, ki so nastale kot posledica nasilnega dejanja. Pogosto se zgodi, da pri enaki poškodbi, ki bi nastala v drugačnih okoliščinah, pacient ne bi iskal zdravniške pomoči. Pogosto je pridružen strah (pred posledicami poškodbe, pred ponovnim nasiljem, pred razkritjem nasilja, pred dodatnim poslabšanjem življenjske situacije žrtve, zaradi različnih groženj povzročitelja …).

Vrste poškodb

V nekaterih primerih nastale poškodbe ne moremo takoj povezati z nasiljem v družini. Predvsem zato, ker so mehanizmi nastanka zelo različni in lahko nastanejo tudi v povsem drugačnih okoliščinah. Glede na mehanizem poškodbe žrtve nasilja v družini lahko utrpijo najrazličnejše poškodbe:

- udarnine s podplutbo ali brez, odrgnine, opraskanine; največkrat prizadeti deli so glava, zgornje okončine in prsni koš,
- zlom ene ali več kosti, izpah, amputacije delov telesa, poškodbe notranjih organov,
- oparine, opekline, omrzline,
- vrezne in vbodne rane,
- poškodbe zaradi uporabe kemičnih in jedkih snovi,
- poškodbe, nastale zaradi dušenja oziroma oviranja dihanja (poškodbe dihalnih poti, hipoksična okvara možganov),

- poškodbe v prometu,
- padci z višine, po stopnicah,
- zastrupitve,
- poškodbe zaradi spolnega nasilja (specifične poškodbe v predelu genitalij in zadnjika).

V nekaterih primerih gre za poškodbe praktično brez vidnih posledic, pogosto pa poškodbe lahko vodijo do trajnih okvar in celo smrti.

Ranljive skupine

Družbeno in geografsko gledano se osebje v določenih urgentnih kirurških ambulantah pogosteje srečuje z žrtvami iz ranljivejših skupin. Najpogosteje gre za otroke, nosečnice, ostarele, socialno ogrožene, priseljence … V kolikor nismo prepričani, ali gre za žrtev nasilja v družini, lahko vključimo socialno službo. Socialna služba bolnišnic in terciarnih centrov v popoldanskem, nočnem času in preko vikenda običajno ni dostopna. Takrat je za področje nasilja v družini organizirana interventna služba, ki je dosegljiva preko policije (113).

! Glede obravnave otrok mora biti zdravstveno osebje seznanjeno, da so vsi, ki prijavijo katero koli obliko zlorabe otroka v dobri veri, izvzeti iz civilne in kazenske odgovornosti. Prijavitelju ni mogoče neupravičeno soditi za obrekovanje, klevetanje, vdiranje v zasebnost ali kršitve obveze molčečnosti.

Prepoznava žrtve nasilja

Zdravnik v urgentni ambulanti je pogosto prvi strokovnjak v mreži institucionalne podpore žrtvam nasilja, kamor se žrtev zateče po prvo in nujno zdravniško pomoč.

Žrtev pred priznanjem ter prijavo nasilja v družini v povprečju 10-krat obišče urgentno kirurško ambulanto.

Glede na visok delež žrtev nasilja, ki se zglasijo v urgentni kirurški ambulanti (pogosto jih ne prepoznamo kot žrtve), mora biti osebje zanje zelo visoko občutljivo. Zdravnik v urgentni kirurški ambulanti mora biti ob sumu nasilja v družini pripravljen zastaviti kratko usmerjeno vprašanje.

Sum nasilja v družini

Žrtve same najpogosteje ne prijavijo nasilja v družini. Zdravstveno osebje mora biti zato še posebej pozorno na nekatera dejstva, ki kažejo na to, da bi lahko šlo za nasilje. Še posebej pri tistih pacientih, pri katerih se **mehanizem in okoliščine nastanka poškodbe ne skladajo povsem z nastalimi poškodbami.** Prav tako se izkaže, da ob temeljitem pregledu pogosto najdemo **poškodbe starejšega datuma** (modrice v izzve-

nevanju, kraste, brazgotine, zaceljeni zlomi). Pozornost je treba nameniti tudi pacientom, ki **večkrat v letu potrebujejo ali iščejo oskrbo v urgentni kirurški ambulanti**. Ni sicer nujno, da so poškodbe podobnega tipa, se pa to običajno dogaja. V slovenskih bolnišnicah imamo v urgentnih ambulantah za obravnavo pacientov sicer na razpolago različne informacijske sisteme. Ti imajo baze podatkov in pooblaščenim zdravstvenim delavcem do neke mere omogočajo vpogled v zgodovino obiskov posamezne osebe v urgentni kirurški ambulanti. Že ob vpisu pacienta ob prihodu v urgentno ambulanto se v nekaterih aplikacijah vidi zgodovina obiskov istega pacienta. Prav tako se ob pregledu RTG-posnetkov pokaže zapis o preteklih posnetkih. Ko osebje to opazi, lahko opozori zdravnika, da gre za možnost nasilja v družini, ta pa se lahko nato bolj ciljano pogovori s potencialno žrtvijo. Določene razvade so povezane s povečanim tveganjem za nasilje v družini. V urgentni ambulanti moramo zabeležiti podatek o zlorabi alkohola, drog ali drugih substanc. Osebje mora biti tudi pozorno na vedenje spremljevalca/ke pacienta in če vztraja pri prisostvovanju pri medicinski obravnavi v ambulanti.

Ob uporabi znanj (☞ 2: USPEŠNA PREPOZNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V ZDRAVSTVU) in komunikacijskih veščin bi ob zgoraj navedenih znakih lahko prepoznali več žrtev nasilja v družini.

Spontano poročanje žrtve nasilja ter izražena želja po prijavi nasilja na policijo ali CSD je zelo redka.

Vzroki za neprepoznavo žrtve nasilja

Zdravstveno osebje, predvsem zdravniki, ki redno ali občasno delajo v urgentni kirurški ambulanti, navedejo več razlogov, zakaj po njihovem mnenju ne prepoznamo več žrtev nasilja. Predvsem gre za veliko obremenitev osebja s številom pacientov, ki jih morajo pregledati v zelo kratkem času. Osebje pogosto zazna, da žrtve ne želijo razkriti, da so poškodbe posledica nasilja. Navajajo tudi, da žrtve najpogosteje ne navedejo pravega razloga za nastanek poškodbe, pripravijo sprejemljivo zgodbo, zdravnik pa je nato postavljen v neprijetno situacijo, ko mora zastaviti neposredno vprašanje o nasilju. Pojavljajo se tudi primeri manipulacije, ko se nekdo želi prikazati kot žrtev, pa v resnici to ni.

Žrtev pogosto spremlja svojec, ki je nasilje izvajal ali ga izvaja in ne omogoča primerne komunikacije z zdravstvenim osebjem. Med čakanjem na obravnavo se žrtev in povzročitelj pogosto že pomirita in ne želita zunanjega posredovanja glede nasilja v družini. Razlog za zanikanje pri žrtvi je najpogosteje strah pred poslabšanjem stanja, ki je najpogosteje upravičen. Žrtve, ki se večkrat vračajo v urgentno kirurško ambulanto, pogosto prihajajo z vse hujšimi poškodbami, lahko tudi usodnimi (oviranost, smrt).

Primer 1:

Mlajši moški se zglasi v urgentni kirurški ambulanti, ker je pred nekaj urami padel po stopnicah. Na obrazu pod levim očesom ima svežo podplutbo in odrgnino, pod nosnicama sled strjene krvi. Pove, da je nerodno stopil, ko je nesel omarico. Spremlja ga zaskrbljen oče, ki želi za sina maksimalno oskrbo. Ob kliničnem pregledu poleg opisanega

ugotovijo zlom ličnice in nosu. Najdejo še manjšo udarnino starejšega datuma za levim uhljem in starejšo podplutbo v predelu levega zapestja. Pacient pove, da se ne spomni, kako je do tega prišlo, ker da gre za majhne neboleče poškodbe, ki so verjetno nastale ob delu na kmetiji. Zdravnik ob vpogledu v informacijski sistem ugotovi, da je pacient v zadnjih štirih mesecih ambulanto obiskal že dvakrat. Prvič zaradi pretresa možganov, ko je močno zadel ob podboj vrat, ker ponoči ni prižgal luči, in drugič, ko so se nanj prevrnila drva in je utrpel številne udarnine in odrgnine po celem telesu. Iz slednjega ambulantnega zapisa je razvidno, da so bile poškodbe enake tudi na predelih, ki naj bi jih prekrivala obleka. V tem primeru obstaja sum nasilja v družini. Dolžnost zdravstvenega delavca je diskretno postaviti vprašanje o nasilju in nuditi žrtvi vso potrebno podporo.

Primer 2:

V urgentni abdominalni ambulanti se zglasi moški, ki doma skrbi za ženo, ki je že več let nepomična zaradi bolezni živčevja in ne more govoriti. Sporazumevata se z gibi oči. Gospod pove, da ima gospa težave z zaprtjem in da jo je treba 3-krat tedensko klistirati (kar je pogosto pri nepomičnih bolniki). Pove, da se mu je klistir pokvaril in ga ne more odstraniti iz zadnjika. Boji se, da bi jo poškodoval. Gospoda prosimo, da gospo pripelje na pregled v ambulanto. Moža skrbi in v eni uri uredi prevoz z reševalcem. Ob kliničnem pregledu ne najdemo klistirne cevke, ki naj bi zaostala. Ob RTG-diagnostiki ugotovimo vsaj 80 cm dolg kos plastične debelejše cevi, sestavljene iz več delov, nekoliko višje v črevesu. Ob ustrezni analgeziji in manipulaciji gospe cev brez večje škode odstranimo. Mož ni uporabljal klasične kratke klistirne cevke za večkratno uporabo, ki se jo kupi v lekarni. Pove, da je sam sestavil učinkovitejšo napravo, ki pa jo je zdravstveno osebje ocenilo kot nevarno. Možu je bilo ob tem izjemno hudo, do žene je bil ves čas nežen in izredno zaskrbljen. Sumili smo, da gre za nasilje. Treba je podati prijavo na CSD.

Zagotovitev ustreznih okoliščin

Treba je zagotoviti ustrezno prostorsko ureditev in organizacijo dela (zagotovitev intimnosti). Že v čakalnici in toaletnih prostorih lahko ponudimo plakate, zloženke, vizitke, reklamne spote, ki žrtev poučijo o nedopustnosti nasilja, o pomenu prijave nasilja, o podporni mreži NVO ter o možnih rešitvah, ki jih lahko nudimo v sklopu zdravstvene institucije.

Spolno nasilje

V primeru, da gre za spolno nasilje nad žensko, le-to napotimo na obravnavo v urgentno ginekološko ambulanto.

V primeru, da gre za spolno nasilje nad moškim, vključimo urologa ali proktologa (glede na poškodbe), lahko tudi izvedenca sodne medicine. Vemo, da je v teh primerih prepoznava nasilja dodatno otežena, saj so žrtve lahko večkratno diskriminirane ter najpogosteje vztrajno zanikajo nasilna dejanja. Prisotnih pa je tudi več zadržkov ali zmotnih prepričanj s strani zdravstvenih delavcev.

Oskrba v urgentni kirurški ambulanti

Oskrba žrtve nasilja v družini se v osnovi ne razlikuje od oskrbe drugih pacientov. Ne glede na to pa bi vseeno poudarili posamezne pomembne elemente obravnave v primerih, ko gre za žrtve nasilja.

Evidentiranje zdravstvenih zapletov zaradi nasilja

Anamneza, heteroanamneza: uvedba obveznega zapisovanja suma, da gre morda za nasilje v družini, in uvedba obveznega evidentiranja prijave, ko gre za jasno nasilje v družini. Obvezen del podatkov v anamnezi in heteroanamnezi naj postane tudi vprašanje o morebitnem nasilju v družini.

Klinični pregled, oskrba

Dolžnost zdravnika v urgentni ambulanti je, da se ob kliničnem pregledu vsakega poškodovanca zabeležijo vse morebitne poškodbe oz. znaki za poškodbe, tako sveži kot starejšega datuma. Spremembe se zelo natančno opišejo, v posebnih primerih z dovoljenjem bolnika tudi ustrezno fotodokumentirajo. Po presoji zdravnika ali njegovega konzultanta se opravi tudi nadaljnja diagnostika (RTG, UZ, CT, MR) in se seveda po splošnih načelih zdravljenja oskrbi poškodbe. Poškodbe je treba kodirati po MKB-klasifikaciji.

Zapleteni primeri, sum KD

Specialist sodne medicine, ki deluje v klinično-forenzični ambulanti na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, omogoča sodnomedicinski pregled in dokumentiranje žrtev nasilja, prihod v urgentno ambulanto, na oddelek in zgodnji odvzem bioloških vzorcev pri sumu KD.

Zdravstveni delavci moramo biti usposobljeni za ustrezno sporazumevanje z žrtvijo, zagotoviti moramo ustrezno intimnost in ponuditi možnosti za nadaljnje postopke (prijava policiji, CSD, varne hiše …) ob upoštevanju Strokovnih smernic ter protokolov, ki veljajo v posamezni urgentni kirurški ambulanti.

Psihiatrija

Mojca Zvezdana Dernovšek

V psihiatriji obravnavamo nasilje v družini kot obliko možnega nasilnega vedenja. Osebe z duševnimi motnjami so pogosteje tako žrtve kot tudi povzročitelji (ali oboje hkrati) nasilja v družini. Ob prvem stiku s posameznikom in svojci specialist psihiater opravi anamnezo, izlušči podatke iz heteroanamneze (v kolikor je dostopna) in oceni klinično stanje. Vsaj ob prvem pregledu je pomembno oceniti ogroženost zaradi nasilnega vedenja.

Nasilno vedenje v psihiatriji v sklopu splošne psihopatologije imenujemo vsako heteroagresivno vedenje, kjer je osnovna namera prizadejati bolečino in trpljenje drugemu bitju. V statusu zato opišemo nekoliko podrobneje, za katero obliko nasilja gre:

- besedno nasilno vedenje (zmerjanje, grožnje itd.)
- fizično nasilno vedenje do predmetov (razbijanje, tolčenje, razgrajanje itd.)
- fizično nasilno vedenje do ljudi in živali (pretepanje, mučenje, siljenje k ponižujočemu vedenju in ravnanju itd.)

V primerih sočasne prisotnosti avto- in heteroagresivnega vedenja pri osebah z duševnimi motnjami se vprašanje o morebitnem nasilnem vedenju pogosto pridruži vprašanjem o samomorilnem vedenju.

Vzroki za nasilno vedenje, primeri vprašanj in BVC
www.prepoznajnasilje.si/qrc/vzroki-nasilja

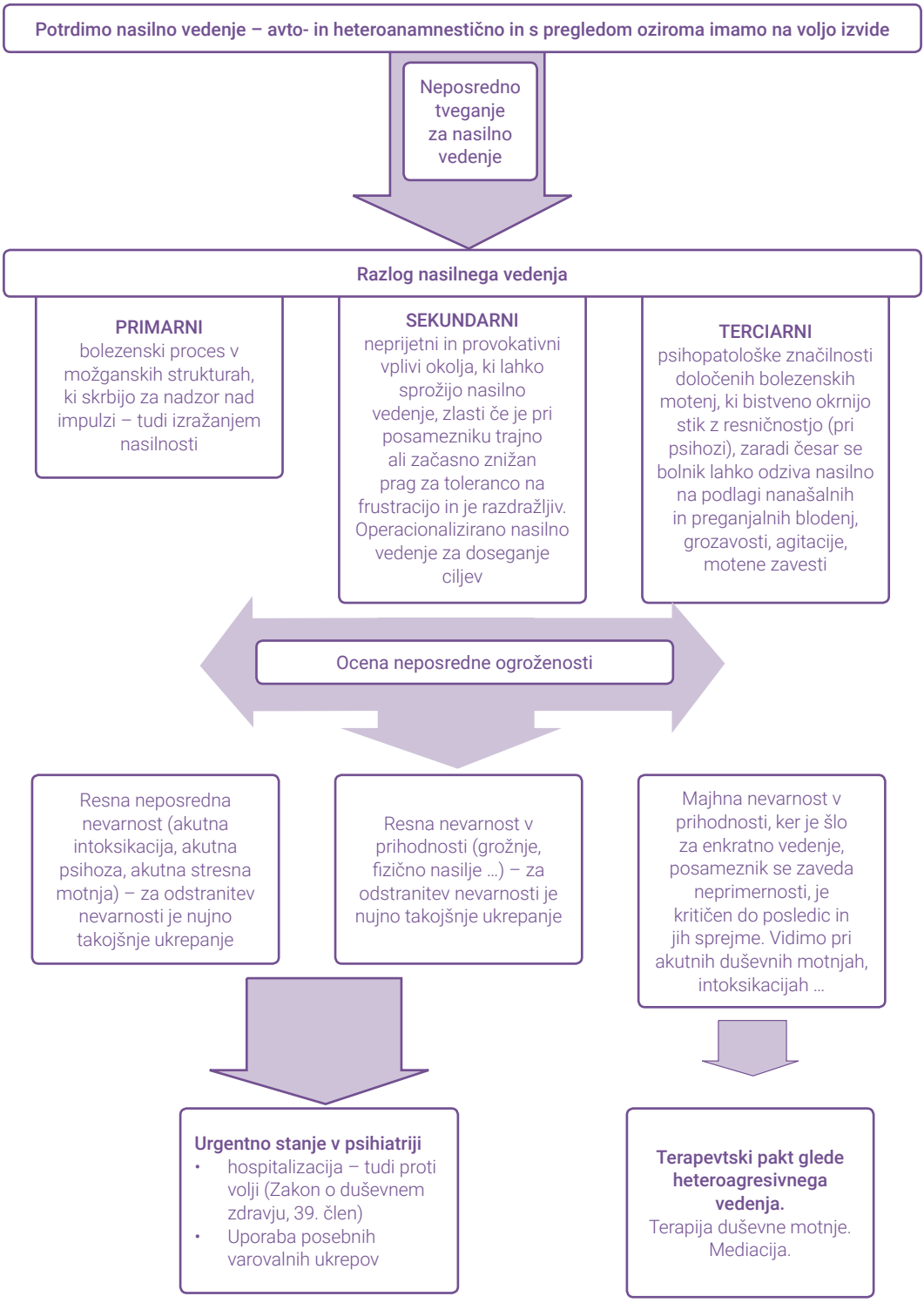
V psihiatrični klinični praksi v času akutne obravnave duševne motnje ocenjujemo predvsem neposredno ogroženost. Opravimo oceno ogroženosti za preboje neobvladljivega nasilnega vedenja v prihodnosti.

Nasilno vedenje v času akutne psihiatrične problematike spada med urgentna stanja, ki zahtevajo takojšnje ukrepanje in brez odlašanja moramo zagotoviti varnost. O vrstah ukrepov so na voljo posebne smernice.

Podrobneje se s primeri nasilja v družini ukvarjamo pri načrtu zdravljenja v času, ko je akutna simptomatika obvladana. Nasilje v družini je konceptualno zajeto v shemi, ki jo prikazujemo na Sliki 1.

Prepoznavanje žrtev nasilja v družini

Najpogosteje imajo žrtve nasilja v družini naslednje duševne motnje: somatoformne motnje, disociativne motnje, anksiozne motnje, zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi (dovoljenih in nedovoljenih, tudi iatrogeno povzročena), depresivne epizode, ponavljajočo se depresivno motnjo in distimijo. Pogosto je samomorilno vedenje. Pri teh



Slika 1. Ugotavljanje tveganja in razlogov za nasilno vedenje in ukrepanje na podlagi ugotovljenega neposrednega tveganja in neposredne ogroženosti zaradi nasilnega vedenja.

motnjah nasilje v družini prispeva k dejavnikom tveganja za nastanek motnje oziroma motnjo vzdržuje.

Žrtve lahko odkrito spregovorijo o nasilju, ki se dogaja za njihovimi stenami. Pomembno je, da jim v takšnih okoliščinah ponudimo podporo in ventilacijo občutkov krivde, sramu in nelagodja ter da jih usmerimo k spremembam življenjskega sloga. Neugodno namreč je, da se lahko katarzično ventiliranje operacionalizira kot edino ukrepanje, žrtev pa naprej vztraja v neznosnih razmerah.

Najpogosteje žrtve nasilnega vedenja ob stiku s psihiatričnimi službami ne spregovorijo o neznosnih odnosih doma in o nasilju. Redko tudi spontano spregovorijo o nasilju. Zlasti če gre za nasilje v družini, žrtve pogosteje zanikajo okoliščine, saj se jih sramujejo. Pomoč pri psihiatru pa iščejo zaradi somatoformnih in disociativnih motenj, anksioznih motenj in ponavljajoče se oziroma kronične depresije. Pogosto je pridružena odvisnost od protibolečinskih zdravil in anksiolitikov. Šele po vzpostavitvi zaupanja je mogoče pridobiti informacije o nasilnih dejanjih. Specialist psihiater lahko posumi, da gre za nasilje v družini.

