

ustrezno kadrovske, časovne, glavarinske, prostorske in drugo normiranost, ali pa želimo primarno zdravstvo, ki bo samo preusmerjevalec na druge ravni. Mislimo, da slednje ni niti primereno niti dostojno za takšno kakovost zdravstva, kot jo nudimo v naši državi.

16. Menimo, da bi reorganizacija nujne medicinske pomoči morala pomeniti nadgradnjo, ne pa uničenje, četudi delno, vsega že doseženega, saj so rezultati dosedanjega delovanja dobri ali celo svetovno nadpovprečni.

Sklep

Sedanja ureditev predbolnišnične nujne medicinske pomoči, ki jo izvaja primarno zdravstvo, je dobra, učinkovita in bi jo v sklopu primarnega zdravstva morali ohraniti in nadgraditi tako, da bi se sedanji način predbolnišnične nujne medicinske pomoči iz večjih zdravstvenih centrov, t.i. predbolnišnične enote, moral prenesti na manjše in lokacijsko bolj neugodne

zdravstvene postaje. Tudi urgentni centri so prihodnost izvajanja nujne medicinske pomoči na sekundarni ravni, pri čemer je končni cilj izboljšanje primarne in sekundarne ravni NMP in združitev v učinkovit sistem. Pomanjkljivosti primarnega zdravstva so časovna in kadrovska stiska z nezmožnostjo zaposlovanja zadostnega števila kadra ter visoki glavarinski količniki. Znižanje slednjih bi po eni strani razbremenilo delovanje primarnega zdravstva na ravni družinskih ambulant, po drugi strani pa zaradi dodatnega zaposlovanja zdravnikov okrepilo predbolnišnično nujno medicinsko pomoč in dežurno službo. To bi preprečevalo, da bi bolniki s sočasnimi nujnimi stanji na različnih lokacijah (teren in ambulanta) ostali brez ustrezne pomoči zaradi odsotnosti zdravnika.

Primarno zdravstvo z vsemi zdravstvenimi domovi skupaj bi že zaradi kontinuiranega strokovnega interesa, vlaganj in napredka v zadnjih petnajstih letih moralo ohraniti izvajanje predbolnišnične NMP. Nosilec bi moral ostati dobro izobra-

žen in s strokovnimi znanji nujne medicine okrepljen specialist družinske medicine, kar bi moral biti pogoj za izvajanje te dejavnosti, ali specialist urgentne medicine, ki si je ta znanja pridobil med specializacijo. Ne smemo pozabiti tudi dejstva, da je za specialista družinske medicine dežuranje zakonska obveza, izvajanje NMP pa vitalnega pomena za ohranjanje tistih veščin, ki so nujno potrebne za ohranjanje kakovostnega dela primarne ravni zdravstva. Z odvzemanjem teh pooblastil se družinske zdravnike prikrajšuje za strokovni napredek. Izguba kontinuitete dela, napredka in zagonske sile, ki se je garaško ustvarjala prek akterjev predbolnišnične nujne medicinske pomoči v zadnjih petnajstih letih, pa je predvsem nesprejemljiva, povezana s precejšnjimi tveganji in ne nazadnje tudi nehigienična.

*Za kolektiv asist. Dejan Kupnik,
dr. med., spec., Zdravstveni dom
dr. Adolfa Drolca Maribor
OE Splošno zdravstveno varstvo*

Nasilje v družini – družbena in individualna odgovornost

Ružica Petrovič, univ. dipl. soc. del., CSD Maribor

Nasilje v družinskih odnosih ima dolgo in globoko zakoreninjeno tradicijo, ki prehaja iz generacije v generacijo kot vedenjski vzorec tistega, ki odražača znotraj takšnih odnosov, zaradi česar nasilje dobi predznak legitimnosti. Pojavlja se skozi vso zgodovino naše civilizacije, ne glede na družbeno ureditev, socialno, ekonomsko, religiozno ali kulturno okolje (Selič, 2006).

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.

Neznani avtor je napisal: »Družba kot celota je toliko močna in zdrava, kolikor je močan in zdrav njen najšibkejši člen – najranljivejši posameznik znotraj nje.«

S sprejetjem *Zakona o preprečevanju nasilja v družini* (Ur. l. RS, št. 16/2008, v nadaljevanju ZPND) je

Slovenija sprejela odgovornost za sistemsko reševanje tovrstne problematike. Strokovnjakom in strokovnjakinjam, ki se pri opravljanju svojega dela srečujejo z družinskim nasiljem, pa naložila dolžnost ukrepanja oz. prijavo suma nasilja. Zaradi bolj jasnega izvajanja omenjenega zakona so izdelani naslednji podzakonski akti:

1. Pravilnik o sodelovanju Centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini (Ur. l. RS, št. 31/2009)
2. Pravilnik o sodelovanju policije z

- drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini (Ur. l. RS, št. 25/2010, z dne 26. 3. 2010)
3. Pravilnik o obravnavi nasilja v družini za vzgojno-izobraževalne zavode (Ur. l. RS št. 104/2009, z dne 18. 12. 2009)
4. **Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Ur. l. RS, št. 38/2011, z dne 14. 5. 2011)**

Poklicna odgovornost in multidisciplinarno sodelovanje

Obveznost prijave nasilja definira 6. čl. ZPND:

»Vsakdo mora, zlasti pa strokovni delavci oz. delavke v zdravstvu ter osebe vzgojno-varstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodov, 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.«

Vsi organi so v 24 urah od seznanitve z okoliščinami dolžni obvestiti center za socialno delo (CSD) ali policijo, po telefonu takoj, v pisni obliki pa v treh dneh, razen v primeru neposredne ogroženosti najkasneje v 24 urah. Po sprejetju prijave koordinacijo aktivnosti institucij vodi center za socialno delo.

Cilj zakonodajne regulacije je doseči ničelno stopnjo tolerance do nasilja.

Medinstitucionalni pristop k reševanju nasilja v družini

Glede na to, da je nasilje v družini kriminalistični, družbeni in medicinski problem, kompleksnost le-tega zahteva medinstitucionalni in multidisciplinarni pristop, tako na preventivnem kot na kurativnem področju.

Medinstitucionalno timsko delo omogoča ustrezen večsmerni pretok informacij ter njihovo širjenje po posameznih področjih (zdravstvo, šolstvo, policija, CSD...). Skupno delovanje različnih služb in strokovnjakov omogoča poenotenje razumevanja fenomenologije nasilja v družini, boljše prepoznavanje vlog različnih institucij in pristojnosti služb ter posledično skupno načrtovanje pomoči žrtvam in povzročiteljem nasilja, kakor tudi iskanje najboljših rešitev, upošteva različne pristojnosti institucij.

Za učinkovitost strokovnega dela z žrtvami nasilja je odločilno razumevanje dinamike in kratkoročnih ter dolgoročnih posledic nasilja. Drugi pomemben korak je napotitev žrtve v primerno obravnavo, na njej sprejemljiv in razumljiv način.

V obravnavi primera imajo otrokove pravice prednost pred pravicami in koristmi drugih udeležencev postopka.

Nadaljevanje besedila je usmerjeno na sodelovanje z zdravstvenimi službami in izhaja iz naslednje tabele (Vir: letno poročilo SCSO, 2014):

Multidisciplinarni timi (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
nevladne organizacije	18	100	0	0

V primeru nesodelovanja katere izmed institucij, CSD v skladu z zakonodajo le-to zaprosi za pisno poročilo o obravnavi. V poročilu zdravstvenih institucij je pri otrocih izjemno pomemben opis zdravstvenega stanja otroka, kot tudi sodelovanja s starši, njihov odziv, sledenje navodilom.

Primer 1 (starost otroka 8 let):

Poročilo otrokove zdravnice:
»Deklica je v prejšnjem letu, zaradi

bolečin v trebuhu in pogostih slabosti, bila hospitalizirana trikrat... Zardi izražene psihosomatike je deklita napotena v psihološko obravnavo. Na preglede pogosto prihaja umazana, v zelo zanemarjenih oblačilih. Zelo težko vzpostavlja očesni kontakt. Na vprašanja otroku, vedno odgovarja mati. V teku obravnave sem pri materi otroka zavohala alkohol... Prosim vas za sklic MDT«...).

Na osnovi tega poročila smo za poročilo zaprosili materino zdravnico. Ta je poročala naslednje: »Kljub poskusom motivacije za nadaljnjo intenzivno obravnavo odvisnosti, se gospa za to ne odloči ter obravnavo zaključí.«

Primer 2 (starost otroka 6 let):

Spolna zloraba otroka s strani materinega partnerja in v njeni prisotnosti.

Poročilo materinega psihiatra:
»... ima hudo moteno socialno presojo, ob čemer za sebe še more poskrbeti, manj ustrežna je njena presoja o dobrobiti sina in skrbi za njega.«

Primer 3 (starost otroka 4 leta):

Po razvezi zakonske zveze je oče prijavil zanemarjanje otroka s strani matere. Pediatrinja otrok v odgovoru na poizvedbo CSD navede:

»Fantek je od rojstva voden v dispanzerju za otroke ZD. Redno je obiskoval posvetovalnico za otroke. Na preglede sta ga običajno pripeljala oba starša. Razvoj je potekal normalno. Redno je cepljen. Ob boleznih otroka njegova mati kaže primerno skrb in sledi mojim navodilom.