Zgodi se tudi, da žrtev nasilja na pregledu spremlja povzročitelj, ki je ne spusti izpred oči. Na ta način si skuša zagotoviti varnost in možnost, da ga ne bi prepoznali.

Primer:

56-letno gospo s kronično somatizacijsko motnjo ter odvisno od protibolečinskih zdravil in benzodiazepinov na pregled vedno spremlja skrben mož. Mož tudi podaja anamnezo. Če psihiater kaj povpraša gospo, ta prestrašeno pogleda moža, ki odgovori namesto nje. Moža ni mogoče spraviti iz ordinacije, saj zagrozi, da bo gospo odpeljal s seboj. Zahteva zdravila zanjo, da bo lahko doma delala. Iz preteklosti je že znano, da je bila gospa hospitalizirana zaradi poškodb, ki jih je prizadejala znana oseba.

Redko se zgodi, da oseba, ki ima psihotične simptome, v okviru katerih doživlja različne blodnje in halucinacije, za nasilje v družini obtoži družinskega člana. Pogosto obtožba doleti tistega, ki je najbolj skrben in se najbolj posveča bolnemu svojcu, ta pa njegovo skrb razume kot vmešavanje, oviranje in nasilje. Družina osebe z duševno motnjo je zato dodatno obremenjena.

Psihiatri se dobro zavedamo tudi možnih manipulacij na področju nasilja v družini. Lažno prikazovanje dejstev s strani enega od družinskih članov je lahko huda tragedija za celotno družino.

Dogaja se tudi, da žrtev prijavo umakne – v strahu, nemoči, zaradi pritiskov drugih svojcev, zapletenosti postopkov. Želi tudi, da bi iz zdravstvene dokumentacije umaknili vse dokumente, ki govorijo o dogodku.

Žrtev nasilja v družini pogosto zdravimo v psihiatrični bolnišnici. Srečujemo osebe po poskusu samomora, ki je pomenil klic na pomoč. V primerih prisotne samomorilne ogroženosti žrtev nasilja v družini hospitaliziramo proti njeni volji ali pa proti volji svojca,

ki je povzročitelj nasilja. Včasih žrtev sama prosi, da bi bila hospitalizirana, saj ne zdrži več doma. Diagnoza za napotitev in sprejem je akutna simptomatika prisotne duševne motnje.

Prepoznavanje povzročiteljev nasilja v družini

Povzročitelji nasilja v družini imajo najpogosteje naslednje duševne motnje:

- Osebnostne motnje – zlasti antisocialno in narcistično osebnostno motnjo. Njihove značilnosti so prehitro sklepanje, da so ogroženi, razžaljeni, neupoštevani. Imajo bolj izraženo sovražnost in manjšo zmožnost kontroliranja jeze in besa. Jezo in bes izražajo z besednim nasiljem in nasiljem do predmetov in do živih bitij (otrok, partnerjev, domačih živali). Imajo nizko frustracijsko toleranco in se nagibajo k impulzivnim reakcijam nekontroliranih izbruhov. Že zgodaj so ugotovili, da jim povzročanje bolečine in strahu drugim prinaša koristi.
- Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi (najpogosteje alkohol, kokain, metamfetamini).
- Organske duševne motnje, zlasti sindrom frontalnega režnja.
- Psihoze, ko je začasno izgubljen stik z resničnostjo: shizofrenija, shizoafektivna motnja, blodnjava motnja in bipolarna motnja razpoloženja. Z ustrezno, hitro in učinkovito zdravstveno oskrbo bi lahko preprečili najhujše. Povzročitelj nasilja v družini je hkrati tudi sam žrtev nezdravljene oziroma neustrezno zdravljene duševne motnje.

Pri osebah, ki imajo duševne motnje in pri katerih se je nasilno vedenje operacionaliziralo kot sredstvo za dosego cilja (zastraševanje, moč, pridobivanje dobrin, sproščanje napetosti), psihiatri nimamo na voljo nobenega ustreznega programa. Osebe napotujemo na različne treninge obvladovanja jeze.

Brøsetski model obvladovanja jeze: izboljšana praksa z Norveške
www.prepoznajnasilje.si/qrc/obvladovanje-jeze

Pri organskih poškodbah glave in pri osebah z motnjo v duševnem razvoju z zdravljenjem ne moremo obvladati dejavnikov tveganja za nasilje. Na voljo imamo samo prilagoditev bivanjskih razmer. Pogosto je to namestitev v zavodsko bivanje.

Več primerov iz prakse *www.prepoznajnasilje.si/qrc/primeri-iz-prakse*

Izvedenci specialisti psihiatri – opredeljevanje nasilja v družini

Psihiatri izvedenci velikokrat ocenjujejo duševno stanje osebe, ki je bila nasilna. Stališče izvedencev psihiatrov je, da v kolikor je prisotna duševna motnja, ki jo je mogoče zdraviti (kar je pogosto zelo široko, celo bolj, kot nam govori klinična praksa), je posle-

dica obvezno zdravljenje v zdravstvenem zavodu (arbitrarno določeno največ 5 let, čeprav nam realnost govori, da se nekateri nikoli ne pozdravijo) in obvezno zdravljenje na prostosti (do 1 leta, kar je tudi določeno arbitrarno).

Pri akutno zastrupljenih z različnimi psihoaktivnimi snovmi je to olajševalna okoliščina.

Osebnostno motnjo tudi opredelijo in jo včasih ocenijo kot olajševalno okoliščino.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), Uradni list RS, št. 772008
www.prepoznajnasilje.si/qrc/zakon-dusevno-zdravje

Priporočila za medicinske sestre

Medicinske sestre so lahko prve, ki se jim posameznik zaupa in jim pove za nasilje v družini. Izurjenost v vodenju razgovora je ključna. Možno je, da žrtev izrazi željo/zahtevo, da medicinska sestra ne pove zdravniku o zaupani skrivnosti. V takšnem primeru naj medicinska sestra sogovornika pomiri in mu razloži, da gre za tako pomemben podatek, da ga nikakor ne sme zadržati zase. Ponudi možnosti, kako bi povedali zdravniku, in žrtev izbere najboljšo. Možnosti je več: sestra se dogovori za termin, da žrtev lahko zaupa ta podatek, skupaj gresta na razgovor, sestra sama poroča zdravniku, žrtev napiše svojo zgodbo za zdravnika …

Patronažna služba

Irena Špela Cvetežar, Martina Horvat, Dora Lešnik Mugnaioni

Patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih. Nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu je diplomirana medicinska sestra. Opravlja jo lahko tudi kot samostojno dejavnost (koncesija), vendar je vključena v mrežo javnega zdravstva. Zdravstvena nega v patronažnem varstvu je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu. Prav to ji daje možnost, da v avtentičnem okolju prepozna tudi socialno problematiko, ki je povezana z zdravstvenim problemom in bi bila v institucionalni obravnavi prezrta.

Delo patronažne zdravstvene nege pri odkrivanju nasilja v družini je posebno pomembno takrat, ko posledice nasilja niso vidne, ko je socialno stanje družine urejeno, ko tudi v zdravstvenem kartonu ni preteklih poškodb, incidentov in ko žrtev sama ne spregovori ali zanika, da preživlja nasilje. V primerih t.i. »nevidnih simptomov nasilja v družini in partnerskih odnosih« je treba videti, zaznati, začutiti več od tega, kar je očitno.

Prostor, okolje in avtentičnost dela patronažne medicinske sestre znotraj družine ji omogoča, da prej kot drugi zdravstveni delavci prepozna znake preživljanja nasilja. Ti so pogosto nevidni, prikriti in na prvi pogled izražajo zdravstvene probleme, čeprav gre v resnici za posledico nasilja v družinskih ali partnerskih odnosih. Kadar naštete simptome opazujemo znotraj institucionalne obravnave in žrtev o nasilju sama ne spregovori, jih bomo težko povezali z nasiljem, kadar pa jih postavimo v družinsko okolje, bodo isti simptomi morda pridobili povsem drugačen pomen (☞ 2: ŽRTVE IN POVZROČITELJI NASILJA V DRUŽINI V PODEŽELSKEM OKOLJU, 3: DRUŽINSKA MEDICINA).

Prisotnost nasilja patronažna medicinska sestra lahko zazna:

- s pozornim opazovanjem psihosocialne dinamike odnosov v družini (kakovost odnosov in komunikacije, razmerje moči med družinskimi člani, čustvena pismenost družinskih članov, socialno in materialno stanje, zaposlenost, odvisnosti …);
- s poznavanjem družinske zdravstvene in socialne preteklosti;
- s pogovori z družinskimi člani o počutju in zadovoljstvu v družini, kakovosti odnosov, družinskih dejavnostih, socialni mreži in vključenosti, pričakovanjih, posebnih dogodkih, morebitnih težavah na delovnem mestu …;
- s previdno interpretacijo simptomatike pacientov (ko so kronična ali psihosomatska obolenja morda posledica nasilja v medosebnih odnosih).

Ob očitno zaznanem nasilju v družini ali sumu kaznivega dejanja patronažna medicinska sestra:

- v primeru vidnih poškodb poškodovano/poškodovanega napoti k zdravniku;

- žrtvi nasilja pove, da lahko sama prijavi kaznivo dejanje na policijo in CSD in da je tudi patronažna služba/zdravstveni zavod dolžan prijaviti zaznano nasilje v družini;
- vsebino pogovora in opažanja, ki kažejo na nasilje v družini, zapiše (enoten obrazec za zapis primera suma nasilja v družini – ☞ Prilogo 1);
- o zaznavi nasilja obvesti odgovorno osebo v patronažni službi;
- o sumu nasilja v družini patronažna služba/zdravstveni zavod takoj pisno (obrazec) obvesti pristojni CSD;
- o sumu nasilja v družini patronažna služba/zdravstveni zavod obvesti (obrazec) pacientovega osebnega zdravnika;
- o sumu nasilja nad otrokom v družini patronažna služba/zdravstveni zavod obvesti (obrazec) pediatra;
- v času, ko je CSD nedosegljiv, patronažna služba/zdravstveni zavod o sumu kaznivega dejanja obvesti policijo, ki po potrebi obvesti interventno službo CSD;
- v primeru ogroženosti sebe ali pacientov patronažna medicinska sestra takoj obvesti policijo.

Nasilje v družini je nemalokrat prikrito, njeni člani pa »zavezani k molčečnosti«. Čeprav si žrtev nasilja želi, da bi se nasilje ustavilo, pogosto nima moči, da bi naredila prvi korak – spregovorila o nasilju, opozorila ustrezne službe, nasilje prijavila. V proces, ko žrtev prične strategije za preživetje v nasilju (minimalizacija nasilja, normalizacija in prilagoditev, zanikanje nasilja, izogibanje in preprečevanje stopnjevanja nasilja …) spreminjati v strategije izhoda iz nasilnega odnosa, pogosto torej ne zmore stopiti sama. Pomoč osebne ter podporne socialne mreže, NVO, zdravstvenih delavk in delavcev, socialnih služb … je zato nujna!

Ob zaznavi dejavnikov tveganja za nasilje v družini, kjer pa ni očitnih znakov, ki bi kazali na nasilje, patronažna medicinska sestra:

- opravlja dodatne obiske v družini;
- pozorno opazuje medosebne odnose v družini, vedenje družinskih članov in družinsko socialno stanje;
- o zaznani situaciji vsakokrat naredi zapis;
- z domnevno žrtvijo skuša vzpostaviti zaupni odnos in se pogovoriti o odnosih in stanju v družini;
- s svojim zdravstvenovzgojnim delovanjem v družini in z vključevanjem drugih sodelavcev in sodelavk skuša izboljšati razmere, ki so dejavnik tveganja za nasilje;
- pomoč in nasvete po potrebi poišče tudi pri strokovnjakih in strokovnjakinjah, NVO, CSD, policiji;
- vseskozi skuša ohranjati zaupanje tako pacienta kot drugih družinskih članov;
- družinske člane, posebno domnevne žrtve, pouči o pravicah, možnih oblikah ukrepanja in pomoči v primeru nasilnih dejanj.

Za učinkovitejšo obravnavo nasilja je priporočljivo, da so v zdravstvenih institucijah za patronažno varstvo na razpolago podrobnejša navodila (v skladu z zakonodajo) za ravnanje ob zaznavi in nadaljnjih ukrepih zaposlenih v patronažni službi.

Pomembno je, da se patronažna medicinska sestra pri obravnavi nasilja v družini ne izpostavlja nevarnosti, kadar pride do stopnjevanja nasilja v družini, groženj, verbalnega napada nanjo ipd. V primeru ogroženosti naj takoj pokliče policijo in na svojo ogroženost opozori tudi nadrejene v zdravstveni instituciji ☞ 2: ZAGOTAVLJANJE ZAŠČITE IN VARNOSTI V ZDRAVSTVENEM ZAVODU IN NA TERENU.

Da pa bi patronažne medicinske sestre zmogle aktivno in učinkovito sodelovati pri preprečevanju nasilja v družini, jim morajo zdravstvene organizacije zagotoviti dobre pogoje dela ter jih zaščititi pred ogroženostjo, do katere lahko pride zaradi posega v nasilno družinsko okolje. Navodila o varnostnem ukrepanju v primeru ogroženosti patronažnih medicinskih sester morajo biti sestavni del obstoječih določil za preprečevanje nasilja v družini.

4. ZAKONSKE OSNOVE IN STRATEGIJE SODELOVANJA

Temeljni zakoni, pravilniki, konvencije

Pristojnosti in pooblastila CSD in policije

Vloga predstavnikov zdravstva v MDT

Reference za posvetovanje v primeru strokovnih dilem

Primeri zglednega sodelovanje med zdravstvom, CSD, NVO in policijo

Poti za izboljšano sodelovanje med institucijami

Statistični podatki CSD in policije

Načelo sorazmernosti in dolžnost prijave

Programi nevladnih organizacij za žrtve in povzročitelje

Seznam namestitvenih možnosti za žrtve

Priprava zdravstvene dokumentacije pred sodnim postopkom

Pričanje na sodišču

Zdravnik kot izvedenec v sodnem postopku

Pravna izhodišča za obravnavo nasilja v družini

Ružica Petrovič, Adil Huselja, Natalija Gregorič

Republika Slovenija se je zavezala k spoštovanju Splošne deklaracije človekovih pravic (ZN 1948), Evropske konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (Ur. list RS, št. 33/94 in spremembe), Evropske socialne listine (Ur. list RS, št. 24/1999), Evropske konvencije o preprečevanju mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja (Ur. list RS, št. 1-1/1994 in št. 2/1994) in vrste drugih evropskih listin, ki ščitijo osnovne pravice družine in posameznika do svobode odločanja in življenja.

Decembra 2014 je Slovenija ratificirala Konvencijo Sveta Evrope o preprečevanju nasilja nad ženskami in nasilja v družini ter o boju proti njima (Ur. list RS, št. 1/2015). Kakovostno izvajanje in zaveza držav pogodbenic Konvencije sta nujna za učinkovito delo na področju odprave ter delovanja proti nasilju nad ženskami in njihovimi otroki.

1. odstavek 12. člena Konvencije se glasi:

»Pogodbenice sprejmejo potrebne ukrepe za spodbujanje sprememb v družbenih in kulturnih vzorcih vedenja žensk in moških z namenom izkoreniniti predsodke, običaje, tradicije in vse druge prakse, ki temeljijo na ideji o manjvrednosti žensk ali na stereotipnih vlogah žensk in moških.«

5. odstavek poudarja:

»Pogodbenice zagotovijo, da se kultura, običaji, vera, tradicija, ali t.i. "čast" ne štejejo kot opravičilo za kakršna koli nasilna dejanja.«

15. člen Konvencije določa, da:

»Pogodbenice zagotovijo ali okrepijo ustrezna usposabljanja za strokovnjake, ki se ukvarjajo z žrtvami ali storilci vsakršnih nasilnih dejanj s področja te konvencije.«

Otroci so ena od najbolj rizičnih skupin žrtev nasilja. 19. člen Konvencije Organizacije združenih narodov o otrokovih pravicah se glasi:

»Države pogodbenice bodo z vsemi ustreznimi zakonodajnimi, upravnimi, družbenimi in vzgojnimi ukrepi varovale otroka pred vsemi oblikami telesnega ali duševnega nasilja, poškodb ali zlorab, zanemarjanja ali malomarnega ravnanja, trpinčenja ali izkoriščanja, žrtev spolne zlorabe ...«

Ustava RS je temeljni državni akt, v katerem je jasno opredeljeno, da država zagotavlja uživanje in uresničevanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin vsem, ne glede na narodnost, raso, spol, vero, politično in drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izo-

brazbo, družbeni položaj ali katero koli drugo posebno okoliščino. Po ustavi ima vsakdo pravico do osebnega dostojanstva in varnosti, zagotovljena je nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti in osebnostnih pravic. Otroci v RS po ustavi uživajo posebno varstvo in skrb, človekove pravice in temeljne svoboščine pa v skladu s svojo starostjo in zrelostjo.

Ustava RS v 3. odstavku 53. člena določa, da država varuje družino, materinstvo, očetovstvo, otroke in mladino ter ustvarja za to varstvo potrebne razmere. V prvem odstavku 54. člena določa, da imajo straši pravico in dolžnost vzdrževati, izobraževati in vzgajati svoje otroke. Ta pravica in dolžnost se staršem lahko odvzame ali omeji le iz razlogov, ki jih zaradi varovanja otrokovih koristi določa zakon.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini – ZPND (Ur. list RS, št. 16/08) je prvi zakon v slovenskem prostoru, ki jasno opredeljuje različne vrste nasilja v družini. Zakon določa vlogo, naloge, mrežo in sodelovanje različnih državnih organov in nevladnih organizacij pri obravnavanju nasilja v družini ter opredeljuje ukrepe za varstvo žrtve nasilja v družini. Zakon prav posebno skrb namenja otrokom, saj določa, da je otrok žrtev nasilja tudi v primeru, če je le navzoč pri izvajanju nasilja nad drugimi družinskimi člani.

ZPND določa redno strokovno izobraževanje vseh, ki se ukvarjajo s problematiko nasilja, in predpisuje **multidisciplinarni pristop pri obravnavi žrtve**. ZPND v 14. in 15. členu nalaga CSD, da v primeru obravnave nasilja ustanovi MDT s ciljem izdelave načrta pomoči družini in posamezniku.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) (Uradni list RS, št. 16/2008)
www.prepoznajnasilje.si/qrc/zakon-preprecevanja-nasilja

Sodelovanje med zdravstvenimi in ostalimi institucijami opredeljuje **Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti** (Ur. list RS, št. 38/2011). V 6. členu pravilnika je navedeno: »Izbrani zdravnik, oziroma pediater ali drug zdravstveni delavec se vključi v obravnavo žrtev nasilja ter sodeluje v multidisciplinarnem timu za obravnavanje nasilja v družini pri pristojnem CSD.«

Neposredno ukrepanje CSD nalaga Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (Ur. list RS št. 69/04). V 119. členu je navedeno, da je CSD dolžan izvesti potrebne ukrepe, ki jih zahtevata vzgoja in varstvo otroka ali varstvo njegovih premoženjskih ter drugih pravic in koristi. 120. člen določa, da sme CSD odvzeti staršem otroka in ga dati v vzgojo in varstvo drugi osebi ali zavodu, če so starši zanemarili otrokovo vzgojo in varstvo ali če je to iz drugih pomembnih razlogov v otrokovo korist in da s tem odvzemom ne prenehajo druge dolžnosti in pravice staršev do otroka.

Nasilje v družini posega v temeljne človekove pravice, kar je jasno izraženo tudi v Kazenskem zakoniku (KZ-1) (Ur. list RS, št. 55/08). KZ v 21. poglavju navaja KD zoper zakonsko zvezo, družino in otroke, v 191. členu pa KD nasilja v družini, ki je od leta 2008 samostojno KD.

Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (Ur. list RS, št. 44/09) ureja način sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo pri izvedbi zadržanja osebe in odreditvi oziroma izvedbi njenega prevoza z reševalnim vozilom do sprejema osebe na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico brez njene privolitve.

Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo www.prepoznajnasilje.si/qrc/pravilnik-sodelovanje-zdr-osebje



Pravilnik o prepovedi približevanja določenemu kraju oziroma osebi (Ur. list RS, št. 95/04) določa postopek in način izvedbe ukrepa prepovedi približevanja določenemu kraju oziroma osebi, ki je zelo pomembno pooblastilo policistom, da na kraju kršitve povzročitelju nasilja izrečejo prepoved približevanja žrtvi.