Otroka vedno pripelje primerno oblečenega in urejenega...

... je oče pripeljal fantka v ambulanto in navajal, da je prestrašen, da mu pripoveduje o bitjih, ki ga strašijo in strahovih, in da je verjetno, da se mu pri materi dogaja nekaj hudega.

Otroka sem pregledala in nisem dobila občutka, da bi bil v stiski. Bil je videti vesel, lepo je sodeloval, pripovedoval, ni dajal vtisa otroka, s katerim bi nekdo slabo ravnal ali ga zanemarjal...«

V vseh navedenih primerih je v del načrta pomoči nujno vključiti tudi potek obravnave otrok in staršev v zdravstvenih ustanovah. Otroke, ki preživljajo nasilje, je pogosto nujno vključiti v psihološko obravnavo, ki mora biti hitra in kontinuirana. Zaradi reševanja problema čakalnih vrst, ki so v takšnih situacijah brezpredmetne, je pomoč zdravstvenega delavca še posebej dragocena.

V multidisciplinarnem timu (MDT) je nujno izdelati načrt pomoči staršem, ki imajo težave z duševnim zdravjem, odvisnostmi od alkohola ali nedovoljenih drog, so po razhodu družine v takšni stiski, da potrebujejo terapevtsko obravnavo. V svojem delu načrta strokovnjakinje CSD upoštevamo potek morebitne bolezni, zmožnosti uporabnika za aktivno sodelovanje, ki so lahko specifične zaradi možnih navedenih težav.

Velikokrat je pri nasilju v družini, kadar je žrtev starejša oseba, najbolj konstruktivno v družino stopiti skupaj s patronažno službo, ki družino že pozna in ima z družinskimi člani že

izgrajen zaupen odnos, pozna njeno socialno mrežo (sodelovanje CSD s patronažno službo je zgledno že veliko let, posebej na področju starostnikov, invalidov in pri odkrivanju suma ogroženosti otrok).

V teku obravnave družine je nujno izmenjevati informacije, se obveščati, dopolnjevati. MDT lahko, razen na sejah, deluje tudi preko uporabe komunikacijskih sredstev (telefon, elektronska pošta, skype).

Namen medinstitucionalnega sodelovanja je vsekakor zaščita žrtve in dvigovanje kakovosti življenja vseh udeleženi v nasilju, kar pomeni tudi povzročiteljevega.

Najmanj pobud na področju odkrivanja nasilja v družini v CSD-jih sprejemamo iz zdravstvenih institucij. Enako je zelo nizek odstotek sodelovanja zdravnikov na MDT.

Ocenjujemo, da so dejavniki oviranja timskega dela naslednji:

- nezainteresiranost institucije ali posameznega strokovnjaka za negativne pojave v delovnem okolju,
- osebni strah strokovnih delavcev v odnosu do storilca in **v odnosu do pravosodnih organov**,
- nezadostna strokovna opremljenost delavcev za odzivanje v situaciji, ko so v stiku z žrtvijo nasilja, s povzročiteljem nasilja ali z družino, v kateri je nasilje prisotno,
- nejasna delitev vlog različnih institucij,
- nerealno pričakovanje od drugih institucij,

- prelaganje rešitve problema na druge institucije,
- nezadostno medsebojno obveščanje o poteku dogovorjenih nalog,
- nepoznavanje pristojnosti in odgovornosti lastne institucije,
- medsebojno nezaupanje strokovnjakov,
- elitizem posameznih institucij,
- nesodelovanje predstavnikov ene od institucij.

Prijava suma nasilja v družini ali pa očitnega nasilja v družini se ne more izvajati s predajo »problema« v reševanje drugi instituciji, ampak mora predstavljati začetek skupnega delovanja različnih institucij. Brez sodelovanja vseh udeležencev, ki so profesionalno na kakršen koli način v stiku z družino, ni mogoče pričakovati pozitivnih rešitev.

Individualna odgovornost profesionalcev v službah pomoči

Razen navedenega ne smemo zanemariti dejstva, da je delovanje strokovnjakov, ki smo vključeni v reševanje nasilja v družini, ob potrebnem znanju pogojeno tudi z lastnim odnosom do nasilja, s prevzetimi vedenjskimi vzorci, kot tudi kulturološko usvojenimi stereotipi. Zato je stalno usposabljanje, učenje in supervizijsko vključevanje bistven segment v prizadevanju družbe za zmanjševanje posledic nasilja v družini in posledično nasilja v družbi.



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

Prvo izobraževanje o Prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo 18.–19. septembra 2015

Kotizacije ni.

Kreditne točke: 12

Več informacij in prijave na: www.prepoznajnasilje.si