Pravilnik o sodelovanju policije z drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini (Ur. list RS, št. 25/10) določa pravila in postopke obveščanja in sodelovanja policije z organi in organizacijami pri obravnavi primerov nasilja v družini in pravila za usklajeno delovanje s CSD ter ureja usposabljanje policistov in kriminalistov za področje nasilja v družini.

Pravilnik o sodelovanju policije z drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini www.prepoznajnasilje.si/qrc/pravilnik-sodelovanje-policija



Na tematiko nasilja v družini se navezujejo tudi naslednji zakoni in pravilniki:

- Zakon o organiziranosti in nalogah policije (ZODPol) (Ur. list RS, št. 15/13),
- Zakon o kazenskem postopku (ZKP-UPB8) (Ur. list RS, št. 32/12),
- Zakon o nalogah in pooblastilih policije (ZNPPol) (Ur. list RS, št. 15/13 in 23/15),
- Zakon o policiji (Ur. list RS, št. 110/03),
- Zakon o varstvu javnega reda in miru (ZJRM-1) (Ur. list RS, št. 70/06),
- Pravilnik o obravnavi nasilja v družini za vzgojno-izobraževalne zavode (Ur. list RS, št. 104/09).

Sodelovanje s centri za socialno delo (SCD)

Frančiška Premzel, Ružica Petrovič

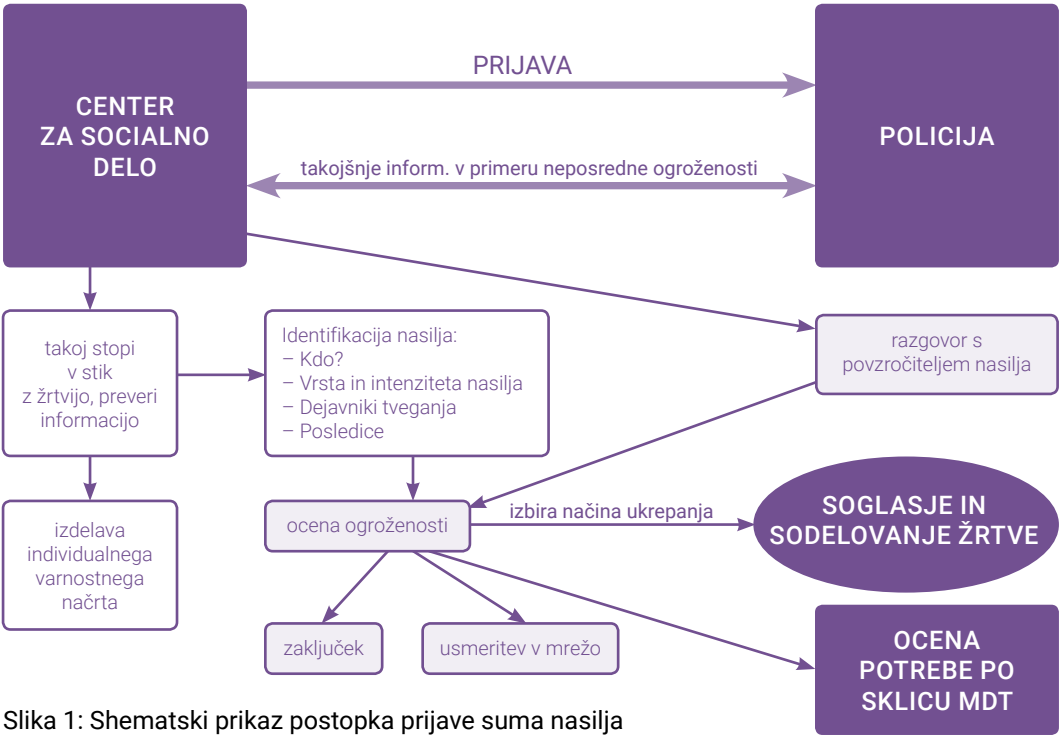
Pristojnosti CSD ob prejemu informacije o nasilju v družini nad odraslo osebo

CSD deluje v skladu z Zakonom o socialnem varstvu in ZPND. Ukrepa v najkrajšem možnem času:

- poskrbi za odpravo neposredne ogroženosti žrtve, ji nudi pomoč ter poskrbi za njeno dolgoročno varnost;
- nudi pomoč povzročitelju nasilja, ki ga lahko napoti v ustrezne izobraževalne, psihosocialne in zdravstvene ustanove.

V roku petih dni CSD posreduje informacijo o začetih aktivnostih organu, ki je posredoval obvestilo o nasilju.

Ustanovi multidisciplinarni tim (MDT) ter vanj povabi pristojne predstavnike posameznih organizacij in ustanov. Odgovorne osebe organizacij so dolžne zagotoviti sodelovanje svojih predstavnikov.



Slika 1: Shematski prikaz postopka prijave suma nasilja

Ob sprejemu prijave nasilja v družini strokovna služba centra na varen način vzpostavi stik z žrtvijo. Oceni situacijo posameznega primera, pregleda obstoječe informacije in podatke ter naredi hitro oceno tveganja. Za nudenje pomoči obstajajo različne poti pomoči, ki jih prilagodimo posameznemu primeru.

! **V PRIMERU NEPOSREDNE IN URGENTNE OGROŽENOSTI JE POTREBNA TAKOJŠNJA ZAŠČITA ŽRTVE: CSD deluje skupaj s policijo; sodelovanje se vzpostavi takoj preko telefona. Po zagotovitvi varnosti žrtve pričnemo CSD z delom na podlagi strokovnih odločitev ter zakonskih določil.**

Kadar situacija ni urgentna, vzpostavimo stik z žrtvijo na način, da je še bolj ne izpostavimo:

- ponudimo ji obstoječe oblike pomoči in jo seznanimo z možnostmi umika na varno;
- v sodelovanju z žrtvijo pripravimo varnostni načrt in načrt pomoči.

O nadaljnjih korakih in oblikah pomoči odloča žrtev. Poleg pomoči na CSD se lahko vključi v osebno pomoč oziroma svetovanje v kateri od NVO in kasneje glede na dogovor v psihoterapevtsko obravnavo.

Pomoč povzročiteljem nasilja nudimo ločeno na CSD. Povzročitelja seznanimo z nesprejemljivostjo nasilnega ravnanja in možnimi oblikami pomoči za spremembo ravnanj in vedenj. CSD deluje na motiviranju za prostovoljno vključitev v oblike pomoči. Sankcij za nevključevanje in nesodelovanje povzročiteljev v predlaganih oblikah pomoči na centru nimamo.

Po začetnih informacijah o žrtvi in povzročitelju ter zagotovitvi žrtvine varnosti prične center z zbiranjem informacij za dodatno razjasnitev situacije in posredovanje poročila na policijo oziroma tožilstvo.

Strokovni delavci na CSD ne presojamo o kaznivosti storjenih nasilnih dejanj. V poročilu zapišemo ugotovitve in informacije, ki smo jih pridobili. Kazenski postopki tečejo v pristojnih institucijah. V postopku sodelujemo kot priče. Kot priče so lahko po presoji sodišča in tožilstva povabljeni posamezni člani tima.

Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini
www.prepoznajnasilje.si/qrc/pravilnik-sodelovanje-organi

Multidisciplinarni tim

Organizacijo in delovanje MDT narekuje ZPND in področni pravilniki:

- CSD je naložena osrednja koordinacijska vloga,

- sodelovanje je obvezno za vse povabljene organizacije,
- namenjen je pripravi in potrditvi načrta pomoči ter nudenju podpore žrtvi vnaprej za zagotovitev dolgoročne varnosti.

Tabela 1: Odziv predstavnikov institucij na vabila na MDT
(Vir: letno poročilo SCSD, 2014)

MDT	Se je udeležil	%	Vabljen, ni prišel	%
Zdravstvo	**19**	**58**	**14**	**42**
Šolstvo	37	97	1	3
Policija	138	94	11	6
Tožilstvo	3	100	0	0
NVO	18	100	0	0

Timsko delo oziroma sodelovanje se je v praksi pokazalo kot pomemben dejavnik pri zagotavljanju pomoči, varnosti žrtve ter njenem hitrejšem okrevanju. Vsi prisotni strokovnjaki tima si izmenjajo informacije ter s svojimi informacijami, predlogi in znanjem pomagajo drugim vključenim za lažjo pomoč žrtvi. Koordinacijo vodenja in usklajevanja pomoči vodi nosilec zadeve na CSD. Nosilec skrbi tudi za pretok pomembnih informacij med člani.

Vključenost predstavnikov vseh vabljenih organizacij ne pomeni le celovitejše pomoči žrtvi, temveč tudi pomembno krepi njen občutek vrednosti, ki ji je bil dolgo časa odvzet. Zdravstvo je izjemno pomemben člen pri pripravi načrta pomoči: znanje in veščine zdravstvenega osebja izjemno pripomorejo k realnejšemu in učinkovitejšemu načrtu pomoči. Pri načrtu pomoči nas ne zanimajo diagnoze in drugi zdravstveni podatki iz zdravstvene dokumentacije, temveč le razlaga obstoječega zdravstvenega stanja s prevodom v vsakdanje življenje.

Primer MDT-sodelovanja *www.prepoznajnasilje.si/qrc/mdt-sodelovanje*



Brez sodelovanja vseh služb je reševanje posameznega primera nasilja v družini otežено ali onemogočeno. Vsi primeri so kompleksni in večplastni: uspešno reševanje primerov zajema upoštevanje zdravstvenega in socialnega vidika. Vključevanje zdravstva je še toliko bolj pomembno pri primerih zlorabe in nasilja nad otroki ter osebami z duševnimi motnjami. Tudi v postopkih ukrepov za zaščito mladoletnih otrok staršev s psihiatričnimi diagnozami je mnenje psihiatra odločilno tako za načrtovanje zaščite in pomoči žrtvi kot tudi povzročitelju nasilja.

Primer dobrega sodelovanja CSD ter specialista psihiatrije: obravnava nasilja v družini s strani partnerja z diagnosticirano duševno motnjo
www.prepoznajnasilje.si/qrc/primer-dobro-sodelovanje

Trajanje delovanja MDT

Pri urejanju pomoči žrtvi je timsko sodelovanje dolgotrajnejše. Vendar je po prvem seznanitvenem srečanju strokovnjakov in izmenjavi kontaktnih podatkov sodelovanje mogoče tudi s pomočjo razpoložljivih komunikacijskih sredstev (po telefonu, preko elektronske pošte ...). Strokovna delavka oziroma delavec na CSD je tisti, ki bo pomembne informacije med sodelujočimi prenesel na način, da bo načrt pomoči v največji meri tekel čim bolj učinkovito. Timsko sodelovanje se zaključi, ko CSD vse organe in organizacije seznani, da je delo pri posamezni žrtvi zaključeno. To je lahko šele čez leto ali še kasneje. V vmesnem času so vsi sodelujoči dolžni pomembne nove informacije, ki jih pridobijo ob svojem delu, posredovati na CSD.

Ob spremljanju in izvajanju načrta pomoči center izvaja še druge naloge ter pomaga žrtvi pri vodenju drugih postopkov, za katere se odloči, in usklajuje delo. V vseh postopkih pomoči ob nasilju je ob žrtvi lahko prisotna njena zaupna oseba, ki jo vzpodbuja in spremlja na vse institucije.

Izstop žrtve iz vloge žrtve oziroma nasilnega odnosa zahteva njeno aktivnost in motivacijo, da izpelje in vztraja na vseh postopkih. Vloga CSD je omejena. Hitrost postopkov ni odvisna zgolj od CSD, temveč od vrste postopkov, ki jih žrtev še želi izpeljati ali tečejo po uradni dolžnosti na pravosodju. Brez sodelovanja in aktivnosti žrtve smo vsi ostali nemočni. Zato je pomembna podpora njej s strani vseh sodelujočih organov oziroma organizacij.

Pristojnosti centra pri prejemu informacije o nasilju v družini nad otrokom

Zakonodaja RS, naravnana na zaščito pravic in koristi otrok, navaja:

- da je otrok ogrožen, kadar je dejansko utrpel ali je zelo verjetno, da bo utrpel škodo na zdravju ali razvoju,
- očitna škoda je posledica ali le-ta grozi zaradi slabega ravnanja ali opustitve dolžnosti skrbi tistih, ki skrbijo za otroka,
- v družini, kjer se izvaja nasilje, so otroci neposredne ali posredne žrtve nasilja.

Sum nasilja nad otrokom CSD, policiji ali državnem tožilstvu lahko prijavi vsak, kdor le-to opazi.

Strokovni delavci na CSD se neredko srečujejo s težavo, da jih zdravstveni ali šolski delavci pokličejo po telefonu in izpovedo svoj sum, da je otrok žrtev nasilja. Tak razgovor so strokovni delavci CSD dolžni zabeležiti v obliki uradnega zaznamka in sprožiti ustrezen ugotovitveni postopek.

CSD v svojih postopkih za zaščito otrok in njihovih koristi potrebuje različne dokaze za podkrepitev izvedbe ukrepa in zato zaprosi prijavitelja za pisno poročilo. Pogosto se le-to v bistvenih dejstvih razlikuje od dejstev, ki so bila izrečena v telefonskem razgovoru, kar zelo otežuje sam postopek izvedbe ukrepov za prekinitev nasilja. Zato je sodelovanje različnih služb ključnega pomena.

Zakonodaja natančno določa ravnanje CSD v primeru razkritja suma nasilja nad otrokom oziroma ukrepe za zaščito otroka (119. in 120. ZZZDR, Ur. l. RS, štev. 24/2006 – UPB in spremembe). Vsekakor pa morajo strokovni delavci upoštevati naslednja strokovna izhodišča:

- vsak ukrep mora podpirati otrokov interes in njegovo varnost,
- vsi otroci imajo pravico do zaščite,
- delo z otroki, ki so preživeli ali preživljajo nasilje, mora upoštevati dejavnike, ki so odvisni od otrokovega razvoja, kulturnega in socialnega ozadja,
- otroci žrtve družinskega nasilja ne glede na to, kdo je storilec, potrebujejo enako skrb in pozornost,
- cilj dela z zlorabljenim otrokom je preprečiti nadaljevanje zlorabe, zmanjšati storjeno škodo, zagotoviti okrevanje in omogočiti ustrezen nadaljnji psihosocialni razvoj,
- oseba, ki po zlorabi skrbi za otroka, mu mora zagotoviti varnost oziroma poskrbeti, da ni več v nevarnosti,
- osebe, ki menijo, da obstaja možnost ponovitve nasilja, so dolžne ukrepati,
- za delo z otrokom žrtvijo nasilja ne sme biti odgovoren samo en posamezen strokovni delavec ali pa ena institucija,
- strokovne ustanove morajo zagotoviti zaupnost podatkov,
- vsi člani otrokove družine morajo biti deležni obravnave,
- ukrepanje ob obravnavi ne sme povzročiti otroku še dodatne škode.

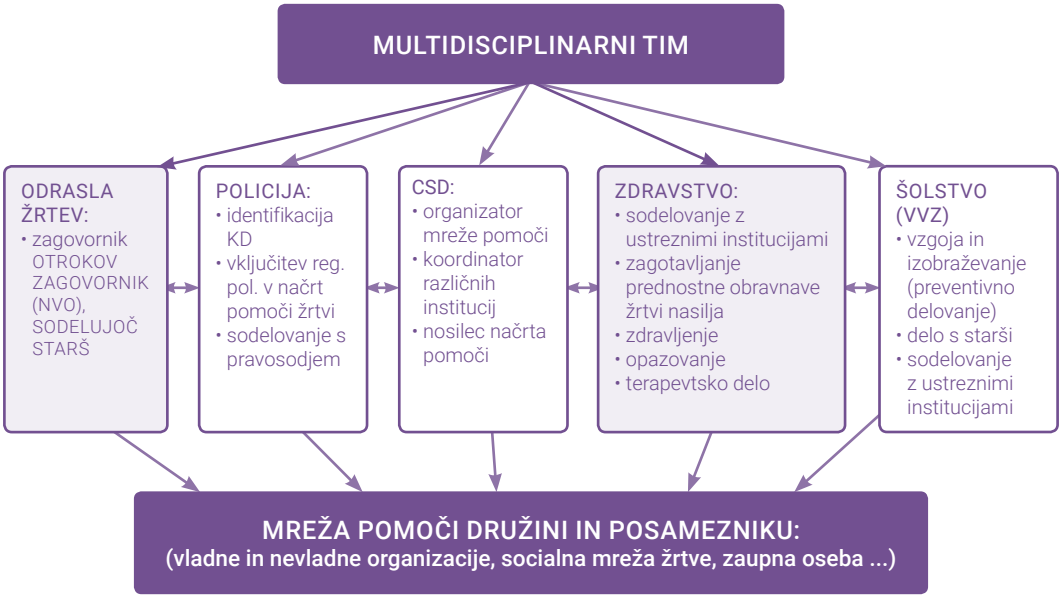
Primer obravnave nasilja nad otrokom: kompleksnost postopkov
www.prepoznajnasilje.si/qrc/primer-obravnava-otrok

Skrajni ukrep, ki ga CSD izvede, je odvzem otroka in zaupanje v vzgojo in varstvo tretji osebi. To je lahko rejniška družina ali zavod. Pred izrekom in izvedbo tega ukrepa je CSD dolžan družini ponuditi storitve, ki jih predvideva Zakon o socialnem varstvu (ZSV):

- pomoč družini za dom,
- osebno pomoč.

Tudi za namen ugotavljanje nasilja, zanemarjanja ter dogovorov o ukrepih za zaščito otroka in pomoč otroku in njegovim družinskim članom se oblikuje MDT. Na prvi MDT, ki ga skliče CSD po prijavi suma, je zelo pomembno priti z informacijami o dotedanjih obravnavah in ugotovitvah v lastni instituciji. Koristno je, da zdravnik s seboj prinese zdravniški karton in poda jasne informacije o poteku zdravljenja otroka.

Z namenom preverjanja svojih domnev glede starševskih sposobnosti ima CSD možnost zaprositi za izvedensko mnenje (sodni izvedenci medicinske in psihološke stroke). Izvedenci imajo možnost dostopa do zdravniške dokumentacije staršev. Le-ta je velikokrat izjemnega pomena, ko so starši odvisniki od psihotropnih substanc ali pa imajo težave z duševnim zdravjem. Vprašanja za izvedenca se najpogosteje nanašajo na oceno psihofizičnega razvoja otroka, odnosa otroka do posameznega od staršev, sposobnost staršev za izvrševanje starševskih dolžnosti, oceno družinske dinamike ter koristi otroka. V primeru kroničnih bolezni katerega od staršev ali otroka je zelo pomembna prognoza razvoja le-te oziroma priporočilo za vključitev v ustrezno obliko zdravljenja oziroma terapije.



Slika 2: Prikaz timskega sodelovanja v MDT

Strokovni delavci se pri izvedbi ukrepov za zaščito otrok, katerih namen je otroku zagotoviti varno okolje za njegov zdrav psihofizični razvoj, v strokovnih krogih pogosto srečujejo z naslednjimi stereotipi, ki zvišujejo toleranco do nasilja nad otroki:

- biološki starši so najboljši starši,
- nihče ne zmore nadomestiti biološke družine,
- premožni in izobraženi starši ne trpinčijo svojih otrok,
- otrok bo hudo trpel, ko bo odvzet staršem,
- če izločijo otroka, bo družina razpadla,
- tudi mene so občasno pretepali in mi nič »ne manjka«.

Kadar strokovni delavci izčrpajo vse strokovne metode dela z družino oziroma ko starši ne pokažejo nikakršne pripravljenosti za sodelovanje, je izrek ukrepa za zaščito otroka neizbežen. Takojšnje ukrepanje je potrebno, ko je ogroženo otrokovo življenje oziroma, ko je treba otroka takoj zaščititi pred nevarnostjo nadaljevanja zlorabe.

Odgovornost za kakovostno starševstvo morajo prevzeti starši. Institucije jim lahko pri tem pomagamo. V kolikor starši tega ne zmorejo ali pa ne želijo, je naloga države, da to nalogo prevzame nase.

Izhodišča kakovostnega multidisciplinarnega sodelovanja so:

- **skupno delovanje različnih služb,**
- **spoštovanje strokovne avtonomije,**
- **medsebojno strokovno zaupanje.**

Seje MDT so priložnost za spoznavanje dejavnosti in pristojnosti drugih služb. Velikokrat se od CSD pričakuje, da rešijo zadeve, za katere niso pristojni. CSD ni preiskovalni organ in tudi v primeru suma KD opravlja socialno delo z vsemi vključenimi (pomoč, podpora, usmerjanje, svetovanje, sodelovanje s policijo, tožilstvom, sodiščem ...). Sum KD prijavi policiji, ki le-tega preiskuje.

Primer iz**boljša**ne prakse:

Na pediatrični kliniki deluje strokovna socialna delavka kot *vezni* člen med pristojnim CSD ter zdravniki. Sodelovanje je zelo uspešno: pri izpeljavi MDT se terminsko in lokacijsko (srečanja potekajo na kliniki) prilagodijo zdravnikom.

! V primerih kakršnih koli dilem v zvezi s prepoznavanjem nasilja v družini se zdravstveno osebje lahko obrne na regijske koordinatorice za obravnavo nasilja v družini.

Regijske koordinatorice za obravnavo nasilja v družini pokrivajo statistične regije v državi in so dosegljive v delovnem času CSD (večinoma od 7.00 do 15.00 oziroma ob sredah do 17.00 in ob petkih do 13.00). V primeru odsotnosti pristojne koordinatorice iz regije se je za informacije možno obrniti na druge koordinatorice. Seznam koordinatoric s kontaktnimi podatki najdete v prilogi št. 3.

Posvetovanje izven delovnega časa CSD:

Izven delovnega časa CSD je za področje nasilja v družini organizirana interventna služba, ki je dosegljiva preko policije (113). Zdravnik se v nujni situaciji obrne na pristojno številko policije, ki v sodelovanje vključi interventno službo centra za socialno delo, predvsem v smislu nudenja pomoči žrtvam nasilja v družini.

STROKOVNE DELAVKE IN DELAVCI, NE GLEDE NA SVOJA VREDNOSTNA STALIŠČA DO NASILJA IN DRUŽINE TER TEORETIČNIH KONCEPTOV, KI JIH UPORABLJAJO, IZHAJAJO IZ DEJSTVA, DA JE NASILJE NESPREJEMLJIVO, DA ZA NASILJE NI OPRAVIČILA IN DA JE ZA NASILJE ODGOVORNA IZKLJUČNO OSEBA, KI NASILJE POVZROČA.

Sodelovanje s policijo

Adil Huselja

Policija oziroma policisti se vsakodnevno srečujejo s primeri nasilja v družini. KD nasilja v družini je uradno pregonljivo KD. Pregon storilca KD oziroma povzročitelja nasilja ni odvisen od oškodovanca oziroma žrtve. Navkljub pomislekom nekaterih strokovnjakov, ki opozarjajo na avtonomijo (polnoletne) žrtve in njene odločitve o uvedbi kazenskega postopka, se tu odraža odločna namera države, da se področja loti zavzeto in sistematično, pri čemer upošteva ničelno toleranco do nasilja. Državni tožilec ne more nobene od oblik KD nasilja v družini odstopiti v postopek poravnave neodvisnemu poravnalcu, ampak mora uvesti kazenski postopek. Ravno zaradi navedenih dejstev je obravnava nasilja v družini (ne glede na to, ali gre za KD ali zgolj prekršek) eno najbolj zahtevnih opravil policistov in drugih uradnih oseb.

Policisti so v večini primerov nasilja v družini prvi, ki pridejo na kraj storitve oziroma v družinsko okolje. Pod časovnim pritiskom ter v zahtevnih, v nekaterih primerih tudi nevarnih, okoliščinah morajo sprejeti ustrezno odločitev, skladno z zakonom ter ostalimi družinskimi okoliščinami. Hkrati poskrbijo, da s svojim ravnanjem ne ustvarijo škodljivih posledic za žrtev ter povzročitelja nasilja v družini. Od prihoda na kraj dogodka ter prvih ukrepov je tudi odvisno, ali bodo uporabljene vse zakonske možnosti za zaščito žrtve ter začetek aktivnosti za dokončno preprečitev nadaljnjega izvajanja nasilja.

Policija se odziva na vse prijave oziroma informacije o nasilju, vendar pa nasilja v družini ne rešuje samostojno, temveč v sodelovanju s pristojnimi institucijami.

Tabela 1: Naloge policije: temeljna in podporna komponenta (povzeto po Van der Ent, 2001)

SKRB ZA ŽRTEV podporna komponenta -	**KAZENSKA ZAKONODAJA** temeljna komponenta -
prvi stik,	prijava,
obisk pri žrtvi ali obisk na PP,	aretacija, zaslišanje, uradna prijava,
pomoč z napotitvijo na organizacije, ki nudijo strokovno pomoč;	policijsko posredovanje brez uradne prijave.

Policisti se že več let intenzivno izobražujejo s področja nasilja v družini (projekt multiplikatorji in drugo). Rezultati preteklega dela so vidni v praksi. V raziskavi POND je tako strokovno (v primerih odzivanja na sodelovanje v MDT) kot zdravstveno osebje (v primerih posredovanja v urgentnih ambulantah) večinsko opredelilo delovanje policistov kot najbolj zgledno med vključenimi resorji: so odzivni, poznajo protokole v primerih nasilja v družini, njihovo ravnanje je strokovno in ustrezno.

» … to so policisti, ki zelo dobro sodelujejo, in se res odzivajo.«

(Socialna delavka, POND 2015)

Policija deluje predvsem reaktivno, a izjemno pomemben segment njenega dela predstavlja tudi preventivno delo s ciljem ozaveščanja tako laičnih kot strokovnih javnosti.

Spolno nasilje brošura www.prepoznajnasilje.si/qrc/spolno-nasilje-brosura

Pristojnosti in pooblastila policije

Pristojnosti in pooblastila policije za delo policistov na področju odkrivanja in preprečevanja nasilja v družini določajo zakoni in pravilniki:

- ZPND: preprečevanje in odkrivanje nasilja v družini, zaščita in varovanje žrtve, sodelovanje in nudenje pomoči pristojnim institucijam pri obravnavi nasilja v družini;
- ZKP: obravnavanje KD, zbiranje obvestil, zavarovanje sledov in dokazov, odkrivanje in obravnavanje storilcev KD v okviru predkazenskega postopka;
- ZAKON O POLICIJI: varovanje življenja in osebne varnosti, ključnega pomena pa je 39.a člen, ki policistom daje pooblastilo, da povzročitelju nasilja izrečejo prepoved približevanja žrtvi;
- PRAVILNIK O PREPOVEDI PRIBLIŽEVANJA DOLOČENEMU KRAJU OZIROMA OSEBI: določa postopek in način izvedbe ukrepa prepovedi približevanja;
- PRAVILNIK O SODELOVANJU POLICIJE Z DRUGIMI ORGANI IN ORGANIZACIJAMI PRI ODKRIVANJU IN PREPREČEVANJU NASILJA V DRUŽINI: sodelovanje policije z organi in organizacijami pri obravnavi primerov nasilja v družini in pravila za usklajeno delovanje s CSD.

Pristojnosti in pooblastila policije: prepoved približevanja
www.prepoznajnasilje.si/qrc/prepoved-priblizevanja

Znotraj kriminalistične policije tako na državni kot regijski ravni delujejo oddelki oziroma skupine za mladoletniško kriminaliteto, znotraj katerih so specializirani kriminalisti zadolženi za odkrivanje, preiskovanje KD, povezanih z nasiljem v družini. Na spletni strani http://www.policija.si/index.php/policijske-uprave so dostopni podatki o vseh osmih PU in znotraj njih tudi o PP, ki delujejo na njihovem območju.

Statistični podatki policije o nasilju v družini

Policisti so v obdobju od leta 2008, ko je bil sprejet ZPND, do leta 2014 obravnavali 620.330 KD, od tega 49.125 KD z znaki družinskega nasilja po izbranih KD, med katerimi je bilo 11.754 KD nasilja v družini po 191. členu KZ-1.

Tabela 3: Število obravnavanih KD nasilja v družini po členu 191 KZ-1 v obdobju 2008–2014 glede na PU, ki je primer obravnavala (Vir: Policija: letna poročila).

Policijska uprava	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Skupaj
PU CELJE	15	449	383	341	348	273	271	2.080
PU KOPER	3	159	172	148	119	119	132	852
PU KRANJ	6	72	83	74	70	78	75	458
PU LJUBLJANA	50	807	800	623	498	514	539	3.831
PU MARIBOR	27	517	481	346	299	271	294	2.235
PU MURSKA SOBOTA	3	169	137	111	111	106	96	733
PU NOVA GORICA	12	80	66	62	58	63	62	403
PU NOVO MESTO	4	225	222	212	199	168	132	1.162
Skupaj	**120**	**2.478**	**2.344**	**1.917**	**1.702**	**1.592**	**1.601**	**11.754**

Med žrtvami KD nasilja v družini je bilo največ žensk – 8.355, otrok – 812, moških – 1.342, starejših od 60 let pa 1.141. Čeprav večina žrtev ni bila poškodovana, si podatki o poškodbah žrtev zaslužijo pozornost, saj so v navedenem obdobju bile evidentirane: 1 posebno huda, 22 hudih in 1.102 lahki telesni poškodbi. Če ob tem upoštevamo podatke o izbranih KD z znaki nasilja v družini, je stanje veliko bolj resno in zaskrbljujoče, saj so policisti zabeležili 61 smrtnih poškodb, 13 posebno hudih, 256 hudih in 4.182 lahkih telesnih poškodb.

! **Največ KD je bilo storjenih v stanovanjskih hišah v naselju, in sicer 6.467 ali 55 %, ter v stanovanjih v blokih, in sicer 3.437 ali 29,24 %. Policisti so imeli z nasiljem v družini največ opravka decembra in januarja, med dnevi v tednu sta izstopala ponedeljek in nedelja, največ kršitev – 48,3 % pa je bilo obravnavanih med 22. in 24. uro.**

Tabela 4: Število kršitev ter izdanih ukrepov prepovedi približevanja v obdobju 2008–2014 (Vir: Policija: letna poročila).

Število	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Skupaj
kršitev nasilja v družini	5.064	4.000	3.857	3.735	3.502	3.346	3.014	26.518
ukrepov prepovedi približevanja	556	1.121	1.080	1.034	894	932	1.046	6.663

Procesna razmejitev med prekrškom in KD je zakonsko urejena v 12. členu Zakona o prekrških, sicer pa ima v primeru prekrivanja prekrška in KD prednost izvedba kazen-

skega postopka, kar je skladno s splošnim pravilom, da odgovornost storilca za hujšo vrsto ravnanja izključuje njegovo odgovornost za milejše ravnanje. V praksi to pomeni, da zoper povzročitelja nasilja ne more priti do dvojnega obravnavanja niti dvojnega kaznovanja za prekršek in KD, ki izhajata iz istega izvršitvenega dejanja.

Razmejitev med prekrškom in KD nasilja v družini
www.prepoznajnasilje.si/qrc/razmejitev-prekrsek

Načelo sorazmernosti in dolžnost prijave nasilja v družini

ZPND poleg dolžnosti ravnanja v 5. členu (dolžnost izvedbe vseh postopkov in ukrepov za zaščito žrtve glede na stopnjo njene ogroženosti in zaščito njenih koristi) določa, da je treba ukrepe prilagoditi stopnji ogroženosti žrtve. Načelo sorazmernosti je eno temeljnih načel ZPND in ima dva pomembna cilja:

1. državne organe zavezuje, da žrtve ustrezno zaščitijo;
2. državnim organom postavlja meje pri poseganju v zasebnost posameznikov oziroma njihove medsebojne odnose.

Načelo sorazmernosti pomeni sorazmernost ukrepov in posegov pristojnih institucij v družino oziroma razmerja med posamezniki glede na težo nasilnih dejanj, ki se odraža predvsem v stopnji ogroženosti žrtve. Tako sorazmernost zajema:

- težje oblike nasilja, ki se kažejo kot večja ogroženost žrtve in zahtevajo močno angažiranost organov in organizacij pri obravnavanju, medsebojno sodelovanje in izvedbo ukrepov za zaščito žrtve;
- lažje oblike nasilja, ki ne upravičujejo korenitejših posegov v razmerje med posamezniki oziroma v življenje povzročitelja nasilja.

Izpostaviti je treba tudi načelo koristi, kar pomeni, da morajo biti vsi organi in organizacije pri obravnavanju vedno usmerjeni v korist žrtve. Žrtev zaradi odnosa podrejenosti in psihične odvisnosti od povzročitelja nasilja ni vedno sposobna izraziti svojih pričakovanj od organov in organizacij, zato je njihova naloga, da ji predlagajo, kaj bi bilo v njeno korist.

Posegi države v zasebnost kot ustavno varovano človekovo pravico so dovoljeni le ob strogih pogojih, ki upravičujejo takšen poseg. Po naši zakonodaji je to situacija, ko je oseba žrtev KD, ki se preganja po uradni dolžnosti in je v interesu varnosti družbe in varovanja njenih temeljnih vrednot (življenje in zdravje posameznikov), da se zoper povzročitelja nasilja vodi kazenski postopek in se ga kaznuje. Ta temeljna izhodišča je treba spoštovati tudi pri žrtvah nasilja v družini.

V primerih visoke stopnje ogroženosti žrtve je potrebno takojšnje obveščanje policije na interventno telefonsko številko 113. Številka 113 je namenjena klicem v sili, ko je potrebno takojšnje ukrepanje policistov oziroma prisotnost policije. Prijavo je možno oddati tudi na območne PP (seznam in kontakti na: http://www.policija.si/index.

php/policijske-postaje). Številka 080-1200 je anonimni telefon za sprejem anonimnih obvestil občanov v zvezi s KD oziroma nalogami policije.

Sodelovanje med policisti in zdravstvenimi delavci

Poleg sodelovanja na državni oziroma sistemski ravni med pristojnima ministrstvoma, je ključnega pomena vez na lokalni ravni, med zaposlenimi na PP in v zdravstvenih domovih. Izkušnje so različne, splošna ocena policije pa je dobra. Za učinkovito sodelovanje je treba vzpostaviti in vzdrževati sodelovanje glede na ravni odgovornosti in delovnih nalog (policist – zdravnik, ekipa nujne medicinske pomoči; komandir – direktor zdravstvenega doma).

Sodelovanje je pomembno zlasti v tistih primerih, ko zdravnik na podlagi zaupanja in poznavanja s pacientom pridobi informacije o dlje časa trajajočem nasilju, ki pa ni tako očitno ali pa ga je žrtev prikrivala. Sodelovanje z zdravniki je v teh primerih ključnega pomena, saj okolica pogosto ne zazna stiske žrtve in ne vidi poškodb ali ne zazna psihičnega stanja tako kot osebni ali družinski zdravnik. V teh primerih zdravnik oceni negativen vpliv na zdravje in na primeren način obravnava pacienta oziroma žrtev ter naznani nasilna dejanja ali spodbudi žrtev, da nasilna dejanja sama naznani policistom ali uslužbencem CSD.

Pri obravnavi nekaterih primerov policisti uporabijo zabeležke zdravnikov, da je žrtev pred leti prijavila padec po stopnicah, padec v kopalnici ali poškodbo v kuhinji, naknadno pa se ugotovi, da je že takrat šlo za nasilje v družini.

Izkušnje in priložnosti za izboljšave

Policisti najbolje ocenjujejo sodelovanje z ekipami in zdravniki nujne medicinske pomoči, kjer se zadeve rešujejo hitro, enostavno in brez zapletov. Tudi z zdravniki na primarni ravni (družinski, otroški) je sodelovanje dokaj zgledno. Nekoliko slabše stanje je na sekundarni ravni v bolnišnicah in na bolnišničnih oddelkih, ki pa ga izkušeni policisti pripisujejo bolj organizacijskim dejavnikom zdravniškega dela, organizaciji dela na oddelkih, pa tudi nepoznavanju in nerazumevanju teh dejavnikov ter zdravniške stroke in doktrine dela.

Gre predvsem za primere, ko je žrtev nasilja v družini iz nujne medicinske pomoči napotena na dodatne preglede in preiskave ali pa je potrebno bolnišnično zdravljenje. Zaradi intenzivnosti dela se morajo zdravniki vmes ukvarjati še z drugimi pacienti, preden določijo in klasificirajo telesne poškodbe žrtve nasilja v družini. Marsikdaj delo otežijo tudi dejstva, da se ekipe nujne medicinske pomoči ali travmatologi zamenjajo ob izteku dežurstva in obravnavo prevzamejo člani druge ekipe, ki pa zaradi obilice dela ne dajo prednosti obravnavi žrtve nasilja. Ovire izhajajo tudi iz zdravniške triaže in določitve vrstnega reda obravnavanih oseb po teži poškodb oziroma ogroženosti zdravja in življenja.

Vse to neugodno vpliva na obravnavo policistov, ki pa v vlogi organov pregona zasledujejo primarni cilj: čim prej pridobiti (čim bolj točne) podatke o teži poškodb. Od tega je odvisna (pravna) klasifikacija KD, pa tudi nadaljnji ukrepi, ki se ne nanašajo samo na žrtev, temveč tudi na preiskovalna dejanja in ukrepe zoper povzročitelja nasilja v družini. Zato policisti pričakujejo več razumevanja za njihovo delo in potrebe po informacijah o žrtvinih telesnih poškodbah.

V primerih, ko je žrtev hospitalizirana, mora policist z njo opraviti razgovor. Za policiste je izjemnega pomena, da se jim omogoči dostop do žrtve na bolnišničnem oddelku. Glede na naravo dogodkov se pogovori neredko opravljajo tudi v nočnem času. Zdravstveno osebje, predvsem medicinske sestre, ki policistov ne spustijo do žrtve nasilja brez dovoljenja zdravnika, morajo vedeti, da je zaradi zahtevnosti obravnave in nujnosti takojšnjega ukrepanja zoper povzročitelja nasilja, s čimer se izvajajo tudi ukrepi za zagotovitev varnosti žrtve, dostop do pacienta nujen. Takojšnja komunikacija s pristojnim zdravnikom glede dovoljenja za pogovor z žrtvijo je zato izjemno pomembna. Policisti namreč poleg klasifikacije telesnih poškodb potrebujejo tudi izjavo žrtve, da lahko ocenijo stopnjo ogroženosti in skladno s tem tudi izvedejo vse potrebne ukrepe za zaščito žrtve.

V primerih, ko je v zdravniški obravnavi poleg žrtve tudi povzročitelj nasilja v družini, ki se je poškodoval pri samem dejanju ali pa je bil poškodovan ob posredovanju policistov, policisti potrebujejo podatke tudi o njegovih poškodbah, da lahko ocenijo tudi stopnjo ogroženosti zdravstvenega osebja, oziroma o njegovi primernosti za pridržanje v policijskih prostorih. Policisti posredujejo tudi v bolnišnicah, ko se povzročitelji nasilja streznijo ali si opomorejo. Predvsem pa je za policiste pomemben tudi postopek odvzema telesnih tekočin (strokovni pregled), v kolikor je potreben oziroma ga odredi policist ali preiskovalni sodnik.

Primer iz**boljša**ne in slabe prakse:

Učenki na osnovni šoli se je pred učiteljico »zareklo«, da je oče pretepel mamo in starejšega brata, s čimer je učiteljica seznanila policijo. Policisti in uslužbenci CSD od družinskih članov in sosedov niso uspeli pridobiti informacij in dokazov za to. Za sodelovanje so zaprosili osebno zdravnico v zdravstvenem domu, ki je dekličino mamo skupaj z otroki povabila na izredni zdravniški pregled. Na ta način so pridobili dokaze, ki so jim omogočili izvedbo postopkov za preprečitev nadaljnjega nasilja v družini.

Primer slabe prakse, ki so ga zaznali policisti pri svojem delu, je bil primer ženske, ki je zaradi poškodb, ki jih je povzročil njen zakonski partner, odšla na pregled k osebnemu zdravniku in mu povedala, kaj se je zgodilo in kdo jo je poškodoval. Osebni zdravnik ji je povedal, da se to v družinah pogosto dogaja, sploh pa v njegovem sorodstvu, kjer veljajo za eksplozivne in nasilne ljudi, ter da naj malo potrpi in ne ustvarja konfliktov. Na podlagi tega razgovora žrtev ni imela poguma, da bi o nasilju še komu povedala, in je trajalo nekaj let, preden je zbrala pogum in nasilje oziroma moža prijavila. Šoloobvezni otrok, priča nasilja, je imel obilo zdravstvenih težav ter težav pri učenju in v šoli.

Sodelovanje z nevladnimi organizacijami

Dževada Popaja

Programi NVO na področju nasilja nad ženskami in otroki in ostalimi ogroženimi skupinami so definicije nasilja vedno razširjali ter prispevali k ozaveščanju strokovnih in širših javnosti o razsežnostih nasilja nad otroki, ženskami, starejšimi, osebami z oviranostmi in drugimi ranljivimi skupinami. S svojim delovanjem in aktivnostmi so NVO pripomogle (in pripomorejo) k številnim strukturnim spremembam in zakonodajnim premikom, destigmatizaciji žrtev, k zmanjševanju nasilja v družbi ter prepoznavanju, da gre za družbeni in ne individualni problem.

V zadnjih 25 letih so se razvile številne nevladne službe: telefoni za otroke, ženske, odrasle, starejše žrtve nasilja, zatočišča in varne hiše za ženske in otroke žrtve nasilja, skupine za samopomoč za osebe z motnjami hranjenja, skupine za samopomoč za žrtve nasilja, programi za žrtve spolnega nasilja in kasneje tudi treningi socialnih veščin za moške povzročitelje nasilja ter druge oblike svetovalnega dela za osebe, ki povzročajo nasilje.

Za moške in ženske žrtve nasilja veljajo enaka zakonodaja in pravice. Razen varnih hiš, kamor sprejemajo samo ženske in mladoletne otroke, vse strokovne službe sprejemajo tako moške kot ženske žrtve nasilja.

Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju CSD, MDT in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini (UL RS, št. 31/2009) navaja postopke medsebojnega obveščanja in nudenja pomoči med organi in organizacijami, tudi NVO. NVO na preventivni ravni redno sodelujejo s CSD, regionalnimi koordinatoricami za nasilje, šolami ter policijo. S CSD sodelujejo še v zvezi z dejavnostjo zatočišč in deloma tudi pri delu MDT. Izkušnje NVO kažejo, da se zdravniki redkeje vključujejo v MDT.

Primeri iz**boljša**ne prakse:

- *Predstavnice NVO so stopile v stik z vodstvom bližjega ZD, predstavile delovanje varne hiše, okoliščine njihovih uporabnic (ki pogosto zaradi življenjske ogroženosti v primeru zdravstvenih težav ne morejo k izbranemu zdravniku oziroma pediatru v domači kraj) ter predlog za sodelovanje. Vzpostavilo se je odlično sodelovanje: ZD brez administrativnih in drugih ovir sprejme v obravnavo uporabnice varne hiše ter njihove mladoletne otroke. Zaradi posledic nasilja v družini je namreč njihovo zdravstveno stanje najpogosteje slabo.*
- *Socialna delavka iz porodnišnice je večkrat poklicala NVO in napotila k njim nosečnice, pri katerih je zaznala posledice nasilnih odnosov. V sodelovanju s pristojnimi službami so vse ženske dobile ustrezno pomoč.*
- *Uporabnica je v varni hiši doživela napad tesnobe. Svetovalke so jo pripeljale na Psihiatrično kliniko. Psihiatrinja je po opravljeni anamnezi poklicala NVO in prosila za sodelovanje. Pojasnila je, da uporabnica ne potrebuje psihiatrične pomoči,*

temveč podporo, razumevanje, pomoč pri ločitvenem postopku, iskanju stanovanja, pomoč pri predelovanju nasilja, ki ga je preživela. NVO se je takoj vključila v sodelovanje in žrtev je v določenem času uspešno uredila svoje življenje in življenja svojih otrok.

Napotitev žrtve na obravnavo k NVO je smiselna v večini primerov obravnave nasilja v družini. Nudimo ji lahko svetovanje ter podporo v hudih življenjskih stiskah. Prav tako odhod iz nasilnega odnosa, zapustitev doma, ločitev, zahtevni in dolgotrajni postopki in druge okoliščine predstavljajo dejavnike tveganja, da žrtev ne bo zmogla in uspela speljati postopkov do konca. NVO lahko prispevajo k zmanjševanju tveganja z opolnomočenjem in podporo žrtvi:

- s pomočjo žrtvi pri zbiranju dokazov,
- s pripravo žrtve na potek postopkov in predstavitev možnih izidov ter morebitnih zapletov,
- s spremljanjem žrtve v postopkih pred organi,
- s preprečevanjem pasivnosti žrtve v postopku.

Nevladne organizacije si tudi prizadevajo, da preko mobilnih enot na terenu, v podeželskih in odročnih krajih in na informacijskih točkah, preko zloženk in predavanj ozaveščajo morebitne žrtve nasilja o njihovih pravicah ter jih spodbujajo k iskanju pomoči. Namen mobilne pisarne Kerinov Grm Zavoda Emma je tako medsebojno povezovanje pripadnikov različnih skupnosti (npr. Romov in drugih), ozaveščanje in odpravljanje negativnih stereotipov ter razvoj nenasilne komunikacije v vseh pogledih. Mobilna pisarna deluje v obliki svetovanja, učne pomoči, pogovorov, delavnic. Sodelovanje temelji na prostovoljstvu in dobri volji vseh vključenih.

> »Empatična, podporna, razumevajoča vloga zdravnika je ključna. V raziskavah se je izkazalo, da je intervencija, kjer je zdravnik pravzaprav razumevajoče in nepresojajoče poslušal. Aktivno ni ničesar naredil, mogoče na koncu dal eno zloženko žrtvi, kam se lahko obrne. Že to je bila pomembna intervencija, čeprav bi mogoče zase rekla, ja kaj sem pa naredila, saj nič nisem naredila.«
>
> *(Specialistka družinske medicine, POND 2015)*

Programi pomoči NVO osebam z izkušnjo nasilja

1. Zaupno, anonimno in brezplačno telefonsko svetovanje za osebe, ki so ali še vedno doživljajo nasilje.
2. Osebno svetovanje in druga psihosocialna pomoč za osebe, ki so ali še vedno doživljajo nasilje.
3. Varna namestitev v kriznem centru in/ali varni hiši za osebe, ki doživljajo nasilje.
4. Skupine za samopomoč za osebe, ki so ali še vedno doživljajo nasilje.
5. Spremstvo na institucije za osebe, ki so ali še vedno doživljajo nasilje.
6. Socialno zagovorništvo za osebe, ki so ali še vedno doživljajo nasilje.
7. Pomoč pri motnjah hranjenja, ki so pogosta posledica doživljanja nasilja.

8. Svetovanje za osebe, ki so ali še vedno povzročajo nasilje.
9. Treningi socialnih veščin za moške, ki so ali še vedno povzročajo nasilje nad ženskami.
10. Svetovanje za žrtve trgovine z ljudmi.
11. Krizna namestitev za žrtve trgovine z ljudmi.
12. Delavnice za učenke in učence osnovnih ter dijakinje in dijake srednjih šol.
13. Svetovalnice za žrtve spolnega nasilja.
14. Svetovalno delo z osebami, ki povzročajo nasilje.

Namestitvene možnosti za žrtve nasilja

Krizni centri

Mreža kriznih centrov je sestavljena iz kriznih centrov za mlade (9 ter 1 krizni center za otroke) in kriznih centrov za odrasle žrtve nasilja (3). Pravna podlaga temelji na Zakonu o socialnem varstvu in ZPND.

Za otroke do 6 let: hiša zavetja Palčica je namenjena otrokom, pri katerih pristojni CSD ugotovi, da je zanj in za zaščito njegovih interesov nujno, da se nemudoma umakne iz zanj ogrožajočega okolja in je nujna takojšnja kratkotrajna namestitev (bivanje je omejeno na tri tedne). Pristojni CSD v tem času najde primerno rejniško družino, lahko pa se otrok vrne tudi domov, če se razmere doma med tem časom uredijo. Hiša zavetja Palčica sprejema otroke iz vse Slovenije.

Za otroke in mladostnike od 6 do 18 let: vanj se lahko zatečejo, če se znajdejo v akutni stiski, zaradi katere je nujna izločitev iz okolja, v katerem bivajo. Bivanje v kriznem centru za mlade je prostovoljno. Krizni centri za mlade delujejo neprekinjeno 24 ur na dan. Trajanje namestitve je do tri tedne, v izjemnih primerih pa je možno tudi podaljšanje. Pristojni CSD v tem času vključi vse pristojne institucije, nevladne organizacije in ostale, ki so posamezniku/posameznici lahko v pomoč pri reševanju situacije.

Krizni centri za mlade *www.prepoznajnasilje.si/qrc/krizni-centri-mladi*



Za ženske žrtve nasilja: krizni center je varen prostor na tajni lokaciji, kamor se lahko ženska žrtev nasilja v družini (z otroki ali brez) umakne (24 ur na dan vse leto), če se nahaja v akutni ter življenjsko ogrožajoči situaciji zaradi nasilja.

- Krizni center ne sprejema otrok moškega spola, starejših od 15 let.
- Krizni center ne rešuje stanovanjske stiske posameznic (ne sprejema brezdomk) ter zasvojenih z alkoholom ali drogami.
- Krizni center nudi posameznici namestitev za en mesec oziroma dokler se ne najde ustrezna, dolgotrajnejša namestitev v varno hišo ali druge oblike namestitve.
- V krizni center je posameznica sprejeta, tudi če nima dohodkov za preživljanje.

Krizni center za odrasle žrtve nasilja Maribor	Center za socialno delo	02 250 66 30 08 200 68 40 031 776 102 (dežurni telefon)
Krizni center za odrasle žrtve nasilja	Center za socialno delo Piran	05 671 23 00 05 903 95 90 040 303 669 (dežurni telefon)

Varna hiša/zatočišče/zavetišče

Varna hiša je namenjena ženskam (z otroki ali brez), ki so žrtve nasilja ter se morajo pred nasiljem umakniti na varno. Varna hiša se nahaja na tajni lokaciji, ki je med bivanjem v njej in tudi po odhodu iz nje ne smete nikomur izdati.

Varna hiša podpira in nudi:

- nastanitev v varnem prostoru,
- zmanjševanje socialnih posledic, povezanih z nasiljem: izboljševanje kakovosti življenja, povečanje socialne vključenosti ter spodbujanje k samostojnemu življenju (npr. pomoč pri iskanju zaposlitve, spodbuda k dodatnemu izobraževanju …),
- spodbudo/motivacijo za manj tvegan način življenja,
- zmanjševanje zdravstvenih posledic, povezanih z nasiljem,
- obveščanje o drugih oblikah strokovne pomoči,
- spremljanje in zagovorništvo na CSD, sodiščih, policiji in drugod (tudi pomoč pri sestavljanju uradnih dopisov, prošenj, pritožb, pri izpolnjevanju obrazcev in podobno).

Seznam varnih hiš *www.prepoznajnasilje.si/qrc/varne-hise*

Materinski dom

Materinski dom je namenjen materam z mladoletnimi otroki do 15. leta starosti in nosečnicam, ki so se znašle v socialni stiski in nimajo drugih možnosti bivanja.

Seznam materinskih domov *www.prepoznajnasilje.si/qrc/materinski-domovi*

Seznam ključnih nevladnih organizacij, na katere se lahko obrnete:

Zavod Emma - Center za pomoč žrtvam nasilja (2 enoti)
p. p. 211, 1001 Ljubljana
telefon: 01 425 47 32, 080 21 33
e-pošta: zavod.emma@siol.net

CKŽ 53, Krško
telefon: 07 490 65 70, 080 21 33
e-pošta: zavod.emmakrsko@gmail.com

Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja: 080 11 55
p. p. 2726, 1001 Ljubljana
telefon: 01 544 35 13, 01 544 35 14, 080 11 55
e-pošta: drustvo-sos(at)drustvo-sos.si

Društvo za nenasilno komunikacijo
Individualno svetovalno in podporno terapevtsko delo in telefonska svetovalna pomoč za osebe, ki imajo izkušnjo nasilja
Linhartova 13, 1000 Ljubljana
telefon: 01 434 48 22
e-pošta: drustvo.dnk(at)drustvo-dnk.si

Društvo Ženska svetovalnica
Psihosocialna pomoč ženskam, žrtvam nasilja
Langusova 21, 1000 Ljubljana
telefon: 01 251 16 02
e-pošta: info(at)drustvo-zenska-svetovalnica.si, zenska(at)svetovalnica.org

Zveza prijateljev mladine Slovenije – TOM telefon
Miklošičeva 16, 1000 Ljubljana
telefon: 01 239 67 20, 080 12 34
e-pošta: zpm.slovenije(at)zveza-pms.si

Združenje proti spolnemu zlorabljanju
Masarykova ulica 23, 1000 Ljubljana
telefon: 01 43 13 341, 080 28 80
e-posta: spolna.zloraba(at)siol.net

Društvo regionalna varna hiša Celje (3 enote)
p.p. 347, 3000 Celje
Celje: telefon: 03 492 63 57, 051 233 894
e-pošta: varna.hisace(at)siol.net

Velenje: telefon: 03 897 66 90, 031 243 071
e-pošta: drustvo.regionalna.varna.hisa(at)siol.net

Slovenj Gradec: telefon: 02 882 94 35, 031 234 404
e-pošta: varna.hisasg(at)siol.net

Društvo življenje brez nasilja Novo mesto
p. p. 345, 8000 Novo mesto
telefon: 07 33 26 895, 031 393 614
e-pošta: drustvo.dzbn.nm(at)gmail.com, varnahisa.nm@gmail.com

Svetovalnica za žrtve nasilja in zlorab Maribor
(deluje pod okriljem CSD Maribor)
Slovenska ulica 8, 2000 Maribor
telefon: 02 222 49 94, 041 735 135
e-posta: info(at)svetovalnica-mb.si

Svetovalnica za žrtve nasilja Ptuj
Društvo Ars Vitae
Trstenjakova ulica 5, 2250 Ptuj
telefon:031 519 902

Društvo za pomoč ženskam in otrokom žrtvam nasilja, Varna hiša Gorenjske
Slovenski trg 1, p. p. 575, 4000 Kranj
telefon: 051 200 083
e-pošta: vh.gorenjska(at)siol.net

Društvo varnega zavetja Pomurje – Varna hiša za ženske in otroke žrtve nasilja
p. p. 18, 9240 Ljutomer
telefon: 02 584 83 90
e-pošta: vh.ljutomer(at)siol.net

Društvo Stigma – Varna hiša za uživalke drog, ki so žrtve nasilja
Štihova ulica 12, Ljubljana
telefon: 030 69 398
e-pošta: vh.stigma(at)gmail.com

Za več oblik pomoči žrtvam glej tudi spletno stran
http://www.prepoznajnasilje.si/nasilje-v-druzini/pomoc-zrtvam.

Sodelovanje s tožilstvom

Nena Kopčavar Guček

Zdravstveni delavci so po svoji uradni dolžnosti dolžni sodelovati tudi v sodnih postopkih obravnave nasilja v družini. Osebni izbrani zdravnik oziroma lečeči klinični specialist, ki je obravnaval žrtev nasilja, je na obravnavo običajno vabljen kot izvedenec.

Priprava dokumentacije pred sodnim postopkom

Za sodne postopke, povezane z nasiljem v družini, je zdravstvena dokumentacija izjemnega pomena in sodi med dokazno gradivo.

O dokumentiranju ugotovljenih znakov/posledic nasilja v družini v zdravstvu ☞ 3: POSTOPKI OB RAZKRITJU ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI.

Za namene morebitnih (kasnejših) sodnih postopkov je natančnost, jasnost, čitljivost, preglednost in popolnost podatkov v zdravstveni dokumentaciji izjemnega pomena.

Zdravnik lahko beleži podatke neposredno v zdravstveni karton žrtve, ali pa – še bolje – na ustrezen obrazec (☞ Prilogi 4, 5).

Obrazec lahko predpiše tudi zdravstvena ustanova, pomembno je, da vsebuje naslednje podatke:

- datum obravnave,
- ime žrtve in povzročitelja nasilja,
- znaki, ki pričajo o nasilju v družini (poškodbe, bolezni, vedenje žrtve in povzročitelja …),
- anamneza,
- fizikalni status,
- skica mesta in obsega vseh vidnih poškodb,
- fotografije vidnih poškodb (če je izvedljivo in žrtev soglaša),
- RTG, laboratorijski izvidi po potrebi,
- diagnoze,
- trajanje nasilja, njegova dinamika,
- ali so žrtve nasilja v družini tudi otroci in druge nemočne osebe,
- ali je ženska noseča,
- ocena ogroženosti,
- navedba o posredovani pomoči in izvedenih ukrepih (obvestilo pristojnih institucij),
- potek zdravstvene obravnave.

Podatki naj bodo natančni in faktografski (npr. namesto »prejšnjo nedeljo jo je…« je bolje zapisati datum, namesto »sosed ji je pomagal vstati« je bolje »sosed, Tainta Tainta«, z imenom in priimkom), kot je že opisano v poglavju o dokumentiranju.

V primeru, da beležimo obravnavo nasilja v družini na poseben obrazec, nam to omogoča hranjenje ločeno od vseh drugih podatkov oziroma zdravstvene dokumentacije.

Ločeno hranjenje take dokumentacije je smiselno tudi zaradi možnosti, da se oseba preseli, zamenja osebnega izbranega zdravnika in k njemu prenese zdravstveno dokumentacijo. Če bi prišlo do sodnega postopka, bi zdravnik, ki je žrtev obravnaval v času izpostavljenosti nasilju, ostal brez dokumentacije, na sodišču pa bi bil vseeno dolžan pričati.

V primeru, da žrtev ne soglaša z beleženjem nasilnega dogodka in njegovih posledic v zdravstveni karton, se z njo sporazumemo, da v karton zabeležimo natančen opis poškodbe, brez podatkov o storilcu, če žrtev temu izrecno nasprotuje. Morda lahko namesto imena povzročitelja zapišemo »znana oseba«, če žrtev s tem soglaša.

Zdravnik kot izvedenec

Sodišče od zdravstvenega osebja pričakuje strokovno, objektivno in zanesljivo pričanje o nasilnih dogodkih in njihovih posledicah, ne glede na časovno oddaljenost dogodkov.

Zdravnik, ki je vabljen na sodišče kot priča, pozna osnove pravnega sistema in sodne prakse v tovrstnih primerih. Pomaga mu lahko pravna služba ustanove, v kateri je zaposlen.

Zdravnik naj upošteva še naslednje smernice:

- na sodišče pride pripravljen,
- natančno posluša obravnavo in vprašanja,
- razloži, kar je izvedel od oškodovanke/oškodovanca in kar je ugotovil s pregledom,
- znati mora razložiti vse postopke in njihov pomen pri obravnavi oškodovanke/oškodovanca,
- izraža se natančno, v preprostem laičnem jeziku,
- biti mora nepristranski,
- razlikovati mora med ugotovitvami in mnenji,
- odgovarja le na vprašanja s svojega strokovnega področja.

Sodnik že pred obravnavo osebnega izbranega zdravnika pisno zaprosi za posredovanje kopije zdravstvene dokumentacije in jo preuči v predkazenskem postopku.

Zato je smiselno neposredno pred obravnavo ponovno pregledati zdravstveno dokumentacijo žrtve – v sodnem postopku oškodovanca/oškodovanke – in dokumentacijo ali njeno kopijo imeti med obravnavo pri sebi. Vprašanja so lahko zelo natančna. Ker smo pod prisego resnice, moramo na posamezno vprašanje odgovoriti po resnici. Če se zahtevanega podatka zanesljivo ne spomnimo in ni dokumentiran v naši zbirki podatkov, to povemo sodišču. Vedno odgovorimo samo na zastavljeno vprašanje, brez obširnih razlag in pojasnil.

O pričanju na sodišču ter podajanju izvedenskega mnenja zdravnika:
☞ 3: GINEKOLOGIA IN PORODNIŠTVO, PSIHIATRIJA.

5. PRILOGE

1. Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti s prilogo – obrazcem »Obvestilo o zaznavi nasilja v družini«
2. Zahtevek za pomoč policije: sestavni del in priloga Pravilnika o sodelovanju policije z drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini.
3. Seznam regijskih koordinatoric za obravnavo nasilja v družini
4. Obrazec za dokumentiranje odraslih žrtev nasilja v družini
5. Obrazec za dokumentiranje obravnave otroka, ob sumu na nasilje in zlorabo

PRILOGA 1

Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti

(Uradni list RS, št. 38/2011)

1. člen

(1) Ta pravilnik ureja pravila in postopke, način obveščanja ter organe obveščanja za usklajeno delovanje zdravstvenih delavcev pri izvajanju zdravstvene dejavnosti v zvezi z obravnavo žrtev nasilja v družini (v nadaljnjem besedilu: žrtve nasilja).

(2) Obravnava iz prejšnjega odstavka se nanaša na:
– prepoznavanje nasilja v družini,
– pravila in postopke pri obravnavi žrtev nasilja,
– izobraževanje zdravstvenih delavcev na področju nasilja v družini.

2. člen

(1) Nasilje v družini se obravnava kot pomemben zdravstveni problem, pri katerem žrtve nasilja utrpijo kratkotrajne ali dolgotrajne fizične oziroma psihične posledice na zdravju.

(2) Pri obravnavi nasilja v družini zdravstveni delavci ravnajo spoštljivo in sočutno z žrtvami nasilja in jih ne obsojajo, njihovo zdravje in varnost pa sta na prvem mestu.

(3) Sestavni del obravnave nasilja v družini obsega tudi psihološko podporo, svetovanje, posredovanje informacij o drugih oblikah pomoči žrtvam nasilja in postopke obveščanja o nasilju v družini.

3. člen

Zdravstveni delavci pri svojem delu sledijo strokovnim smernicam za obravnavo nasilja v družini, ki jih potrdi Zdravstveni svet.

4. člen

Poizvedovanje o izpostavljenosti nasilju v družini se izvaja v vseh primerih, pri katerih iz okoliščin in zdravstvene obravnave obstaja sum, da je obravnavana oseba žrtev nasilja.

5. člen

(1) Zdravstveni delavec, ki pri svojem delu izve za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje v družini, o tem najpozneje v 24 urah obvesti pristojni

center za socialno delo, razen če žrtev nasilja temu izrecno nasprotuje in ne gre za sum storitve kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti. Obvestilo se posreduje pisno, v elektronski obliki ali po telefonu.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek, v nujnih primerih, ko je ogroženo življenje žrtve nasilja ali njenih otrok, zdravstveni delavec takoj obvesti policijo na telefonsko številko 113 ali pristojni center za socialno delo.

(3) V primeru nasilja v družini nad otroci, zdravstveni delavec najpozneje v 24 urah o tem obvesti pristojni center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo. Obvestilo se posreduje pisno, v elektronski obliki ali po telefonu.

(4) Obvestilo po telefonu iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena, zdravstveni delavec najpozneje v treh dneh od obvestila posreduje tudi pisno.

(5) Obvestilo iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena zdravstveni delavec najpozneje v treh dneh od obvestila v vednost pošlje tudi izbranemu zdravniku oziroma pediatru osebe, ki naj bi bila žrtev nasilja.

(6) Pisno obvestilo iz tega člena se posreduje na obrazcu iz Priloge, ki je sestavni del tega pravilnika.

6. člen

Izbrani zdravnik oziroma pediater ali drug zdravstveni delavec se vključi v obravnavo žrtev nasilja ter sodeluje v multidisciplinarnem timu za obravnavanje nasilja v družini pri pristojnem centru za socialno delo.

7. člen

(1) Zdravstveni delavec ob vsaki obravnavi žrtve nasilja oceni njeno ogroženost in ogroženost morebitnih otrok žrtve nasilja.

(2) Zdravstveni delavec z natančnim opisom zdravstvenega stanja osebe oziroma okoliščin, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da gre za nasilje v družini, sum nasilja evidentira v zdravstveni dokumentaciji obravnavane osebe.

8. člen

(1) Za prepoznavanje nasilja v družini se izvaja izobraževanje zdravstvenih delavcev o nasilju v družini.

(2) Izobraževanja o nasilju v družini se morajo udeležiti zdravstveni delavci, ki opravljajo zdravstveno dejavnost:
- na področju splošne oziroma družinske medicine, pediatrije, ginekologije, psihiatrije in patronažne službe,
- v urgentnih oziroma travmatoloških ambulantah in oddelkih bolnišnic,
- v svetovalnih službah.

(3) Zdravstveni delavci iz prejšnjega odstavka se udeležijo izobraževanja o nasilju v družini vsakih pet let, v obsegu najmanj 5 ur.

(4) Vsebina izobraževanja je določena s programom, ki ga določi minister, pristojen za zdravje.

(5) Izobraževanje o nasilju v družini se izvaja pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v okviru stalnega izobraževanja zdravstvenih delavcev.

9. člen

Zdravstveni delavci sodelujejo z drugimi organi v prizadevanju za zmanjševanje nasilja v družini in se vključujejo v lokalno in širšo skupnost pri obravnavi zdravstvenega vidika nasilja v družini.

10. člen

Izvajalci zdravstvene dejavnosti opravijo prvo izobraževanje zdravstvenih delavcev iz 8. člena tega pravilnika najpozneje v roku enega leta od njegove uveljavitve.

11. člen

Ta pravilnik začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Št. 012-18/2008

Ljubljana, dne 21. februarja 2011

Številka: _____
Datum: _____

Obvestilo o zaznavi nasilja v družini

<table>
<tr><td>Podatki o zdravstvenem zavodu oziroma izvajalcu zdravstvene dejavnosti</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">Podatki o domnevni žrtvi nasilja v družini</td><td colspan="2">Priimek in ime:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Datum rojstva:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Spol:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Naslov:</td></tr>
<tr><td colspan="3">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:</td></tr>
<tr><td colspan="3">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:</td></tr>
<tr><td colspan="3">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:</td></tr>
<tr><td>Ime in priimek zdravstvenega delavca, ki je zapis sestavil:</td><td>Zapis zaključen ob:</td><td>Podpis zdravstvenega delavca:</td></tr>
</table>

Podpis odgovorne osebe in žig zdravstvenega zavoda oziroma izvajalca zdravstvene dejavnosti

PRILOGA 2

Zahtevek za pomoč policije

(sestavni del in priloga Pravilnika o sodelovanju policije z drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini).

Številka: _____

Datum: _____

Na podlagi drugega odstavka 56. člena Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08) vlaga

Podatki o izvajalcu zdravstvenih oziroma socialno varstvenih storitev
Naziv izvajalca:
Organizacijska enota:
Naslov:
Telefon:
Ime in priimek ter podpis direktorja oziroma zdravnika:

ZAHTEVEK ZA POMOČ POLICIJE PRI NAPOTITVI IN SPREJEMU OSEBE V OBRAVNAVO V SOCIALNO VARSTVENI ZAVOD OZIROMA NA ZDRAVLJENJE V PSIHIATRIČNO BOLNIŠNICO BREZ NJEGOVE PRIVOLITVE

zap. št _____

Podatki o osebi/nalepka
Priimek in ime:
Datum in kraj rojstva:
Prebivališče:
Datum pomoči:
Čas pomoči:
Kraj pomoči:
Naziv policijske postaje:
Znana in pričakovana stopnja ogrožanja sebe ali drugih:

Pečat in podpis direktorja oziroma zdravnika

PRILOGA 3

SEZNAM REGIJSKIH KOORDINATORIC ZA OBRAVNAVO NASILJA V DRUŽINI			
Ime in priimek	e-mail	naslov	Tel./mobi
LJUBLJANSKA REGIJA			
dr. Viktorija **Bevc**	viktorija.bevc@gov.si	CSD Ljubljana Šiška Celovška 150 1000 Ljubljana	01 583 98 18
OBLJUBLJANSKA 1 REGIJA			
Marjana **Milek Ogrinc**	marjana.milek-ogrinc@gov.si	CSD Domžale Ljubljanska 70, 1230 Domžale	01 724 63 96
OBLJUBLJANSKA 2 REGIJA			
Katarina **Tinauer**	katarina.tinauer@gov.si	CSD Kočevje Ljubljanska cesta 9 1330 Kočevje	01 893 83 92
OBALNO KRAŠKA REGIJA			
Damjana **Jurman**	damjana.jurman@gov.si	CSD Koper Cankarjeva 6 6000 Koper	05 66 34 570
DOLENJSKA IN REGIJA BELE KRAJINE			
Dubravka **Hrovatič**	dubravka.hrovatic@gov.si	CSD Novo mesto Resslova 7 b 8000 Novo mesto	07 39 32 664
KOROŠKA REGIJA			
mag. Jovita **Pogorevc Merčnik**	csdsg.koor.nas@gov.si	CSD Slovenj Gradec Ozka ulica 1 Slovenj Gradec	02 88 50 118 031 309 561
GORENJSKA REGIJA			
mag. Aleksandra **Kafol**	aleksandra.kafol@gov.si	CSD Škofja Loka Partizanska 1 d 4220 Škofja Loka	04 517 01 17
POMURSKA REGIJA			
Tina **Vukan**	tina.vukan@gov.si	CSD Gornja Radgona Partizanska c. 21 9250 Gornja Radgona	02 564 93 27
PODRAVSKA REGIJA			
Francka **Premzel**	franciska.premzel@gov.si	CSD Maribor Zagrebška 72 2000 Maribor	02 250 66 83 031 703 521
GORIŠKA REGIJA			
Majda **Pušnar**	majda.pusnar@gov.si	CSD Nova Gorica Delpinova 18 b Nova Gorica	05 330 29 18 031 662 010
CELJSKA REGIJA			
Gabriela **Čoklc**	gabriela.coklc@gov.si	CSD Celje Opekarniška c. 15 b 3000 Celje	03 425 63 35
POSAVSKA REGIJA			
Sonja **Žugič**	sonja.zugic@gov.si	CSD KRŠKO Cesta krških žrtev 11 Krško	07 620 24 51

Seznam posodobljen: september 2015.

PRILOGA 4

Zdravstvena ustanova: _____

Delovno mesto/lokacija: _____

Dokumentiranje obravnave žrtve nasilja v družini

Datum obravnave: _____ Ura obravnave: _____

Podatki o obravnavani osebi:

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Mladoletni otroci: Število _____ Starost _____

Znaki/okoliščine, na podlagi katerih sumimo na nasilje v družini:

Oseba navaja, da je žrtev nasilja: Da ☐ Ne ☐

Če **»ne«,** na osnovi česa sumimo na nasilje (označite in opišite):

a) Zdravstvene posledice nasilja: _____

b) Vedenje osebe: _____

c) Vedenje spremljevalca: _____

d) Druge okoliščine: _____

Anamnestični podatki (uporabite besede žrtve, uporabite dodaten list, če je potrebno):

a) Ali je žrtev noseča? Ne ☐, Ne ve ☐, Da ☐ Tedni nosečnosti: _____

b) Ima kakšno kronično bolezen? Ne ☐, Ne ve ☐, Da ☐

Katero? _____

c) Druga stanja:

Motnje spanja ☐, Kronične bolečine ☐, Glavoboli ☐, Zloraba alkohola ☐, Zloraba nedovoljenih drog ☐

Zloraba zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi ☐, Drugo (navedite): _____

Zgodovina in dinamika nasilja/zlorabe:

Koliko časa že traja nasilje? _____

Ali se nasilje v zadnjem času stopnjuje? Da ☐ Ne ☐

Ali so na voljo podatki o poškodbah v preteklosti? Da ☐ Ne ☐

Ali so žrtve nasilja tudi otroci? Da ☐ Ne ☐

Vrste nasilja, ki jih žrtev doživlja (označite in opišite):

a) Fizično nasilje Da ☐ Ne ☐

b) Spolno nasilje Da ☐ Ne ☐

c) Čustveno/ psihološko nasilje Da ☐ Ne ☐

d) Zanemarjanje Da ☐ Ne ☐

e) Drugo Da ☐ Ne ☐

Osumljeni povzročitelj nasilja:

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Odnos z žrtvijo: _____

zakonec ☐, bivši zakonec ☐, partner ☐, bivši partner ☐, istopolni partner ☐,
bivši istospolni patner ☐, oče ☐, mati ☐, skrbnik ☐,

brat ali sestra ☐, sin ali hči ☐, drugi sorodniki ☐, drugo: _____

Stanje žrtve:

Orientacijska ocena psihičnega stanja:

komunikativna ☐ nekomunikativna ☐ prestrašena ☐ vznemirjena ☐

drugo: _____

Zunanji izgled (opišite tudi morebitne sledi nasilja na oblačilih):

Telesne poškodbe (opišite):

Kraj nastanka: _____

Datum in ura nastanka: _____

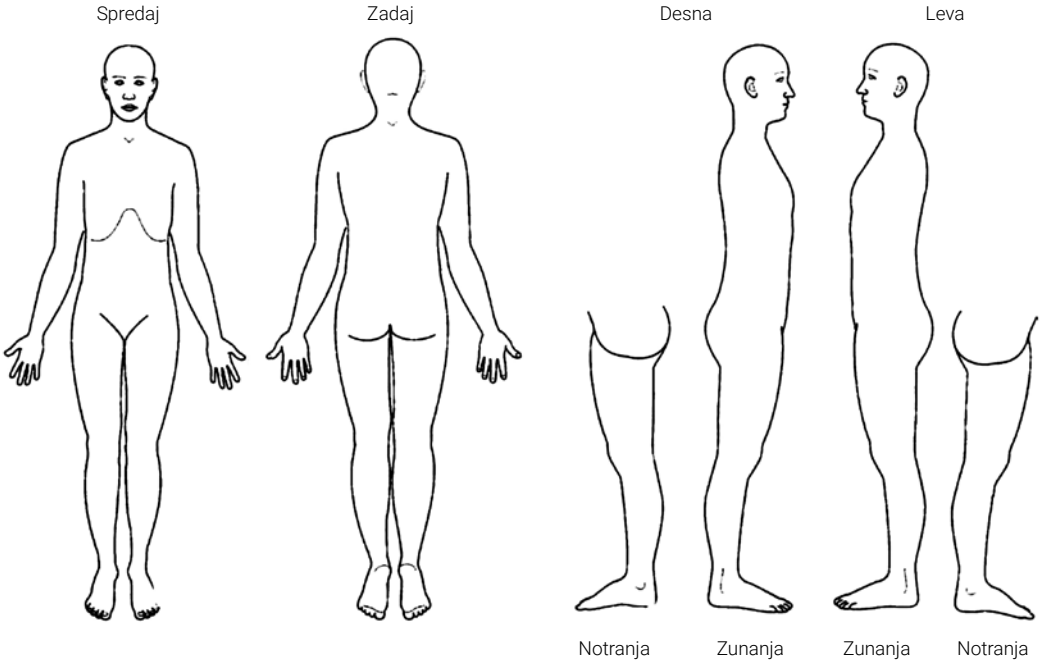
Mehanizem nastanka: _____

Opis vrste, oblike, velikosti in barve poškodb (vrišite tudi v shemo telesa):

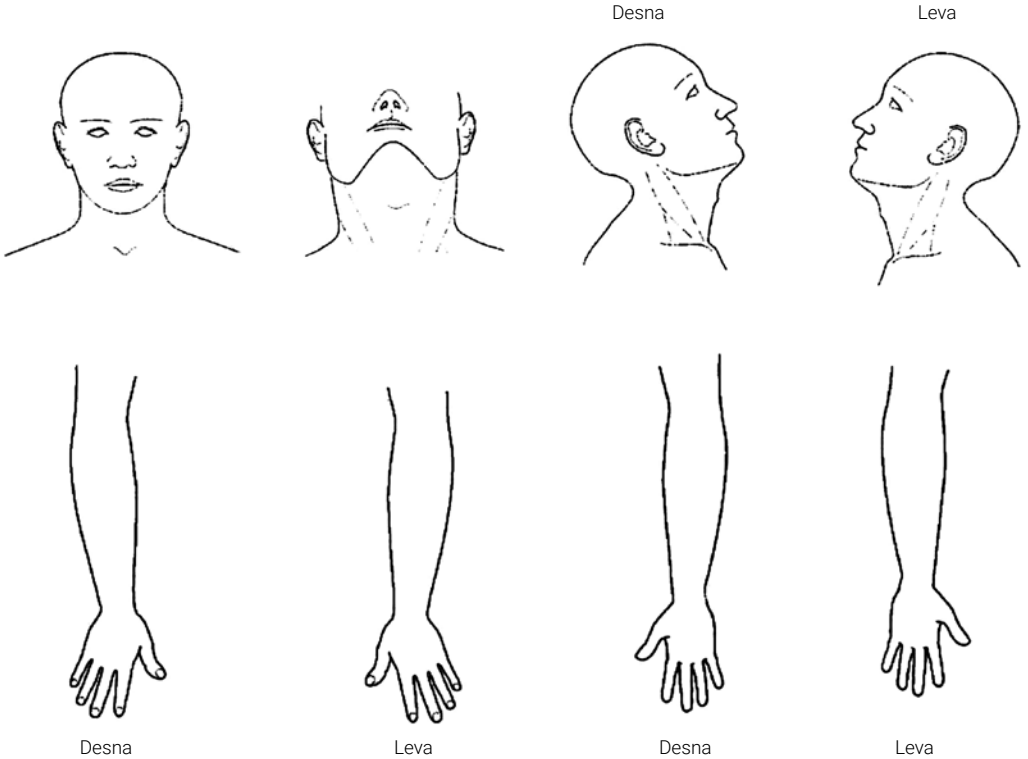
Morebitne druge posebnosti v telesnem statusu (opišite):

Fotografije poškodb: Da ☐ Ne ☐

SKICA JE SESTAVNI DEL PRILOG 4 IN 5



Označite – vrišite mesto poškodb



PRILOGA 5

Zdravstvena ustanova: _____

Delovno mesto/lokacija: _____

Dokumentiranje obravnave otroka, ob sumu na nasilje in zlorabo

Datum obravnave: _____ Ura obravnave: _____

Podatki o obravnavanem otroku:

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Podatki o starših/skrbnikih:

Mati

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Oče

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Skrbnica/Skrbnik:

Ime in priimek: _____

Razmerje do otroka: _____

Naslov: _____

Telefonska številka: _____

Otrok je prišel v spremstvu: Da ☐ Ne ☐

Ime in priimek spremljevalca: _____

Telefonska številka spremljevalca: _____

Razmerje do otroka: _____

Ali so otrokovi starši/skrbniki seznanjeni s prijavo zlorabe /nasilja nad otrokom?
Da ☐ Ne ☐

Podatki o ostalih članih družine:

Ime in priimek	**Razmerje do otroka**	**Dodatne informacije (šola, ki jo obiskuje, poklic, drugo)**

Znaki/okoliščine, na podlagi katerih sumimo na zlorabo/nasilje:

Otrok je povedal, da je žrtev nasilja? Da ☐ Ne ☐

Če **"ne",** na osnovi česa sumimo na nasilje (označite in opišite):

a) Zdravstvene posledice nasilja: _____

b) Vedenje otroka: _____

c) Vedenje

starša/skrbnika/spremljevalca: _____

d) Druge okoliščine: _____

Anamnestični podatki (uporabite besede žrtve, starša oz. druge osebe, ki podaja anamnezo – jasno navedi kdo je podal anamnezo):

a) Ima otrok kakšno kronično bolezen? Ne ☐, Ne ve ☐, Da ☐

Katero? _____

b) Druga stanja:

Navedite: _____

Zgodovina in dinamika nasilja/zlorabe:

Koliko časa že traja nasilje? _____

Ali se nasilje v zadnjem času stopnjuje? Da ☐ Ne ☐

Ali so na voljo podatki o poškodbah v preteklosti? Da ☐ Ne ☐

Ali so žrtve nasilja tudi drugi otroci v družini? Da ☐ Ne ☐

Vrste nasilja, ki jih otrok doživlja (označite in opišite):

a. Fizična zloraba/nasilje Da ☐ Ne ☐

b. Spolna zloraba/nasilje Da ☐ Ne ☐

c. Čustvena/ psihična zloraba/ nasilje Da ☐ Ne ☐

d. Zanemarjanje Da ☐ Ne ☐

e. Drugo Da ☐ Ne ☐

Osumljeni povzročitelj zlorabe/nasilja (ime in priimek):

Starost: _____

Poklic: _____

Naslov: _____

Razmerje do otroka, žrtve:

oče ☐, mati ☐, skrbnica /skrbnik ☐, brat ali sestra ☐, drug sorodnik ☐,

drugo: _____

Stanje otroka:

Orientacijska ocena psihičnega stanja:

komunikativen ☐ nekomunikativen ☐ prestrašen ☐ vznemirjen ☐

drugo: _____

Zunanji izgled (opišite tudi morebitne sledi nasilja na oblačilih): Telesne poškodbe (opišite):

Kraj nastanka: _____

Datum in ura nastanka: _____

Mehanizem nastanka: _____

Opis vrste, oblike, velikosti in barve poškodb (vrišite tudi v shemo telesa): _____

Morebitne druge posebnosti v telesnem statusu (opišite):

Fotografije poškodb: Da ☐ Ne ☐

Opravljene preiskave:

a) Laboratorijske preiskave ☐
b) RTG ☐
c) CT ☐
d) MRI ☐
e) UZ ☐
f) Drugo: _____

Diagnoze:

Zdravstvena obravnava:

a) Oskrba ran, šivanje ☐
b) Imobilizacija (longeta, mavec.) ☐
c) Operacija ☐
d) Sprejem v bolnišnico ☐
e) Medikamentozna terapija ☐
f) Psihosocialno svetovanje ☐
g) Drugo: _____

Trenutna ocena ogroženosti žrtve:

a) Osnovna ☐
b) Srednja ☐
c) Visoka ☐

Kaj je bilo svetovano staršem/skrbnikom:

a) Kontrolni pregled ☐
b) Specialistični pregled ☐
c) Pomoč CSD ☐
d) Pomoč psihologa/ psihiatra ☐
e) Pomoč NVO (ki nudijo pomoč žrtvam nasilja) ☐
f) Pomoč policije ☐
g) Drugo: _____

Obveščanje pristojnih inštitucij:

a) Prijava CSD podana dne: _____

b) Prijava policiji podana dne: _____

c) Prijava osebnemu zdravniku poslana dne: _____

me in priimek zdravnika,
ki je prisoten pri obravnavi
Podpis

Ime in priimek medicinske sestre,
ki je prisotna pri obravnavi
Podpis

Ta obrazec je del zdravstvene dokumentacije pacienta in NI priloga Obvestila o zaznavi nasilja v družini!

6. DRUGO

Priporočena literatura

Uporabljeni viri in literatura

Stvarno kazalo

Priporočena literatura

Cvetežar IŠ. Vloga zdravstvenih institucij pri celostnem obravnavanju žrtev nasilja v družini. V: Veselič Š, urednica. Na poti iz nasilja. Prakse dela proti nasilju nad ženskami. Ljubljana: Društvo SOS telefon, 2007: 130-6.

Dernovšek MZ. Simptomi in znaki duševnih motenj. V: Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Ziherl S, uredniki. Psihiatrija. 1. izd. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2013: 100-39.

Filipčič K, Klemenčič I. Obravnavanje nasilja v družini: Priročnik za zaposlene v vzgojno-izobraževalnih zavodih. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2011.

Guth AA, Pachter L. Domestic violence and the trauma surgeon. Am J Surg 2000 feb; 179(2): 134-40.

Orel R, Brecelj-Kobe M. Postopki zdravnika pri sumu na spolno zlorabo otroka. Nujna stanja v otroški psihiatriji. Izbrana poglavja iz pediatrije 10. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 1998: 91-7.

Pinter B, urednica. Spolno nasilje: zbornik. X. spominski sestanek prof. dr- Lidije Andoljšek-Jeras, Ljubljana, 28.11.2014. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2014.

Pinter B, Grebenc M, Štolfa Gruntar A. Ambulantni protokol v primeru posilstev. Ljubljana: Ginekološka klinika UKC Ljubljana, 2006: 1-5.

Department of Health. Responding to domestic abuse. A handbook for health professionals. London: Department of Health, 2005.

Rus Makovec M. Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2003.

Selič P. Dejavno odkrivanje in pogostnost nasilja v družini: podatki in osnova za sodelovanje med strokami. V: Dvoršak A, Selinšek L, urednika. Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede in Pravna fakulteta, 2010: 31-44.

Selič P. Nasilje v družini. V: Švab I, Rotar Pavlič D, urednika. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 311-26.

Sims C, Sabra D, Bergey MR, Grill E, Sarani B, Pascual J, Kim P, Datner E. Detecting intimate partner violence: more than trauma team education is needed. J AM Coll Surg 2011 maj; 212(5): 867-72.

Takač I, Bizjak T, Arko D. Vprašalnik za obravnavo žrtve spolne zlorabe. Zdrav Vestn 2013; 82: 326-38.

Takač I, Kos D, Arko D. Spolna zloraba. Zdrav Vestn 2012; 81: 801-6.

Tekavčič Grad O. Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah, priročnik za svetovanje. Ljubljana, Založba ZRC, 2004.

Veselič Š, Horvat D, Plaz M, urednice. Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja, 2014.

World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization, 2013.

Zdravniška zbornica Slovenije. Iz zakonodaje. Pričanje ali izvedenstvo. ISIS 2009 avg/sep: 10.

Zdravniška zbornica Slovenije. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 1997.

Zupančič A, Ponikvar Mihevc B, Cvetežar IŠ, Rus Makovec M, urednice. Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015.

Železnik D, urednica. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011.

Uporabljeni viri in literatura

Allard C. Caring form People Who Experience Domestic Violence. Emergency Nurse 2013; 21: 12-6.

Ančić K. Nasilje – nenasilje. Ljubljana: Založba i2, 2002.

Balažic J, Čolnik M, Dolenc A, Ermenc B, Jančigaj T, Gornjak V, Kadiš P, Lovšin J, Štefanič B. Klasifikator telesnih poškodb po KZ Republike Slovenije. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, 1999.

Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1976.

Beck AT. Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence. New York: Harper Collins Publishers, 1999.

Beck R, Fernandez E. Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. Cognitive Therapy and Research 1998; 22: 63-74.

Belsky J. Child maltreatment: An ecological integration. Am Psychologist 1980; 320-55.

Berge T, Repål, A, urednika. Håndbok i kognitiv terapi, Norsk Forlag, Gyldendal: 2008.

Bentovim A, Bingley Miller L, Pizzey S, Trapp S. The Safeguarding Assessment and Analysis Framework. York: Child and Family Training, 2012.

Bentovim A, Gray J, urednika. Eradicating child maltreatment. London: Jessica Kingsley Publishers, 2014.

Bentovim A. Sexual Abuse. Sexuality and Childhood. V: Bentovim A, Elton A, Hilbrand J, Tranter M, Vizard E, uredniki. Child Sexua Abuse within the Family: Assessment and Treatment. London: Butterworth and Co., 1988, 1-40.

Boka, W. Domestic violence in farming communities: overcoming the unique problems posed by the rural setting. Drake Journal of Agricultural Law 2005; 9: 389-397. Pridobljeno 5. 3. 2015 s spletne strani: http://students.law.drake.edu/aglawjournal/docs/agVol09No3-Boka.pdf.

Brecelj Kobe M, Rujevič J, Udovič B. Nasilje in spolna zloraba v družini. V: Tekavčič Grad O, urednica. Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah. Priročnik za svetovanje. Ljubljana, Založba ZRC, 2004: 173-82.

Carney TP. Spolno nasilje: Strateški in operativni postopki kriminalistične preiskave in samovarovanje potencialnih žrtev. Ljubljana: Amalietti & Amalietti, 2010.

Carrington K, McIntosh A, Hogg R, Scott, J. Rural masculinities and the internalisation of violence in agricultural communities. International Journal of Rural Criminology 2013; 2(1): 3-24. Pridobljeno 3. 4. 2015 s spletne strani: http://kb.osu.edu/rest/bitstreams/303454/retrieve.

Center za socialno delo Maribor. Poročilo o delu za leto 2014. CSD Maribor, marec 2015.

Cukut Krilić S, Modic KU, Smrke U, Šimenc J, Zver Makovec M, Šprah L, Knežević Hočevar D, Vah Jevšnik M. Nasilje družini in zdravstvena dejavnost: kvantitativna in kvalitativna raziskava – končno poročilo projekta Pond_SiZdrav. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, 2015.

Cvetežar IŠ, Lešnik Mugnaioni D. Predlog strokovnih smernic za obravnavo nasilja v družini v patronažnem varstvu. Pridobljeno 2. 8. 2015 s spletne strani: http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/organi/delovne-skupine/ds-za-nenasilje/nasilje-nad-zenskami/predlog-strokovnih.

Cvetežar IŠ. Vloga zdravstvenih institucij pri celostnem obravnavanju žrtev nasilja v družini. V: Veselič Š, urednica. Na poti iz nasilja. Prakse dela proti nasilju nad ženskami. Ljubljana: Društvo SOS telefon, 2007: 130-6.

Dernovšek MZ, Lovrenčič M, Novak-Grubič V. Smernice za preprečevanje in obravnavanje nasilnega vedenja duševno motenih oseb v zunajbolnišnični dejavnosti: Preprečevanje in obravnava nasilnega vedenja v Psihiatriji. Ljubljana: Vice Versa, 2003.

Dernovšek MZ. Simptomi in znaki duševnih motenj. V: Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Ziherl S, uredniki. Psihiatrija. 1. izd. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2013: 100-39.

Dibie, P. Etnologija vrat. Ljubljana: Založba cf, 2015.

Dvoršak A., Selinšek L. Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede in Pravna fakulteta, 2010.

Društvo DNK. Kaj je spolno nasilje? Pridobljeno 3. 5. 2015 s spletne strani: http://www.drustvo-dnk.si/dejavnosti/osebe-z-izkunjo-nasilja/svetovalnica-za-zrtve-spolnega-nasilja/295.html.

Društvo SOS telefon za ženske in otroke žrtve nasilja. http://www.drustvo-sos.si/.

Etheridge A, Lovepreet G, McDonald J. Domestic Violence Toolkit for Health Care Providers in BC. Richmond: Kwantlen Polytechnic University, 2014. Pridobljeno 15. 5. 2015 s spletne strani: http://www.kpu.ca/sites/default/files/NEVR/DV%20Toolkit%20%20PDF%20August%2024.pdf.

Eulitt PJ, Tomberg RJ, Cunningham TD, Counselman FL, Palmer RM. Screening elders in the emergency department at risk for mistreatment: a pilot study. J Elder Abuse Negl 2014; 26(4): 424-35.

Evropska konvencija o preprečevanju mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja. Uradni list Republike Slovenije, št. 1-1/1994, št. 2/1994.

Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Uradni list Republike Slovenije, št. 33/94 in spremembe.

Evropska socialna listina. Uradni list Republike Slovenije, št. 24/1999.

Fetih A, Pinter B. Protokol v primeru posilstva. Ljubljana: Univerzitetna klinika za ginekologijo in porodništvo, UKC Ljubljana, 1989.

Filipčič K. Miti o nasilju v družini. Revija za kriminalistiko in kriminologijo. 2000 jul/sept; 51(3): 197-206.

Filipčič K. Nasilje v družini. Ljubljana: Bonex, 2002.

Filipčič K. Spolna nedotakljivost in nasilje v družini. V: Pinter B, urednica. Spolno nasilje: zbornik. X. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidije Andolšek Jeras; Ljubljana, 28. 11. 2014. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2014.

Filipčič K. Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND); uvodna pojasnila. Ljubljana: GV založba, 2008.

Filipčič K. Zakonodaja na področju preprečevanja nasilja v družini v Sloveniji. V: Veselič Š, Horvat D, Plaz M, urednice. Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja: izdaja ob 25. obletnici delovanja Društva SOS telefon, Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja, 2014: 159-176.

Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. Child Abuse and Neglect. 1988; 12: 3-23.

Frangež D. Spolna zloraba otroka kot oblika nasilja v družini. V: Dvoršak A, Selinšek L, urednika. Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede in Pravna fakulteta, 2010: 95-113.

Furniss T, Bingley-Miller L, Bentovim A. Therapeutic approach to sexual abuse. Arch Dis Child 1984; 58(9): 865-70.

Ganley AN. Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A trainer's manual for health care providers. San Francisco: Family Violence Prevention Fund, 1998. Pridobljeno 20. 5. 2015 s spletne strani: http://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Maternal_Health/HealthTrainerManual.pdf.

Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.

Heise L, Garcia Moreno C. Violence by intimate partners. V: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., uredniki. World report on violence and health. Geneva: World Health Organisation, 2002: 87-122.

Hočevar B. Največ klicev in groženj je po medijsko odmevnih tragedijah. Intervju z Majo Plaz. Sobotna priloga, 4. 7. 2015: 8.

Houry D, Kaslow NJ, Kemball RS, McNutt LA, Cerulli C, Straus H, Rosenberg E, Lu C, Rhodes KV. Does screening in the emergency department hurt or help victims of intimate partner violence? Ann Emerg Med 2008 apr; 51(4): 433-42.

Hoytema van Konijnenburg EM, van der Lee JH, Brilleslijper-Kater SN, van Leerdam FJ, Teeuw AH. Domestic violence in the accident and emergency department: don't forget the children. Ned Tijdschr Geneeskd 2014; 158: A7120.

Humljan UŠ. Kulturno kompetentno socialno delo. Etnična občutljivost in antirasistična perspektiva v socialnem delu za učinkovito delo s pripadniki etničnih manjšin in za učinkovito delo v večkulturnem okolju. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 2013.

Janjac I. Vloga policije pri omejevanju nasilja v družini v luči sprememb in dopolnitev Zakona o policiji. Magistrsko delo. Kranj, Fakulteta za podiplomske državne in evropske študije, 2005.

Kaljenje. Preprečevanje nasilja v družini. Ljubljana: Skupnost CSD Slovenije, 10, 2010.

Kazenski zakonik (KZ-1). Uradni list Republike Slovenije, št. 55/2008.

Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2) – uradno prečiščeno besedilo. Uradni list Republike Slovenije, št. 50/2012.

Kazenski zakonik (KZ-UPB1) – uradno prečiščeno besedilo. Uradni list Republike Slovenije, št. 95/2004.

Kern Pandev V. Nasilje v družini - analiza stanja v Republiki Sloveniji od leta 2004 do leta 2010. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede, 2012.

Klain E. Psihološka medicina. Zagreb: Golden Marketing, 1999.

Knežević Hočevar D. Etnografija medgeneracijskih odnosov: dom in delo na kmetijah skozi življenjske pripovedi. Ljubljana: Založba ZRC, 2013: 41-63.

Konvencija o otrokovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije, št. 35/1992.

Konvencija Sveta Evrope o preprečevanju nasilja nad ženskami in nasilja v družini ter o boju proti njima. Ur. list Republike Slovenije, št. 1/2015.

Kopčavar Guček, N. Pristojnosti zdravstvenih ustanov na področju preprečevanja nasilja v družini. V: Veselič Š, Horvat D, Plaz M, urednice. Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja, 2014: 218-34.

Kopčavar Guček N. Pogostnost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulanti zdravnika družinske medicine. Doktorska disertacija. Ljubljana, Medicinska fakulteta, 2015.

Kothari CL, Rhodes KV. Missed opportunities: emergency department visits by police-identified victims of intimate partner violence. Ann Emerg Med 2006 feb; 47(2): 190-9.

Lee J, Kolomer S, Thomsen D. Evaluating the Effectiveness of an Intervention for Children Exposed to Domestic Violence: A Preliminary Program Evaluation. Springer Science + Business Media 2012; 29: 357-72.

Leskošek V. Razvoj dela na področju nasilja nad ženskami v Sloveniji. V: Veselič Š, Horvat D, Plaz M, uredniki. Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja: izdaja ob 25. obletnici delovanja Društva SOS telefon, Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja, 2014: 35-50.

Leskošek V, Urek M, Zaviršek D. Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih. Končno poročilo 1. faze raziskovalnega projekta. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo, 2010.

Lešnik Mugnaioni D. Nasilje nad starejšimi. V: Psihosocialna pomoč ženskam in otrokom, ki preživljajo nasilje. Priročnik. Ljubljana: Društvo SOS telefon, 2004: 78-93. Pridobljeno 20. 5. 2015 s spletne strani http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/organi/delovne-skupine/ds-za-nenasilje/nasilje-nad-starejsimi/se-vec-informacij-o.

Lešnik Mugnaioni D. Kako obravnavati medosebno nasilje v zdravstveni negi? Obzornik zdravstvene nege 2012; 46(2): 109-11. Pridobljeno 23. 7. 2015 s spletne strani: http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-0CBSLLVE?&language=eng.

Lockhart LL, Danis FS, urednika. Domestic Violence: Intersectionality and Culturally Competent Practice. New York: Columbia University Press, 2010.

Logan, T, Walker, R, Hoyt, W, Faragher, T. The Kentucky Civil Protective Order Study: A Rural and Urban Multiple Perspective Study of Protective Order Violation Consequences, Responses, & Costs. NCJ 228350. Washington: US Department of Justice, National Institute of Justice, 2009.

Martindale J, Swenson A, Coffman J, Newton AW, Lindberg DM. ExSTRA Investigators. Recurrent concerns for child abuse: repeated consultations by a subspecialty child abuse team. Child Abuse Negl 2014 jul; 38(7): 1259-66.

Maurič D. Spolna dejavnost oseb, mlajših od 15 let, in izkušnje iz ginekološkega dispanzerja v ZD Maribor. V: Pinter B, urednica. Spolno nasilje: zbornik. X. spominski sestanek prof. dr- Lidije Andoljšek-Jeras; Ljubljana, 28. 11. 2014. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2014: 62-4.

MDDSZ, ISCSD2. Statistike. Pridobljeno 4. 5. 2015 s spletne strani:

http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/denarna_socialna_pomoc/.

Medical Providers' Guide to Managing the Care of Domestic Violence Patients within a Cultural Context. New York: New York City Mayor's Office to Combat Domestic Violence, 2004. Pridobljeno 17. 5. 2015 s spletne strani: http://www.nyc.gov/html/ocdv/downloads/pdf/Materials_Medical_Providers_DV_Guide.pdf.

Melnick DM, Maio RF, Blow FC, Hill EM, Wang SC, Pomerantz R, Kane ML, Graham-Bermann S, Weber J, Farber MS. Prevalence of domestic violence and associated factors among women on a trauma service. J Trauma 2002 jul; 53(1): 33-37.

Migrant Clinicians Network. Addressing Domestic Violence In a Clinical Setting, 2014. Pridobljeno 16. 5. 2015 s spletne strani: http://www.migrantclinician.org/files/resourcebox/DVManual.pdf.

Muršič M. (O)krog nasilja v družini. Ljubljana, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2012.

Mušič T. Kratek prikaz stanja in aktivnosti policije pri preprečevanju in preiskovanju kaznivih dejanj na področju nasilja v družini. V: Dvoršak A, Selinšek L, urednika. Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede in Pravna fakulteta, 2010: 45-70.

Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2012; 9(11): e1001349.

Nussdorfer V. Mladoletniki kot storilci in žrtve spolnega dejanja. V: Pinter B, Grebenc M, urednika. Reproduktivno zdravje mladih. II. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andoljšek-Jeras; Ljubljana, 18. 11. 2005. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2005: 60-5.

Oberlander Condie L. Parenting Evaluations for the Court. Care and protection matters. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 2003: 85-131.

Orel R, Brecelj-Kobe M. Postopki zdravnika pri sumu na spolno zlorabo otroka. Nujna stanja v otroški psihiatriji. Izbrana poglavja iz pediatrije 10. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 1998: 91-7.

Palmstjerna T, Haugan G, Jarwson S, Rasmussen K, Nøttestad. J A. Cognitive behaviour group therapy for men voluntary seeking help for intimate partner violence. Nord J Psychiatry,

Petridou E, Browne A, Lichter E, Dedoukou X, Alexe D, Dessypris N. What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. Inj Prev 2002 sep; 8(3): 197-201.

Pinter B. Reproduktivno zdravje in spolno nasilje. V: Pinter B, urednica. Spolno nasilje: zbornik. X. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andoljšek-Jeras, Ljubljana, 28. 11. 2014. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2014: 1-9.

Plaz M. Nasilje nad ženskami v partnerskih in sorodstvenih odnosih. V: Veselič Š, Horvat D, Plaz M, urednice. Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja: izdaja ob 25. obletnici delovanja Društva SOS telefon, Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja, 2014: 75-93.

Plaz M. Nasilje nad starejšimi – izkušnje Društva SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja. Posvet. Kaj bomo skupaj naredili za preprečevanja nasilja in zlorab nad starejšimi osebami. Pridobljeno 22. 5. 2015 s spletne strani: http://www.drustvo-sos.si/uploads/datoteke/Nasilje%20nad%20starejsimi%20-%20Priloga.pdf

Policija. Letno poročilo 2008. Pridobljeno 11. 1. 2015 s spletne strani: http://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2008.pdf.

Policija. Letno poročilo 2009. Pridobljeno 11. 1. 2015 s spletne strani: http://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2009.pdf.

Policija. Letno poročilo 2010. Pridobljeno 11. 1. 2015 s spletne strani: http://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2010.pdf.

Policija. Letno poročilo 2011. Pridobljeno 11. 1. 2015 s spletne strani: http://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2011.pdf.

Policija. Letno poročilo 2012. Pridobljeno 11. 1. 2015 s spletne strani: http://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2012.pdf.

Policija. Letno poročilo 2013. Pridobljeno 11. 1. 2015 s spletne strani: http://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2013.pdf.

Policija. Letno poročilo 2014. Pridobljeno 11. 1. 2015 s spletne strani: http://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2014.pdf.

Policija. Spolno nasilje (brošura). Pridobljeno 1. 4. 2015 s spletne strani: http://www.policija.si/images/stories/Publikacije/PDF/Spolno_nasilje.pdf.

Požlep B, Štolfa A, Fetih A. Spolna zloraba in umetna prekinitev nosečnosti. V: Pinter B, Pretnar-Darovec A, urednika. Umetna prekinitev nosečnosti v Sloveniji. I. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andoljšek-Jeras; Ljubljana, 19. 11. 2004. Ljubljana: Ginekološka klinika, Klinični center, 2004: 39-45.

Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo. Uradni list Republike Slovenije, št. 44/2009.

Pravilnik o obravnavi nasilja v družini za vzgojno-izobraževalne zavode. Uradni list Republike Slovenije, št. 104/2009.

Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije, št. 38/2011.

Pravilnik o prepovedi približevanja določenemu kraju oziroma osebi. Uradni list Republike Slovenije, št. 95/2004.

Pravilnik o sodelovanju organov ter delovanju CSD, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini. Uradni list Republike Slovenije, št. 31/2009.

Pravilnik o sodelovanju policije z drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini. Uradni list Republike Slovenije, št. 25/2010.

Pravno-informacijski center nevladnih organizacij – PIC. REACT Ukrepaj zoper nasilje v družini! Projekt za podporo sistemu preprečevanja nasilja v družini. Poročilo o izsledkih aktivnosti v okviru projekta. Ljubljana: Pravno-informacijski center nevladnih organizacij, 2011. Pridobljeno 1. 4. 2015 s spletne strani: http://pic.si/wp-content/uploads/2014/09/REACT-izsledki-aktivnosti-2011.pdf.

Predanič, J. Policija mora v družino vstopiti skozi vrtljiva vrata. Intervju z Nežo Miklič. Delo, 11. 8. 2015.

Resolucija Evropskega parlamenta o položaju žensk na podeželskih območjih EU, sprejeta 12. marca 2008. (2007/2117(INI)). Pridobljeno 4. 8. 2015 s spletne strani: http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0094+0+DOC+XML+V0//SL.

Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja nasilja v družini (2009-2014). Uradni list Republike Slovenije, št. 41/2009.

Rungapadiachy DM. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy, 1999.

Runyan D, Wattham C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. V: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, uredniki. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002: 57-86.

Rural Assistance Center (RAC). Rural Domestic Violence, 2014. Pridobljeno 21. 2. 2015 s spletne strani: https://www.raconline.org/topics/domestic-violence.

Sedmak M., Kralj A., Medarič Z. in Simčič B. Nasilje v družinah v Sloveniji. Rezultati raziskave. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno–raziskovalno središče Koper, 2006.

Selič P. Dejavno odkrivanje in pogostnost nasilja v družini: podatki in osnova za sodelovanje med strokami. V: Dvoršak A, Selinšek L, urednika. Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede in Pravna fakulteta, 2010: 31-44.

Selič P, Kopčavar Guček N, Kersnik J. Dejavno odkrivanje žrtev nasilja in njihove značilnosti. Revija za kriminalistiko in kriminologijo 2008; 59(1): 39-54.

Selič P, Pesjak K, Kopčavar Guček N, Kersnik J. Dejavniki, ki povečujejo možnost nasilja v družini in iskanje pomoči pri zdravniku družinske medicine (Pilotna študija o nasilju v družini). Zdrav Vestn 2008; 77: 505-10.

Selič P, Švab I, Kopčavar Guček, N. How many Slovenian family practice attendees are victims of intimate partner violence? A re-evaluation cross-sectional study report. BMC public health 2013; 13 (703).

Selič P, Švab I, Kopčavar Guček N. A cross-sectional study identifying the pattern of factors related to psychological intimate partner violence exposure in Slovenian family practice attendees: what hurt them the most. BMC public health 2014; 14 (223).

Selič P, Švab I, Kopčavar Guček N. The effect of a short educational intimate partner violence-related intervention on real case identification in Slovenian family medicine trainees. British journal of applied science and technology 2015; 6 (2): 153-163.

Selinšek L. Kazenskopravni odziv na nasilje v družini – nekaj odprtih vprašanj. V: Dvoršak A, Selinšek L, urednika. Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede in Pravna fakulteta, 2010: 7-17.

Sheridan DJ, Nash KR. Acute injury patterns of intimate partner violence victims. Trauma Violence Abuse. 2007 jul; 8(3): 281-9.

Shipway L. Domestic violence: A handbook for health professionals. New York: Routledge, 2004.

Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro A, Winsvold A, Clench-Aas J. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, 18(3): CD006048.

STOP V.I.E.W. – Stop Violence Against Elderly Women: Stop V.I.E.W. (Final report). Pridobljeno 1. 6. 2015 s spletne strani: http://www.zdus-zveza.si/docs/STOP%20VI.E.W/766_Porocilo_nasilje_nad_starejsimi_zenskami.pdf

Štolfa Gruntar A. Spolna dejavnost oseb, mlajših od 15 let – izkušnje iz ambulante za otroško ginekologijo Ginekološke klinike v Ljubljani. V: Pinter B, urednica. Spolno nasilje. X. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andoljšek-Jeras; Ljubljana, 28. 11. 2014. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2014: 64-6.

The cycle of violence, Domestic violence solution. Pridobljeno 6. 8. 2015 s spletne strani: http://www.dvsolutions.org/info/cycle.aspx.

The Equality Wheel. Domestic Abuse Intervention Project: Home of The Duluth Model. Pridobljeno 3. 8. 2015 s spletne strani: http://www.theduluthmodel.org/.

The Power and Control Wheel. Domestic Abuse Intervention Project: Home of The Duluth Model. Pridobljeno 3. 8. 2015 s spletne strani: http://www.theduluthmodel.org/.

Thornton MD, Della-Giustina K, Aronson PL. Emergency department evaluation and treatment of pediatric orthopedic injuries. Emerg Med Clin North Am 2015 maj; 33(2): 423-49.

Ule M. Spregledana razmerja. Maribor: Aristej, 2003.

Vah Jevšnik M, Cukut Krilić S, Kneževič Hočevar D, Šimenc J. Nasilje v družini in ranljive skupine – končno poročilo projekta Pond_SiZdrav. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, 2015.

Van der Ent DW, Evers TD, Komduur K. Nasilje nad ženskami – odgovornost policije. Ljubljana: Ženska svetovalnica, 2001.

Veselič Š. Diskriminacija in nasilje zaradi osebne okoliščine; spol, spolna usmerjenost. Ljubljana, FDV, 11. 6. 2008, Pridobljeno 1. 6. 2015 s spletne strani: http://www.drustvo-sos.si/uploads/datoteke/Nasilje%20nad%20zenskami%20s%20podezelja%20-%20Priloga.pdf.

Velikonja V., Verdenik I. Duševne posledice spolnega nasilja. V: Pinter B, urednica. Spolno nasilje. X. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andoljšek-Jeras, Ljubljana, 28. 11. 2014. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2014: 48-53.

Vogler A. Zdravnik – strokovnjak, priča, izvedenec. V: Pinter B, urednica. Spolno nasilje. X. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andoljšek-Jeras; Ljubljana, 28. 11. 2014. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2014: 18-22.

Vognar L, Gibbs LM. Care of the victim. Clin Geriatr Med 2014 nov; 30(4): 869-80.

Young JE, Klosko JS, Weishaar MJ. Schema therapy. A practitioner's guide. New York: Guilford Press, 2003.

Walby S, Olive P. Estimating the costs of gender-based violence in the European Union: Report. Luxembourg: European Institute for Gender Equality, 2014.

Weber T, Katz Levin L, urednika. Medical Providers Guide to Managing the Care of Domestic Violence Patients within a Cultural Context. New York: New York City Mayor's Office to Combat Domestic Violence, 2004.

Wood JN, Fakeye O, Mondestin V, Rubin DM, Localio R, Feudtner C. Prevalence of abuse among young children with femur fractures: a systematic review. BMC Pediatr 2014; 14:169.

World Health Organization. Factsheets. Pridobljeno s spletne strani 6. 7. 2015: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/en/.

World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013.

World Health Organization. Documentation and reporting. V: Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: WHO, 2003: 94-9.

Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. Trauma Violence Abuse 2010 apr; 11(2): 71-82.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Uradni list Republike Slovenije, št. 77/2008.

Zakon o kazenskem postopku (ZKP-UPB8). Uradni list Republike Slovenije, št. 32/2012.

Zakon o nalogah in pooblastilih policije (ZNPPol). Uradni list Republike Slovenije, št. 15/2013 in 23/2015.

Zakona o organiziranosti in nalogah policije (ZODPol). Uradni list Republike Slovenije, št. 15/2013.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list Republike Slovenije, št. 15/2008.

Zakon o policiji. Uradni list Republike Slovenije, št. 110/2003.

Zakon o prekrških zoper javni red in mir. Uradni list Republike Slovenije, št. 110/2003.

Zakona o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). Uradni list Republike Slovenije, št. 16/2008.

Zakon o socialnem varstvu. Uradni list Republike Slovenije, št. 3/2007.

Zakon o zdravstveni dejavnosti – prečiščeno besedilo. Uradni list Republike Slovenije, št. 23/2005.

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Uradni list Republike Slovenije, št. 42/1986.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije, št. 100/2005.

Zakona o varstvu javnega reda in miru (ZJRM-1). Uradni list Republike Slovenije, 70/2006.

Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1). Uradni list Republike Slovenije, 94/07.

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih. Uradni list Republike Slovenije, št. 69/2004.

Zavrl Džananović D. Analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000 do 2008 patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. Obzornik zdravstvene nege 2010; 44(2): 117-25.

Zavrl-Džananović, D. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri: analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000 do 2008. Obzornik zdravstvene nege 2010; 44(2): 117-25.

Zdravniška zbornica Slovenije. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 1997.

Zung W. A Self – rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63–70.

Zupančič A, Ponikvar Mihevc B, Cvetežar IŠ, Rus Makovec M, urednice. Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015.

Železnik D, urednica. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011.

Žemva B. Zgodnji in kasni znaki trpinčenja pri otroku. V: Kržišnik C, Battelino T, urednika. Nujna stanja v otroški psihiatriji. Gastrofagealni refluks v otroškem obdobju. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 1998: 79-84.

Drugi viri:

POND 2015 (interno gradivo raziskave dostopno na Družbenomedicinskem inštitutu ZRC SAZU).

Interni podatki regijskih koordinatoric za obravnavo nasilja in SCSD Slovenije za leto 2014, april 2015.

Stvarno kazalo

A
alkoholizem 5, 39, 40, 47, 49, 67, 69
anamneza 83, 96, 103, 110, 121
anonimni telefon 145
avtonomnost žrtve 82, 87, 88

B
brezposelnost 45, 49, 53
Brøsetski model 44, 125

D
dejavniki tveganja 44, 45, 47, 49, 67, 70, 101, 128, 134
deljena odgovornost 55
diagnoza 102, 106, 125, 136, 153, 171
dinamika nasilja 56, 58, 63, 67, 100, 153, 164, 169
dokumentiranje 37, 43, 83, 84, 85, 86, 97, 121, 153, 154, 156, 163, 167
dolžnost prijave 37, 85, 87, 88, 98, 115
družinska medicina 5, 18, 34, 82, 108, 113, 114, 115, 116, 127, 158, 173, 176, 179
duševna motnja 102, 122, 123, 125, 173
dvoličnost 60

E
ekonomska odvisnost 24, 41, 51, 64, 67, 68
ekonomsko nasilje 30, 33, 34, 50, 54, 67, 101, 115
ekonomsko partnerstvo 55
eksternalizacija vzrokov za nasilje 52
enakost v odnosu 53, 55

F
fizično nasilje 32, 60, 69, 94, 107, 123, 164, 169
fotodokumentiranje 97, 121

G
ginekologija in porodništvo 84, 96, 106, 154, 175
globalne in lokalne statistike 6, 17, 34, 35, 50, 106, 142

I
internalizacija vzrokov za nasilje 52
izboljšana praksa 43, 125, 140, 147

J
jeza 21, 23, 24, 39, 44, 56, 58, 66, 75, 125

K
kaznivo dejanje 6, 15, 29, 35, 44, 87, 88, 101, 104, 106, 128, 177
klasifikator telesnih poškodb 89, 174
klinični znaki 44, 49, 51, 61, 78, 82, 84, 97, 98, 108, 114
klinično-forenzična ambulanta 86
kognitivno-vedenjska terapija 110
komunikacija 5, 19, 46, 55, 61, 63, 64, 65, 70, 72, 73, 76, 77, 78, 82, 84, 85, 91, 96, 99, 103, 111, 115, 119, 127, 137, 146, 148, 178
krizni center 43, 52, 87, 148, 149, 150
krog nasilja 57, 177
kršenje človekovih pravic 6
kulturna raznolikost 65
kulturne kompetence 65

M
manjšine 50, 64
medicinska sestra 82, 87, 88, 98, 99, 111, 116, 126, 127, 128, 129
medinstitucionalno sodelovanje 29
moč in nadzor 53, 54
multidisciplinarni tim 15, 105, 134, 135, 139

N
načelo sorazmernosti 130, 144
načelo zaupnosti 36, 73
navezanost 15, 56, 58, 59, 102
normalizacija 72, 73, 128
nosečnost 39, 40, 84, 97, 107, 108, 109, 110, 112, 163, 178

O
obrazec 86, 87, 97, 98, 128, 150, 153, 154
odgovorno starševstvo 55
odvisnost 51, 67, 68, 122, 124, 125
opolnomočenje 148
orodje sara:sv 44, 45
otrok 29, 30, 31, 34, 39, 43, 46, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 60, 62, 64, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 85, 86, 87, 90, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 108, 110, 112, 115, 118, 125, 128, 131, 132, 133, 136, 137, 138, 139, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152
otroška psihiatrija 51, 78, 84, 96, 97, 98, 101, 108
oviranost 31, 33, 39, 40, 64, 67, 68, 101, 107, 112, 119, 147

P
patronažna sestra 18, 70, 71, 83, 88, 91, 116, 127, 128, 129
patronažna služba 5, 19, 46, 72, 82, 114, 127, 128, 129, 158
pediatrija 51, 78, 84, 94, 108
podeželskost 69

podpora 83, 110
podporne mreže 128
poroke z mladoletnicami 108
posilstvo 32, 43, 75, 106, 111, 173, 175
posttravmatska stresna motnja 15, 39, 40, 104, 107, 110
prijava nasilja 20, 37, 41, 62, 64, 68, 71, 76, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 98, 115, 118, 119, 120, 134, 135, 144
protokol 18, 19, 20, 82, 89, 92, 104, 111, 117, 121, 123, 128, 141, 173, 175
psihiatrija 44, 51, 61, 78, 84, 96, 97, 98, 101, 108, 122, 154
psihično nasilje 31, 32, 34, 70, 94, 107
psihološki lik povzročitelja 60

R
ranljive skupine 64, 118, 179
raziskava pond 17, 18, 19, 20, 35, 36, 38, 41, 52, 53, 70, 71
regijske koordinatorice za obravnavo nasilja v družini 140
revščina 67
rtg 119, 120, 121, 153, 171

S
sistemski pristop 28, 29, 30
socialna izključenost 101
socialne mreže 62, 68, 128
spolno nasilje 32, 33, 34, 53, 54, 94, 106, 120, 142, 164, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 180
starejši 5, 19, 28, 34, 39, 46, 64, 67, 68, 85, 100, 102, 143, 147, 176, 177

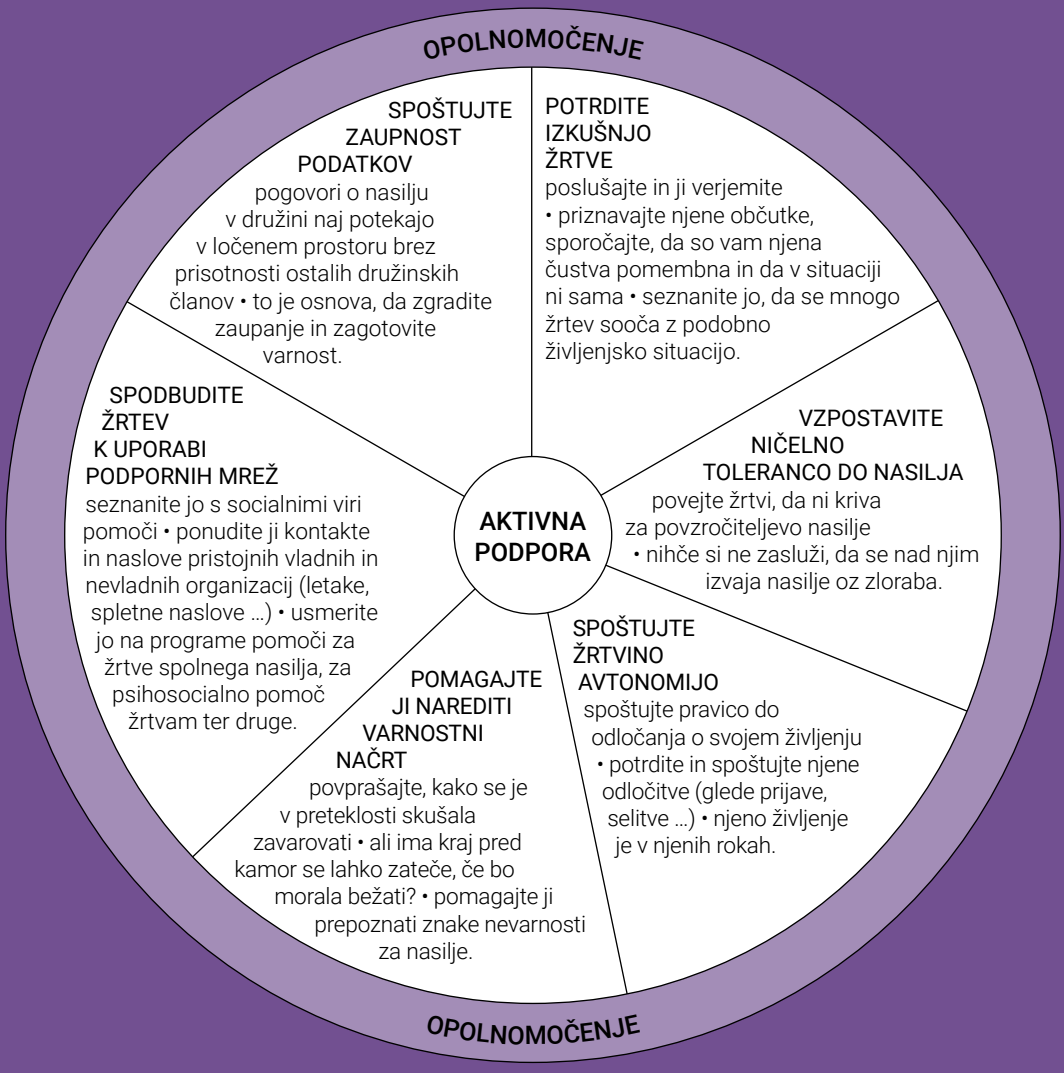
T
toleranca do nasilja 42, 50, 68
travmatologija 117

U
ukrepi za zaščito 82, 83, 91, 110
urgenca 25, 26, 106, 111

V
varna hiša 38, 39, 52, 66, 121, 147, 148, 150, 151, 152
varnostni načrt 90, 135
vedenjski znaki 103
viktimizacija 88

Z
zanemarjanje 5, 33, 50, 67, 94, 164, 169
zaupnost podatkov 82, 88, 138
zdravnik izvedenec 101, 111, 130, 153, 154, 180
zdravstvene posledice 28, 39, 40, 95, 102, 107, 109, 117, 124
zdravstveno osebje 5, 6, 17, 18, 19, 20, 37, 38, 40, 44, 53, 62, 63, 78, 90, 91, 99, 117, 118, 119, 120, 140, 141, 146
zloraba psihotropnih substanc 87

Kako lahko zdravstveno osebje aktivno podpre žrtev nasilja v družini?



Kolo aktivne podpore zdravstvenega osebja
(povzeto po Domestic Abuse Intervention Project)

Opomba: Kolesi izhajata iz prakse, kjer je večina nasilja v družinah in intimnih partnerskih odnosih ter spolnega nasilja povzročenega s strani moških nad ženskami.

Kot specialist ginekolog sem se na morda najbolj občutljivem področju medicine pogosto srečeval tudi s trpinčenimi deklicami in ženskami. Ne tako redko sem se znašel pred vprašanjem, na kakšen način spregovoriti z njimi in kako jim pomagati iz stisk, v katere še vse prepogosto zapadejo kot ranljiva družbena skupina. Prošnje za pomoč, zaupanje, obtoževanje, pojasnjevanje in hkrati tudi opravičevanje se v takih zgodbah pogosto prepletajo in otežujejo naše odločitve.

Ko se znajdemo v takšnem položaju, nam zanesljivo pomagajo posebne veščine ter znanje, s katerimi lahko bolnico ustrezno obravnavamo, ji olajšamo pomembne odločitve in ji nakažemo poti okrevanja. Priročnik, ki je pred nami, bo opolnomočil zdravstvene delavce, ki se srečujejo z žrtvami nasilja v družini. Morda prav danes tudi zdravniki potrebujemo informacije in več znanja, na kakšen način pristopiti do prizadetih, kako razumeti žrtev nasilja in kako ji pomagati. Veseli smo, da je priročnik del uvajanja Strokovnih smernic za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti in bo tudi na ta način dopolnil izobraževalno platformo v sklopu projekta POND_Sizdrav. Zdravstveno osebje in še posebej zdravniki bomo tako lažje prepoznali nasilje v družini, žrtvam ustrezno svetovali in pomagali ter vsako nasilje v družini tudi prijavili ustreznim organom.

Prim. Andrej Možina, dr. med.,
predsednik Zdravniške zbornice Slovenije

ISBN 978-961-6185-16-5

Zbornica zdravniška Slovenije

Zavod MMA

Center za socialno delo Maribor

Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM