



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

**STROKOVNE SMERNICE
ZA OBRAVNAVO NASILJA V DRUŽINI
PRI IZVAJANJU
ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

Ljubljana, 2015

Naslov: Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti

Založnik:

Republika Slovenija
Ministrstvo za zdravje
Štefanova 5
1000 Ljubljana

Avtorji (po abecednem vrstnem redu):

Marija Anderluh
Mojca Breclj-Kobe
Irena Špela Cvetežar
Hojka Gregorič Kumperščak
Margareta Kocmur
Nina Lokovšek
Barbara Mihevc Ponikvar
Janez Mlakar
Maja Rus Makovec
Klavdija Širaj Mažgon

Uredniki: Agata Zupančič, Barbara Mihevc Ponikvar, Irena Špela Cvetežar, Maja Rus Makovec

Leto izdaje: 2015

Lektoriranje: Generalni sekretariat Vlade RS, Sektor za prevajanje

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

614.2:316.356.2(082)(0.034.2)
343.62(082)(0.034.2)

STROKOVNE smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti [Elektronski vir] / avtorji Marija Anderluh ... [et al.] ; uredniki Agata Zupančič ... [et al.]. - El. knjiga. - Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2015

ISBN 978-961-6523-57-8 (pdf)
1. Breclj Anderluh, Marija, 1969- 2. Zupančič, Agata
279560448

1. UVOD	4
2. OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH	6
3. SMERNICE ZA ZAŠČITO IN DOBROBIT OTROK TER OBRAVNAVO OTROK ŽRTEV NASILJA IN ZLORAB	7
3.1 Temeljna načela pri delu z ogroženimi otroki in namen smernic	7
3.2 Zakonske podlage in obveznosti	8
3.3 Definicija nasilja, zlorabe in slabega ravnanja z otroki	10
3.4 Smernice za odkrivanje in prepoznavanje otrok žrtev nasilja in zlorab	13
3.5 Odkrivanje in prepoznavanje otrok žrtev spolnih zlorab	17
3.6 Izvedba ustreznih postopkov ob zaznavi otroka kot žrtve nasilja in zlorabe.....	17
3.7 Protokol za pregled otroka, pri katerem je podan sum spolne zlorabe	24
3.8 Obrazec za dokumentiranje obravnave otroka ob sumu nasilja in zlorabe.....	26
4. OBRAVNAVA ODRASLIH ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI	34
4.1 Odkrivanje in prepoznavanje žrtev nasilja.....	35
4.1.1 Povpraševanje glede izpostavljenosti nasilju v družini	35
4.1.2 Znaki, pri katerih posumimo na nasilje v družini	36
4.2 Izvedba ustreznih postopkov ob zaznavi suma nasilja v družini	39
4.3 Obrazec za dokumentiranje obravnave odraslih žrtev nasilja v družini	45
5. OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V PATRONAŽNI SLUŽBI	53
6. OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU	55
6.1 Obravnava odrasle žrtve pri akutnem spolnem nasilju	56
7. TEORETIČNA IZHODIŠČA OBRAVNAVE NASILJA V DRUŽINI	58
7.1 Nasilje kot javnozdravstveni problem	59
7.2 Psihološke značilnosti nasilja med intimnimi partnerji in v družinah	63
7.3 Vloga zdravstvenih delavcev pri odkrivanju nasilja	77
8. SEZNAM DRUGIH OBLIK POMOČI – STROKOVNA MREŽA	83
8.1 Regijska koordinacija centrov za socialno delo, interventne službe na centrih za socialno delo in centri za socialno delo.....	83
8.2 Materinski domovi	91
8.3 Varne hiše	92
8.4 Krizni centri	94
8.5 Klinično-forenzična ambulanta.....	95
9. ZAKONSKE PODLAGE IN OBVEZNOSTI	97
9.1 Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) (Uradni list RS, št. 16/2008)	98
9.2 Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/2011).....	105
9.3 Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini (Uradni list RS, št. 31/2009)	108
10. UPORABLJENI VIRI	112

1. UVOD

Zdravstvena služba je zelo pomemben člen pri prepoznavanju nasilja v družini, vendar se zdravstveni delavci pogosto zaradi premajhne informiranosti, nedorečenosti postopkov in negotovosti o svoji vlogi odzovejo pozno in z zadržki (Brcar, 2004). Zdravstveni delavci morajo biti nujno soudeleženi v postopku obravnave nasilja v družini tako iz etičnih in zakonskih razlogov, saj jih glede dolžnosti ravnanja in dolžnosti prijave zavezuje Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) (Uradni list RS, št. 16/2008), kakor tudi zaradi dejstva, da je nasilje v družini javnozdravstveni problem epidemičnih razsežnosti.

Nasilje v družini povzroča akutne poškodbe in poleg tega prispeva k velikemu številu kroničnih zdravstvenih težav, na primer h kronični bolečini, depresiji, zlorabi alkohola in drugih psihotropnih snovi (Garcia-Moreno s sod., 2005). Študija Svetovne zdravstvene organizacije je pokazala, da ženske, ki so kadar koli doživele telesno ali spolno nasilje svojega partnerja, bistveno pogosteje poročajo o slabem ali zelo slabem zdravju kot ženske, ki nasilja niso nikoli doživele; telesne in druge posledice, ki jih ima partnerjevo nasilje za zdravje ženske, pa vplivajo na njeno življenje še dolgo po tem, ko se je zlorabljaljoč odnos končal (Garcia-Moreno s sod., 2005).

Tudi otroci, ki so žrtve nasilja ali so le prisotni pri povzročanju nasilja enega od staršev nad drugim, imajo pogosteje zdravstvene težave, od raznih kroničnih boleznih do vedenjskih težav. Pri njih je pogostejša depresija, anksioznost in nasilje nad sovrstnicami/sovrstniki; ti otroci pogosteje naredijo samomor, uporabljajo droge in alkohol, zbežijo od doma, se ukvarjajo z mladoletniško prostitucijo in povzročijo kazniva dejanja spolnega napada (The Family Violence Prevention Fund, 2004).

Konvencija Združenih narodov o otrokovih pravicah, ki je del pravnega reda Republike Slovenije, določa upravičenost otrok do posebne skrbi in pomoči, da lahko skladno razvijajo svojo osebnost in dosežejo svoj potencial kot odrasli. V skladu z 19. členom konvencije so države pogodbenice dolžne z ustreznimi ukrepi varovati otroka pred nasiljem in zlorabo, medtem ko je pod skrbništvom staršev ali zakonitih skrbnikov.

Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije imajo zdravstvene ustanove in zaposleni v njih odločilno vlogo pri preprečevanju in zgodnjem odkrivanju nasilja, primerni obravnavi žrtev nasilja in usmerjanju v ustrezne oblike pomoči. Prav zdravstveni sistem je namreč pogosto prvi, na katerega se žrtve nasilja obrnejo po pomoč. Žal je priložnost za identifikacijo žrtev pogosto opuščena. Zgodovinsko je zdravstveni sistem že odigral pomembno vlogo v identifikaciji in preventivi široko razširjenih javnozdravstvenih problemov. Tako je realistično pričakovati, da bi bili modeli obravnave drugih kroničnih boleznih učinkoviti tudi pri obravnavi nasilja v družini (The Family Violence Prevention Fund, 1999).

Zdravstvena služba ima pri obravnavi nasilja v družini torej posebno poslanstvo, saj je edina institucija, s katero bodo v nekem trenutku svojega življenja prišle v stik skoraj vse žrtve nasilja v družini.

Obveščanje pristojnih institucij s strani strokovnih delavcev in delavk v zdravstvu ureja Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). V skladu z njim so strokovni delavci in delavke v zdravstvu o sumu nasilja v družini dolžni obvestiti pristojni center za socialno delo in/ali policijo oziroma državno tožilstvo. Prav tako so zdravstveni zavodi oziroma organizacije dolžni izvesti potrebne postopke in ukrepe za zaščito žrtve, ji nuditi ustrezno pomoč ter zagotoviti spoštovanje njene integritete.

Pričujoče smernice so tako namenjene kot pomoč vsem tistim zdravstvenim delavcem, ki prihajajo v stik z žrtvami nasilja v družini, da se opremijo z veščinami, znanjem in gotovostjo pri prepoznavanju žrtev. Tako se bodo lahko primerno odzvali in pripomogli k temu, da se razbije začaran krog nasilja v družini. Zdravstvene delavce zavezujeta zakon in etika, da si ob nasilju v družini ne zatiskajo oči in aktivno delujejo v prid žrtev. Kadar se ne želimo vmešati oziroma ko poskušamo biti nevtralni, soglašamo z ravnanjem povzročitelja nasilja, četudi to ni bil naš zavesten namen (Freire, 1970). Če torej pri žrtvah nasilja v družini ne posredujemo glede na naše pristojnosti, smo pristali na nasilno ravnanje in ga v bistvu podprli.

Smernice so zbirka priporočenih ravnanj, korakov za obravnavno otrok žrtev zlorab in nasilja ter odraslih žrtev nasilja za različne zdravstvene delavce, ki se bodo morda srečali z nasiljem v družini. Posebej so oblikovane smernice za obravnavo žrtev nasilja v družini v patronažni službi ter v ginekologiji in porodništvu. Uporabljajo se skladno s štirimi temeljnimi etičnimi pravili medicinske stroke: spoštuj bolnikovo (žrtvino) avtonomijo, ravnaj tako, da bo za bolnika (žrtev) najbolje, s svojimi ravnanji ne povzročaj škode in bodi v svojih ravnanjih pravičen ter enako obravnava enake probleme.

Pri zaključni vsebinski redakciji različnih poglavij smo besedilo smernic poslali v pregled različnim deležnikom. Pregledali so ga in dali svoje pripombe: Zbornica - Zveza zdravstvene in babiške nege Slovenije, Društvo SOS telefon, Strokovni svet za družinsko medicino, regijske koordinatorice za preprečevanje nasilja, Generalna policijska uprava, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani in predstavnice Razširjenega strokovnega kolegija za pediatrijo ter Strokovni svet za psihiatrijo. Pripombe deležnikov so bile kolikor je najbolj mogoče upoštevane.

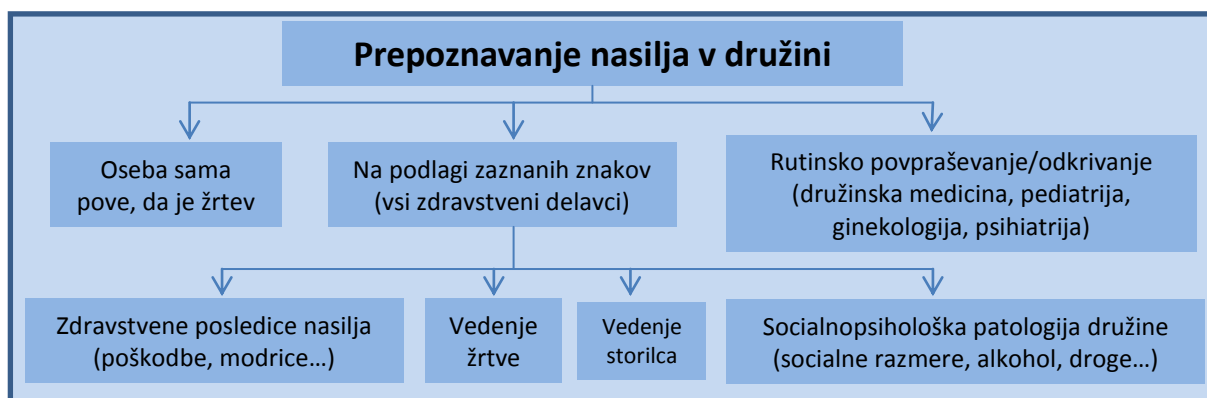
Zavedamo se, da je osnovna naloga zdravstvenih delavcev pomoč in zaščita žrtvam nasilja v družini, in ne pregon in kaznovanje oseb, ki povzročajo nasilje – to je naloga drugih institucij. V odnosu s pacientom, ki trpi zaradi nasilja v družini, poskušamo zdravstveni delavci oblikovati tako obravnavo, da bo kar najbolj usmerjena v korist žrtvam, zato je treba obveščanje drugih institucij razumeti samo tako, ne pa da bi zdravstvo prevzemalo vlogo represivnih institucij države.

Želimo, da bi bile smernice za zdravstvene delavce uporabne in v pomoč pri obravnavi žrtev nasilja ter hkrati omogočale učinkovito sodelovanje v multidisciplinarnih timih za zaščito žrtev nasilja v družini. Verjamemo, da smernice jasno opredeljujejo vlogo zdravstvenih delavcev ter njihovih poklicnih obveznosti in pristojnosti v postopku zaščite žrtev nasilja v družini.

Zdravstveni svet je potrdil Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstveni dejavnosti na seji dne 1.4.2015.

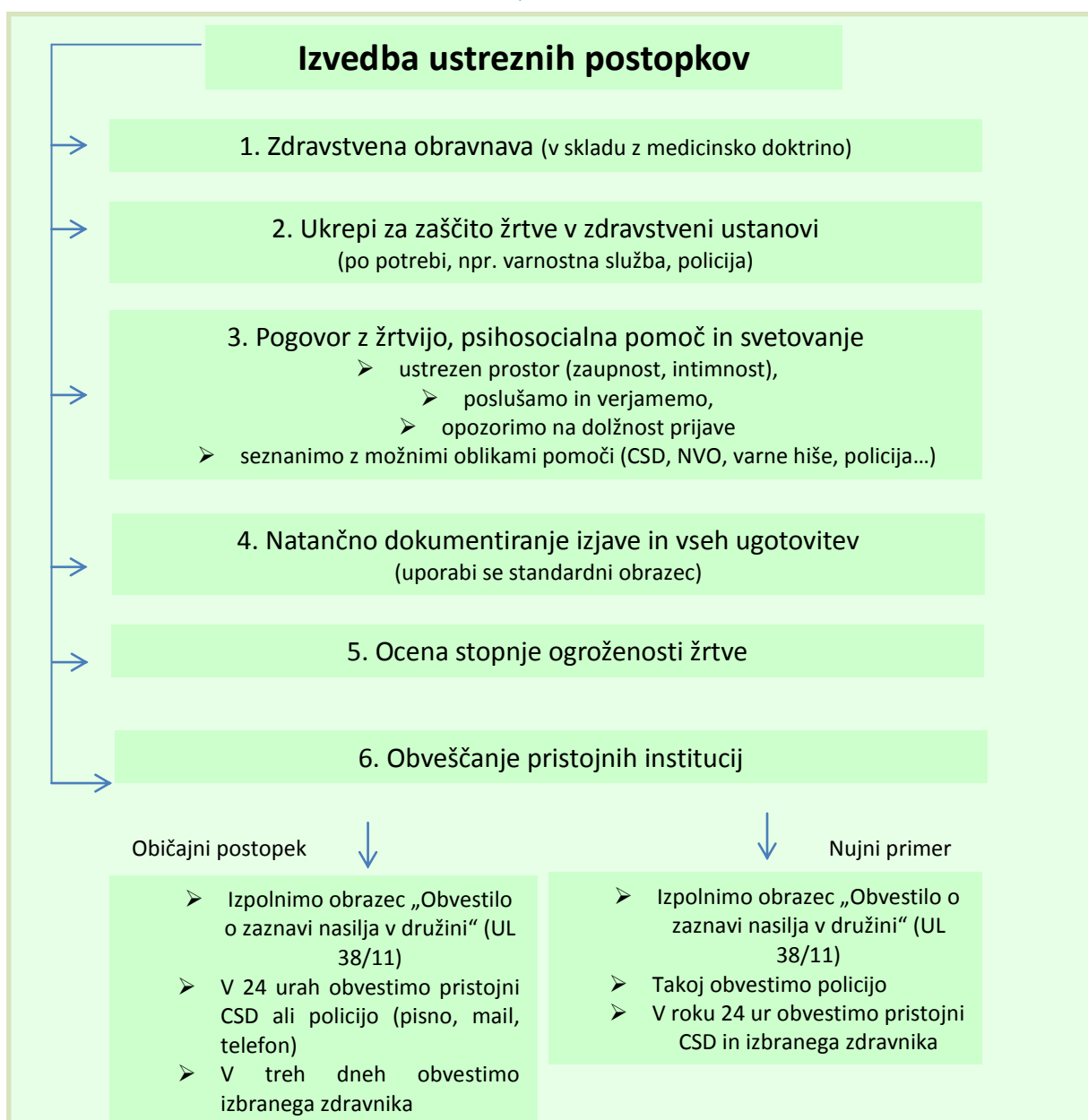
2. OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH

OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH



Žrtev nasilja

Zazan sum nasilja



3. SMERNICE ZA ZAŠČITO IN DOBROBIT OTROK TER OBRAVNAVO OTROK ŽRTEV NASILJA IN ZLORAB

Povzetek smernic

1. Otroci morajo biti zaščiteni pred zlorabo in zanemarjanjem.
2. Načelo najboljše koristi otroka je vodilno načelo pomoči in skrbi za dobrobit ter zaščito otroka.
3. Vsi smo odgovorni za dobrobit otrok in njihovo zaščito.
4. Ob sumu, da je otrok žrtev nasilja ali zlorabe, mora vsakdo, zlasti pa strokovni delavci/delavke v zdravstvu, ne glede na določbe o varovanju poklicne skrivnosti takoj obvestiti center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo.
5. Sum nasilja ali zlorabe otrok lahko sporočite osebno, po telefonu ali pisno.
6. Pred odločitvijo za formalno prijavo se lahko posvetujete v zvezi s sumom nasilja ali zlorabe otroka s strokovnjakom v pristojnem centru za socialno delo.
7. Če gre za nujno stanje in menite, da je otrok v neposredni nevarnosti (huda psihična stiska otroka, telesne poškodbe, sum spolne zlorabe), je treba takoj obvestiti policijo, ki prevzame postopek. Policija obvesti CSD ali izven poslovnega časa CSD regijsko interventno službo in čim prej tudi starša ali skrbnika otroka, če je to v otrokovo korist.

3.1 Temeljna načela pri delu z ogroženimi otroki in namen smernic

Starši ali drugi, ki jim je zaupana skrb za otroka, imajo poglobljeno odgovornost, da v skladu s svojimi sposobnostmi in gmotnimi zmožnostmi zagotavljajo življenjske razmere, ki spodbujajo otrokov telesni, duševni in socialni razvoj. Otroke je treba obvarovati pred vsemi oblikami nasilja, zanemarjanja in zlorabe. Kadar starši ali drugi, ki jim je bila zaupana skrb za otroka, ne zagotavljajo ali ne zmorejo zagotoviti otrokove dobrobiti in varnosti, je za zagotavljanje zaščite otroka in za otrokov razvoj primernega življenjskega okolja odgovoren pristojni center za socialno delo.

Tudi širša družba ima odgovornost skrbeti za dobrobit in zaščito otroka, zato je vsak posameznik, zlasti pa strokovne delavke in delavci, dolžan takoj, ko izve za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da je otrok izpostavljen nasilju ali ogrožajočemu življenjskemu okolju, ukrepati (v skladu s svojimi pooblastili in etiko). Ukrepanje in pomoč zlorabljenemu otroku morata biti takojšnja.

Poleg zagotovitve učinkovitega, hitrega in usklajenega ukrepanja ob sumu slabega ravnanja z otrokom je poleg zaščite otroka pred nadaljnjo zlorabo ključnega pomena tudi zagotavljanje ustreznih oblik pomoči otroku in družini za njihovo okrepitev in nadaljnji varen razvoj otroka.

Namen smernic

Namen smernic je pomoč pri prepoznavi ogroženega otroka in ustreznem ukrepanju ob prepoznanem sumu slabega ravnanja z otrokom. Smernice posebej poudarjajo, da imajo ob sumu slabega ravnanja z otrokom koristi in pravice otroka prednost pred koristmi in pravicami drugih udeleženk/udeležencev postopka. Namen smernic je tudi okrepiti učinkovito, hitro in usklajeno ukrepanje ter izmenjavo potrebnih informacij med posamezniki in službami, odgovornimi za zagotavljanje varnosti in skrbi za ogroženega otroka.

3.2 Zakonske podlage in obveznosti

Zdravstveni delavci imajo izjemno pomembno vlogo pri prepoznavanju žrtev nasilja in ustreznem ukrepanju ter zagotavljanju pomoči žrtvam, saj so strokovnjaki, s katerimi se bodo žrtve nasilja najverjetneje srečale. Izpostavljenost nasilju namreč pomembno vpliva na zdravje žrtve, tako na telesno kot na duševno, in posledice izpostavljenosti so dolgotrajne.

Obravnava žrtev nasilja s strani zdravstvenih strokovnjakov opredeljuje Zakon o preprečevanju nasilja v družini (Uradni list RS, št. 16/2008) (ZPND) in Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/2011).

V skladu z njima so strokovni delavci/delavke v zdravstvu dolžni izvesti potrebne postopke in ukrepe za zaščito žrtve, ji ustrezno pomagati ter zagotoviti spoštovanje njene integritete. Prav tako so o primerih suma nasilja v družini dolžni obvestiti pristojni center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo.

Ključna določila so zapisana v 5. in 6. členu Zakona o preprečevanju nasilja v družini (glej okvirček) ter 5. in 6. členu Pravilnika o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (Uradni list RS, št. 16/2008) (ZPND)

5. člen ZPND

(dolžnost ravnanja)

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

6. člen ZPND

(dolžnost prijave)

- (1) Organi in organizacije ter nevladne organizacije, ki pri svojem delu izvedo za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje, so dolžni o tem takoj obvestiti center za socialno delo, razen v primeru, če žrtev temu izrecno nasprotuje in ne gre za sum storitve kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti (glej Kazenski zakonik).
- (2) Vsakdo, zlasti pa strokovni delavci oziroma delavke v zdravstvu ter osebje vzgojno-varstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodov, mora ne glede na določbe o varovanju poklicne skrivnosti takoj obvestiti center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo, kadar sumi, da je otrok žrtev nasilja.

Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/2011)

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.

3.3 Definicija nasilja, zlorabe in slabega ravnanja z otroki

Zloraba ali trpinčenje otrok zajema vse oblike slabega ravnanja, telesnega in/ali čustvenega nasilja, spolne zlorabe, zanemarjanja, izpostavljanja otroka, ki ogroža ali dejansko škoduje otrokovemu zdravju, preživetju, razvoju ali spoštovanju, v okviru odnosa, ki obsega odgovornost, zaupanje in moč (WHO Consultation on Child Abuse and Neglect, 1999).

Izraz otrok se v smernicah nanaša na osebo, mlajšo od 18 let.

Oblike nasilja – vrste zlorab otroka

V tem poglavju so opisane osnovne oblike nasilja nad otroki in smernice, kako prepoznati otroke žrtve nasilja. Zlorabo otroka lahko razdelimo v štiri osnovne oblike: fizično nasilje, spolno nasilje, psihično nasilje in zanemarjanje otroka. Otrok je lahko izpostavljen eni ali več oblik nasilja hkrati.

Prepoznavna slabega ravnanja z otrokom je lahko očitna pri vidnih sledih telesnega kaznovanja, ki ga otrok opiše, lahko pa je zelo negotova. Razlaga, ki jo poda starš, je pogosto netočna, bodisi ker ni pripravljen razkriti resnice ali ker jo podaja starš, ki za trpinčenje otroka ali zlorabo ne ve. Otrok je lahko premlad ali zaradi posledic slabega ravnanja z njim preveč prizadet, da bi lahko opisal dogodek, starejši otrok pa je lahko preveč prestrašen ali predvsem lojalen storilcu.

Fizično nasilje in zlorabe

Fizično nasilje je vsaka uporaba fizične sile, ki povzroči bolečino, strah ali ponižanje ne glede na to, ali so nastale poškodbe. Fizična zloraba otrok vodi do resnične ali potencialne telesne poškodbe zaradi ravnanja ali opustitve ravnanja.

Nastanejo lahko poškodbe, ki so namerno povzročene ali so posledica pomanjkljive zaščite otroka.

Vedenja oziroma ravnanja, ki lahko povzročijo telesno poškodbo, so:

- klofutanje, lasanje, udarec z roko ali predmetom,
- brcanje, porivanje,
- stresanje,
- uporaba čezmerne moči pri telesnem stiku z otrokom,
- namerna zastrupitev,
- zadušitev,
- ponarejanje/induciranje bolezni,
- dopustitev ali izpostavljanje povečanemu tveganju otroka za nezgode.

Telesne poškodbe, ki so posledica fizičnega nasilja, se lahko kažejo na vseh delih telesa, vendar se na nekaterih pojavljajo pogosteje.

Za fizično nasilje oziroma zlorabo značilne spremembe na koži so podplutbe, posebno tiste s prepoznavnim vzorcem (sled prstov roke, sled stiska nadlakti z več prsti ...), podplutbe različne starosti in podplutbe na predelih, ki so manj izpostavljeni poškodbam pri nesrečah, na primer vrat ali trup. Podplutbe kot posledice nezgod so pri zdravih dojenčkih zelo redke. Opekline, ki so značilne za zlorabo, so manjše, okrogle oblike, povzročene s pritiskom cigaretnega ogorka, opekline, ki nastanejo s pritiskom vročega predmeta na kožo ali s potopitvijo otroka v vrelo tekočino.

Med zlomi kosti, ki nastanejo z namernim poškodovanjem otroka, so najpogostejši zlomi diafiz dolgih kosti okončin, posebno nadlahtnice, večkratni zlomi ali zlomi v različnih fazah zdravljenja. Posebno sumljivi zaradi posledic fizičnega nasilja so zlomi reber, lopatice, prsnice in drugi sicer pri

otrocih redki zlomi. V diferencialni diagnostiki je treba izključiti sistemske bolezni, pri katerih je povečana nagnjenost k zlomom.

Poškodbe trebuha so drugi vodilni vzrok smrti pri zlorabah otrok. Pogosto jih je težko prepoznati, saj se lahko kažejo z nespecifičnimi simptomi, kot so bruhanje, razdražljivost ali napihnen trebušček. Pri vseh otrocih, mlajših od pet let, s sumom telesne zlorabe jih je treba aktivno izključevati.

Poškodbe glave so vodilni vzrok smrti zaradi zlorabe in so najpogostejše pri otrocih do enega leta starosti. Klasična klinična slika s telesnim nasiljem povzročene poškodbe glave (angl. *abusive head trauma*), včasih poznane kot sindrom stresanega dojenčka, obsega odsotnost razlage poškodbe, subduralno krvavitev, pogosto povezano z naraščajočim možganskim edemom, retinalne krvavitve in velikokrat sočasne zlome reber ali metafiz dolgih kosti.

Sindrom Munchausen by proxy je oblika zlorabe, nanašajoča se na otroka, ki ga starš vozi k zdravnikom zaradi simptomov, ki jih je sprožil prav starš sam (skoraj izključno mati). Ta zanika kakršno koli vedenje o vzroku otrokovih težav, ki večinoma v odsotnosti matere izginejo. Sindrom Munchausen by proxy je najpogostejši pri novorojenčkih, dojenčkih in predšolskih otrocih. Matere storilke imajo večinoma poklicno izobrazbo ali izkušnje s področja zdravstvene nege. Večkrat so žrtve namišljenih bolezni tudi otrokovi sorojenci. Zaradi za otroka ogrožajočih simptomov in dejstva, da ga le-ti lahko izpostavljajo nevarnim in nepotrebnim zdravniškim posegom, je motnja za otroka ogrožajoča. Najpogosteje sproženi simptomi vključujejo zastoj dihanja, zastrupitve, epileptične napade, različne krvavitve, kožne spremembe, povišano telesno temperaturo in zvišan krvni tlak.

Spolno nasilje in zlorabe

Spolno nasilje so ravnanja s spolno vsebino, v katera je otrok prisiljen in/ali zaradi svoje stopnje razvoja ne razume njihovega pomena.

Spolna zloraba pomeni vključevanje otrok v katere koli spolne aktivnosti odrasle osebe ali osebe v poznejšem razvojnem obdobju od otroka. Spolna zloraba je tudi vključevanje otrok v spolne aktivnosti oziroma ravnanja s spolno vsebino, ki so za otroke razvojno neprimerni, jih ne morejo razumeti, nanje ne morejo dati pristanka in ki vključujejo socialno nesprejemljiva vedenja. To so dejanja, pri katerih otroka uporabi druga oseba za zadovoljitev ali spolno vzdraženje ali za zadovoljitev ali spolno vzdraženje drugih.

Primeri spolne zlorabe so:

- izpostavljanje spolnim organom ali namerno povzročeni kakršni koli spolni aktivnosti v prisotnosti otroka,
- namerno dotikanje otrokovega telesa ali nadlegovanje otroka s strani osebe ali s predmetom z namenom spolnega vzbujenja ali zadovoljitve,
- masturbacija vpričo otroka ali vključevanje otroka v dejanja masturbacije,
- spolni odnos z otrokom, oralni, vaginalni ali analni,
- spolno izkoriščanje otroka, ki vključuje pregovarjanje, opogumljanje, zahtevanje ali zaprosanje otroka ali vključevanje otroka v prostitucijo ali druge spolne aktivnosti,
- izpostavljanje otroka razkazovanju, poziranju z namenom spolnega vzbujenja, vključno s snemanjem ali fotografiranjem,
- spolna aktivnost med odraslo in mladoletno osebo (mlajšo od 15 let),
- izpostavljanje otroka spolnim vsebinam z neposrednim stikom, fotografijami, filmi,
- zavajanje, spolni komentarji, spolne kretnje odraslega do otroka,
- izsiljevanje, grožnje in prisila v spolno aktivnost.

Storilci so večinoma otroku poznane osebe, pogosteje moški, katerih odnos z otrokom pomeni prevlado moči in odgovornosti. Spolna zloraba se največkrat razkrije, ko se otrok o zlorabi zaupa vrstniku, kar je pogosto, enemu od staršev ali učitelju, ali po zaupnem telefonu za otroke v stiski. Zloraba lahko ostaja neprepoznana mesece ali leta. Pogosto povzroči tudi spremembe v otrokovem vedenju, nanjo je treba pomisliti ob seksualiziranem vedenju otroka, vodi lahko do socialnega umika, učne neuspešnosti, povečane razdražljivosti in nerazložljive agresivnosti. Pri starejših otrocih lahko vodi v samomorilno vedenje, beg od doma, ponavljanje storilčevega dejanja mlajšim, lahko se pokaže sekundarna enureza ali enkopreza ali poškodbe in okužbe genitouretralnega trakta.

Psihično nasilje in čustvena zloraba

Psihično nasilje je ravnanje, s katerim povzročitelj nasilja povzroči pri otroku strah, ponižanje, občutek manjvrednosti, ogroženosti in druge duševne stiske. Psihično nasilje nad otrokom je stalen vzorec verbalne zlorabe, čustvene zlorabe, ravnanja in vplivov, ki otroku dajejo občutek, da ni vreden, ljubljen, zaželen.

Čustvena zloraba je običajno odnos med staršem/skrbnikom in otrokom, in ne posamezen dogodek ali vzorec dogodkov. Prisotna je takrat, kadar niso izpolnjene otrokove potrebe po naklonjenosti, potrditvi, doslednosti in varnosti. Čustvena zloraba se lahko kaže kot:

- pripisovanje negativnih značilnosti, ki se kaže kot nenehno kritiziranje, sarkazem, sovražnost ali zvrčanje krivde na otroka,
- pogojevanje naklonjenosti, nege z otrokovimi dejanji, grožnje z zapustitvijo,
- čustvena nerazpoložljivost enega od staršev,
- prezgodnje nalaganje odgovornosti otroku,
- premalo zaščite ali pretirana zaščita otroka,
- odtegotanje pozornosti,
- nedoslednost v odzivih na otrokova dejanja,
- neprimernost izraženih zahtev in pričakovanj do otroka,
- izpostavljanje otroka nasilju v družini,
- izpostavljanje nasilju na splošno in nasilnim ali grozljivim vsebinam,
- žalitve, zasmehovanje, manipuliranje, zastraševanje, sramotenje.

Posledice psihičnega nasilja oziroma čustvene zlorabe se lahko kažejo v otrokovem vedenju, mišljenju, čustvovanju ali telesnem zdravju. Primeri tega vključujejo ne-varen tip primarne navezave otroka, ne-organske vzroke za zaostanek v rasti, stisko, nizko samospoštovanje, zaostajanje v doseganju učnih ali razvojnih dosežkov, socialno plahost, agresivno vedenje do oseb, ki so mlajše ali šibkejše od otroka, kruto vedenje do živali. Meja resne oškodovanosti je presežena, ko zlorabljaljoči odnosi prevladujejo in postajajo značilni za odnos med otrokom in staršem/skrbnikom.

Psihično nasilje je najpogostejša oblika zlorabe otrok in je hkrati med vsemi najredkeje obravnavana. Ima lahko dolgotrajne posledice za otrokov razvoj, poškoduje otrokov odnos do sebe, zmožnost ustvarjanja zdravih medosebnih odnosov in zmožnost otrokovega delovanja doma, v šoli in med vrstniki. Čustvena zloraba lahko zaznamuje zmožnost zaupanja drugim.

Zanemarjanje

Zanemarjanje je oblika nasilja, kadar starši, skrbniki ali tisti, ki so kako drugače dolžni skrbeti za otroka, opuščajo dolžno skrb za otroka, ustrezno njegovi starosti, razvoju in individualnim značilnostim. Zanemarjanje se kaže kot nezadovoljevanje osnovnih otrokovih potreb, kar privede do resne oškodovanosti ali nenapredovanja v razvoju zaradi nezadovoljive prehrane, telesne nege, neprimerne obleke, pomanjkanja toplote, spanja, skrbi za otrokovo zdravje, pomanjkanja nadzora, dnevnih rutin, učenja pravil, navezanosti in naklonjenosti odraslih, pomanjkanja čustvene toplote, izkazovanja ljubezni, sprejetosti in pomanjkanja spodbud k razvojno primernim aktivnostim in kognitivnemu razvoju.

Posledice zanemarjanja se pri otroku običajno kažejo različno bolj v nekem obdobju kot v posameznem trenutku: otrok s ponavljajočimi se manjšimi poškodbami najverjetneje ni imel zadostnega nadzora ali varnosti, otrok, ki nenehno manjka v šoli, je lahko prikrajšan za intelektualne spodbude. Za očitno oškodovanost gre tudi, ko nezadovoljene otrokove potrebe prizadenejo njegovo blagostanje ali razvoj.

3.4 Smernice za odkrivanje in prepoznavanje otrok žrtev nasilja in zlorab

Prepoznavanje nasilja in zlorabe otroka

Prepoznavanje nasilja in zlorabe otroka je pogosto težka, saj nanjo lahko kažejo zelo različni znaki. V nadaljevanju je naveden seznam znakov nasilja in zlorabe otroka. Nobeden od posameznih znakov sam po sebi ne dokazuje zlorabe, saj je lahko tudi posledica drugih stanj. Zato je vse znake in simptome treba obravnavati v okviru vsega, kar je povezano z otrokom in družinskimi okoliščinami. Prepoznavanje zlorabe je kompleksen proces, h kateremu smo zavezani vsi strokovni delavci, ki se z otroki srečujemo pri svojem delu. Nепrepoznana zloraba ali neustrezna obravnava primera prepoznane zlorabe ali slabega ravnanja otroka izpostavlja novim zlorabam in ima dolgoročne negativne posledice za njegovo zdravje.

Dejavniki tveganja za slabo ravnanje z otrokom so šibke starševske veščine, stresni dejavniki, kot so socialne težave, slabe stanovanjske razmere ali preobremenjenost staršev, značilnosti otroka, kot so težaven temperament ali posebne potrebe otroka ter šibka navezanost staršev na otroka, ki je lahko posledica neželene nosečnosti ali zgodnje separacije otroka od staršev/skrbnika.

Zmožnost razkritja zlorabe otroka je odvisna od osebne pripravljenosti posameznika, da sprejme dejstvo o možnosti zlorabe, kakor tudi od znanja in informiranosti posameznika, ki je v stiku z otrokom. Prepoznavanje zlorabe otroka običajno vključuje tri faze:

- sum zlorabe,
- iskanje znakov zlorabe,
- beleženje informacij.

Sum zlorabe

O sumu zlorabe je treba razmisliti, kadar otrok kaže znake poškodbe, za katero ni mogoče najti razumne razlage. Nanj je treba pomisliti tudi, kadar otrok deluje prizadet brez jasnega razloga ali kaže trajajoče ali novonastalo težavno vedenje. Na možnost zlorabe je treba pomisliti tudi, ko je otrokov odziv na vedenje staršev nenavaden ali se nanje odziva s strahom.

Iskanje znakov nasilja in zlorabe otroka

Znaki nasilja in zlorabe otroka se lahko kažejo na telesu, v otrokovem vedenju ali v njegovem razvoju.

Lahko se kažejo v odnosu do staršev/skrbnikov ali med otrokom in drugimi družinskimi člani/drugimi osebami. Več hkrati prisotnih znakov zanesljiveje govori o možnosti nasilja. Otroci, ki so bili žrtve nasilja ali zlorabe, včasih skrivajo, da se jim je kar koli zgodilo, včasih pa o tem odkrito spregovorijo. Otrokovo razkritje je vedno treba vzeti zelo resno. Manj očitne znake lahko dodatno osvetlimo v pogovoru z otrokom brez postavljanja direktnih vprašanj. Igralna situacija, kot je na primer risanje ali pripovedovanje zgodb, lahko razkrije te informacije.

Nekateri znaki bolj verjetno govorijo za nasilje ali zlorabo kot drugi:

- razkritje zanemarjanja ali zlorabe s strani otroka ali mladostnika samega,
- starosti neustrezna ali nenormalna spolna igra ali vedenje o spolnosti,
- posamezne poškodbe ali vzorec poškodb,
- bežanje od doma ali iz institucije,
- poskus samomora,
- prežgodnja nosečnost ali spolno prenosljive bolezni,
- istočasno prisotni znaki iz ene ali več kategorij, na primer znaki zaostanka v razvoju in telesnih poškodb.

Obširnejši pregled znakov, pri katerih posumimo, da je otrok žrtev nasilja ali zlorabe, je naveden v tabeli 1.

Večina znakov zlorabe ni specifična in jih je treba obravnavati celostno glede na otrokovo socialno in družinsko okolje. Vedno je treba razmišljati tudi o možnih drugih vzrokih telesnih ali vedenjskih znakov zlorabe. Včasih je za razjasnitev sumov zlorabe potrebna specialistična obravnava (pedopsihiatrična, ginekološka ...).

Znaki, pri katerih posumimo, da je otrok žrtev nasilja in zlorabe

Tabela 1: Možni znaki nasilja in zanemarjanja

Možni znaki fizičnega nasilja in zlorabe	
Fizični znaki	<ul style="list-style-type: none"> – poškodbe dojenčka, ki sam še ni mobilni, zlasti poškodbe glave in obraza – poškodbe malčka ali starejšega otroka, za katere ni razlage ali se razlaga ne ujema s poškodbami oziroma se razlogi za nastanek poškodbe nenehno spreminjajo – poškodbe, ki so v različnih stadijih celjenja – poškodbe, ki imajo značilen vzorec (odtis prstov roke) ali so videti, kot da so bile povzročene z določenim predmetom (s palico, zaponko) – podplutbe na nenavadnih mestih (ušesa, trup, zadnjica)
Vedenjski znaki	<ul style="list-style-type: none"> – strah ali nasprotovanje odhodu domov, beg od doma – kaže neobičajne agresivne reakcije, reakcije besa in izbruhe jeze – trzne ob dotiku ali če se mu kdo nepričakovano približa – spremembe v učnem uspehu ali prisotnosti pri pouku – umik od družine, prijateljev in nekoč priljubljenih dejavnosti – negativna samopodoba (opisuje se kot slabo osebo, meni, da je kazen zaslužena, se umika vase) – samomorilne misli ali avtodestruktivno vedenje (samopoškodovanje, poskus samomora, ekstremno tvegano vedenje)

Možni znaki spolnega nasilja in zlorabe
<p>Fizični znaki</p> <ul style="list-style-type: none"> – nerazložljiva in vztrajna bolečina, poškodba, krvavitev ali neobičajen izcedek iz genitalnega ali analnega predela – nosečnost – spolno prenosljive okužbe
<p>Vedenjski znaki</p> <ul style="list-style-type: none"> – hiperseksualizirano vedenje – sodeluje pri starosti neprimernih spolnih aktivnostih ali kaže starosti neprimerno znanje o spolnosti (npr. pri risanju ali igri) – drugega otroka sili k spolnim aktivnostim – vtikanje predmetov v nožnico ali danko – spolno vsiljivo vedenje do odraslih – prejema darila, nova oblačila ali denar nepojasnjene izvora – spremembe v učnem uspehu ali prisotnosti pri pouku – skrivnostnost o »novih« prijateljih, dejavnostih, telefonskih klicih ali uporabi interneta – nepojasneni zaostanki v razvoju – vključevanje v aktivnosti spolnega izkoriščanja, izvajanje spolnih aktivnosti za denar – škodljiva raba alkohola in prepovedanih drog, tatvine – trzne ob dotiku – enureza, enkopreza

Možni znaki psihičnega nasilja in zlorabe
<p>Fizični znaki</p> <ul style="list-style-type: none"> – močenje postelje in/ali pogosta driska – pogoste psihosomatske pritožbe, glavoboli, slabost, bolečine v trebuhu
<p>Vedenjski znaki</p> <ul style="list-style-type: none"> – razvojni zaostanki na duševnem ali čustvenem področju – osamljenost, nima prijateljev, se ne pritožuje nad socialno izključenostjo – starosti neprimerna vedenja – strah pred neuspehom, pretirano visoke zahteve, nenaklonjen igri – strah pred posledicami dejanj, zato uporablja laganje – pretirano umikanje ali agresija, nihanje razpoloženja – pretirana ubogljivost, pretirano lepo vedenje – pretirana redoljubnost in čistoča – pretirano iskanje pozornosti – slabi medvrstniški odnosi – hudo izražena depresija, samomorilno vedenje – poskusi bega – nasilje je tema v umetniškem/literarnem izražanju – prepovedani stiki z drugimi otroki – ne kaže strahu pred neznanci – nenavadno izrazita tesnoba ali zaskrbljenost

Možni znaki zanemarjenja
<p>Fizični znaki</p> <ul style="list-style-type: none"> – poškodbe, kjer je bila zdravstvena oskrba odložena ali opuščena – poškodbe, nastale zaradi pomanjkanja nadzora – zdravstvene ali zobozdravstvene potrebe, ki so dosledno zanemarjene – zastoj v otrokovem razvoju, za katerega ni mogoče odkriti somatskega vzroka – oblačila dosledno vremensko neprimerna – stalni občutki lakote – nezdrava in neprimerna prehrana – slaba telesna higiena
<p>Vedenjski znaki</p> <ul style="list-style-type: none"> – iskanje, kopičenje, kraja hrane – razvojni zaostanek zaradi pomanjkanja spodbud iz okolja – pogosta odsotnost od pouka – neprimerno prevzemanje vloge skrbnika za starša ali sorojenca – utrujenost ali nezmožnost osredotočenja pozornosti pri pouku – žalost ali nerazpoloženost – nasprotuje odhodu domov, pripoveduje ali daje vtis, da je veliko sam doma, brez nadzora – škodljiva raba alkohola in prepovedanih drog, tatvine – se ne odziva na naklonjenost in spodbude

Možni znaki zastoja v razvoju
<p>Otrok, ki je prenehal rasti in/ali je pomembno izgubil na telesni teži, lahko trpi zaradi sindroma zastoja v razvoju. Potrebna je strokovna zdravstvena ocena, ali gre za somatski ali nesomatski izvor.</p>
<p>Fizični znaki</p> <ul style="list-style-type: none"> – bledičnost, shujšanost, upadla, udrta lica – indeks telesne mase je zelo nizek (npr. gube na zadnjici) – izsušena koža zaradi dehidracije – nedoseganje pomembnih razvojnih mejnikov v časovnih okvirih (npr. ne drži glave pokonci v starosti šestih mesecev, ne hodi pri osemnajstih mesecih)
<p>Vedenjski znaki</p> <ul style="list-style-type: none"> – letargičen/zaspan in nezahteven (npr. zelo malo joka) – ne kaže zanimanja za okolje – malo se giblje, premika (npr. nepremično leži v postelji)

B. C. Handbook for Action on Child Abuse and Neglect, 2007

Posebno ranljivi otroci

Nekateri otroci so bolj ogroženi za možnost zlorabe kot drugi. Med bolj ogroženimi so otroci z oviranostjo, brezdovski otroci in otroci, ki so zaradi kakršnih koli razlogov ločeni od svojih staršev ali svojih družinskih članov ter odvisni od drugih, da poskrbijo za njihovo nego in varnost, vedenjsko moteni otroci, nezaželeni otroci.

Smrtna zloraba otroka

V tragičnih okoliščinah, ko otrok umre za posledicami zlorabe ali zanemarjanja, je treba obravnavati tri ključne vidike: kriminalno dejanje, zaščito otrok in žalovanje.

Takoj je treba obvestiti policijo in upoštevati njena navodila v zvezi s posmrtnimi ostanki in drugimi pomembnimi zadevami zaradi nadaljnje preiskave.

Vidik zaščite otroka je neposredno pomemben, če so v družini/istem okolju prisotni še drugi otroci in je zato potrebno takojšnje posredovanje policije. Ob tragični smrti otroka, ki ni bila pričakovana znotraj 24 ur pred dogodkom, je treba primer analizirati, da se ugotovi, kaj bi bilo mogoče narediti drugače, da bi nesrečno smrt otroka lahko preprečili. Z izsledki analize bi lahko izboljšali sistem prepoznavne in zavarovanja ogroženih otrok.

Spoštovati je treba potrebe družinskih članov in jim omogočiti žalovanje ter slovo od preminulega otroka.

3.5 Odkrivanje in prepoznavanje otrok žrtev spolnih zlorab

Če pediater na primarni ravni zdravstvenega varstva posumi na spolno nasilje pri otroku, je treba otroka napotiti v bolnišnico s pediatričnim oddelkom, kjer ga pregledajo v skladu s Protokolom za pregled otroka, pri katerem je podan sum spolne zlorabe, ki je priloga teh smernic.

3.6 Izvedba ustreznih postopkov ob zaznavi otroka kot žrtve nasilja in zlorabe

Zdravstvena obravnava otroka žrtve nasilja in zlorabe

Žrtev nasilja obravnavamo v skladu s sprejeto medicinsko doktrino. Na znake zlorabe ali slabega ravnanja z otrokom smo pozorni pri vseh sistematskih preventivnih pregledih otrok kot tudi pri kurativnih pregledih v pediatričnih ambulantah. Prav tako morajo biti na znake zlorabe pozorni vsi drugi zdravstveni delavci, ki obravnavajo otroke (v travmatoloških ambulantah).

Pregled otroka s sumom telesne zlorabe zajema natančno jemanje anamneze od obeh staršev ali otrokovih skrbnikov. Ob zlomih, ki vzbujajo sum zlorabe, pri mlajših od dveh let je pomemben pregled celotnega skeleta in poškodb glave ter izključitev prisotnih retinalnih krvavitev, ki lahko nastanejo kot posledica poškodbe glave. Pri sumu, da je poškodovana glava, je pomembno aktivno izključevanje vseh drugih možnih sočasnih poškodb. Poškodbe glave so lahko pri otrocih, ki preživijo, razlog za dolgoročne nevrološke posledice.

Pomembno je o nastanku poškodbe povprašati tudi otroka samega brez prisotnosti staršev. Pomirimo ga in mu vnaprej zagotovimo varnost. V pogovoru uporabljamo vprašanja odprtega tipa, ki ne sugerirajo naših vnaprejšnjih prepričanj, sumov ali predvidevanj.

Anamnezo in tudi vse izsledke telesnega pregleda je treba natančno dokumentirati.

Pri jemanju anamneze moramo biti pozorni na nekatere kazalce, ki vzbujajo sum možnosti telesne zlorabe. To so 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 (npr. plezanje na visok predmet), zakasnjeno iskanje pomoči in obiskovanje vrste zdravnikov drugega za drugim zaradi nestrinjanja z ugotovitvami. Pri vseh pregledih otrok, ki vzbujajo sum zlorabe, je treba povprašati starša o načinih discipliniranja oziroma kaznovanja otroka.

Presejalni vprašalnik za ugotavljanje zlorabe, ki se uporablja pri vsaki ambulantni obravnavi poškodovanega otroka

1. Se anamneza ujema?
2. Je bila zdravniška pomoč poiskana z nepotrebno zakasnitvijo?
3. Ali se nastanek poškodbe ujema s stopnjo otrokovega razvoja?
4. So vedenje otroka, vedenje skrbnika in njuna interakcija primerni?
5. Se ugotovitve pregleda otroka ujemajo s podano anamnezo?
6. Obstajajo še kakršni koli drugi znaki, ki porajajo dvome o varnosti otroka ali drugega družinskega člana? Če obstajajo, opišite znake, ki vzbujajo zaskrbljenost.

Louwens EC in sod., Pediatrics. Sept., 2012

Ukrepi za zaščito žrtve v zdravstveni ustanovi

Sočasno z izvajanjem ustrezne zdravstvene obravnave je treba v zdravstvenem zavodu zagotavljati tudi varnost otroka, obravnavanega zaradi suma zlorabe. Če je potrebno, tudi z varnostno službo ali posredovanjem policije.

Če je bil povzročitelju nasilja izrečen ukrep prepovedi približevanja in je žrtev nasilja hospitalizirana, je treba o tem obvestiti zaposlene na oddelku, da ji bodo lahko zagotovili ustrezno zaščito in ob kršitvi tega ukrepa takoj obvestili policijo. Za to je odgovoren predstojnik oddelka.

Pogovor z ogroženim ali zlorabljenim otrokom in zagotovitev psihološke pomoči

Pogovor z otrokom, ko pove, da doživlja nasilje ali zanemarjanje

Otroci, ki so žrtve nasilja, so posebno ranljivi, prav zato smo v pogovoru z njimi previdni, da jih še dodatno ne vznemirjamo. Pri pogovoru z otrokom upoštevamo njegovo starost in stopnjo zrelosti.

V pogovoru z otrokom je priporočljivo upoštevati naslednje usmeritve:

– Ostanite mirni in poslušajte

Ostanite mirni, razumevajoči, pa vendar do neke mere nevtralni, in poslušajte. Z umirjenim odzivanjem otroka spodbudimo, da pripoveduje o tem, kaj se je zgodilo. Hkrati mu tako sporočamo, da se je mogoče o njegovih doživetjih pogovarjati in jih skupaj obravnavati.

– Sprašujte previdno in počasi

Povsem običajno je, da sprva ne veste, kako bi se odzvali, ko vas otrok seznaní z nasiljem ali zanemarjanjem, ki ga doživlja. Zato ne prehitite vprašati, primerno je na primer reči: »Ali mi lahko še kaj poveš o tem, kar se je zgodilo?«

– Spodbujajte otroka

Potolažite ga in mu zagotovite, da ni storil nič narobe. Otroci potrebujejo veliko spodbujanja, ko se pogovarjajo o nasilju ali zanemarjanju.

V pogovoru mu skušajte sporočiti:

– da je z vami varen,

– da je prav, da se vam je zaupal,

– da vam je žal, da se mu je nasilje zgodilo,

– da boste naredili vse, da bi mu zagotovili ustrezno pomoč,

– da poznate osebe, ki se jim lahko zaupa, da bodo pomagale reševati težave.

– Pridobite zgolj ključne podatke

Ko ste pridobili osnovne podatke, na podlagi katerih sumite, da se je nasilje zgodilo, prenehajte iskati dejstva in raje spodbujajte otroka. Otrok bo verjetno vključen še v številna izpraševanja, zato omejite svoja poizvedovanja na ugotovitev o tem, kaj se je sploh zgodilo. Če potrebujete več informacij, omejite svoja vprašanja na kako, kdaj, kdo in kaj. Izogibajte se spraševanju zakaj, saj to lahko daje otroku vtis, da je naredil nekaj narobe in poveča njegov odpor do pogovora.

– Povejte otroku, kaj se bo zgodilo

Otroci, ki razkrijejo nasilje, so vznemirjeni in ranljivi, skrbi jih, kaj si osebe mislijo o njih in kaj se bo v prihodnje zgodilo. Povejte jim samo to, kar v resnici veste (npr. da niso v težavah, ker so nasilje razkrili, in da jim boste pomagali), in se izogibajte obljubam. Ne obljubite, da osumljeni storilec ne bo kaznovan. Otroka tolažite in ga realno in utemeljeno spodbujajte. Pogovarjate se o tem, kaj se bo v naslednjem koraku zgodilo in kdo bo pri tem vključen.

– Zapišite si čim več

Po otrokovem razkritju si zapišite čim več. To bo pripomoglo k večji točnosti pri obveščanju o nasilju.

Pogovor z otrokom, ki ima znake nasilja, zlorabe ali zanemarjanja

Otroci neposredno vedno ne razkrijejo oziroma ne povedo, da doživljajo nasilje ali zlorabo, in včasih niso očitni niti znaki nasilja/zlorabe ali zanemarjanja. Kadar pa opazite znake in želite preveriti svoj sum ter se želite z otrokom pogovoriti o možnem nasilju ali zanemarjanju, je priporočljivo slediti naslednjim usmeritvam:

– Previdno izberite svoj pristop oziroma način pogovora

Otrok se bo morda bal in se ne bo želel pogovarjati o tem, kar se je zgodilo.

– Bodite mirni

Če boste vznemirjeni ali kazali močna čustva, se otrok lahko zapre vase in umakne.

– Varno okolje

Za pogovor potrebujete dovolj časa in mirno okolje, v katerem se bo otrok počutil varnega. V takem okolju je več verjetnosti, da se vam bo zaupal.

– Bodite nepristranski

Ko sprašujete o razlogih za prisotnost znakov, ki ste jih opazili, skušajte svoje bojzani in skrb izraziti nepristransko in objektivno.

– Pozorno poslušajte

Bodite pozorni in otroku izrazite svoje zaupanje vanj. S tem izražate in pokažete svojo iskreno skrb za njegovo varnost in dobrobit.

Dokumentiranje ugotovljenih znakov in izjav otroka žrtve nasilja in zlorabe

Ob sumu zlorabe je treba utemeljiti razloge za zaskrbljenost s pridobitvijo čim več informacij. Opazanja morajo biti natančno zabeležena, skupaj z datumom, časom, imeni, lokacijo, okoliščinami, izjavami žrtev in ugotovljenimi zdravstvenimi posledicami nasilja (fizične in psihične) ter drugimi podatki, ki so lahko pomembni. Na primer: vidne spremembe na koži je treba natančno opisati, skupaj z barvo, obliko, lego, če je mogoče, tudi fotografirati.

Dokumentacija mora biti čim bolj natančna in popolna, saj bo morda kdaj v prihodnje služila kot dokazno gradivo v postopku na sodišču. Hrani se v zdravstveni instituciji v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ) (Uradni list RS, št. 65/2000).

V pomoč pri beleženju ugotovljenih znakov zlorabe ali slabega ravnanja z otrokom je standardiziran obrazec, ki ga mora imeti vsaka zdravstvena organizacija – Dokumentiranje obravnave otroka ob sumu nasilja in zlorabe. Obrazec je priloga teh smernic.

Pri zapisovanju dejstev, ki jih navaja otrok, uporabite njegove besede, povedano označite s premim govorom, tako ne bo sporno, da gre za otrokove izjave in ne za vaše interpretacije.

Ocena trenutne ogroženosti otroka žrtve nasilja in zlorabe z zdravstvenega vidika

Po zdravstveni obravnavi in pogovoru z žrtvijo lahko izhaja:

- a) otroka je treba zaščititi pred nasiljem – visoka stopnja ogroženosti,
- b) otrok in družina potreujeta druge načine podpore in pomoči – srednja stopnja ogroženosti,
- c) otroka ni treba zaščititi in tudi druge storitve niso potrebne – osnovna stopnja ogroženosti.

- a) Otroka je treba zaščititi pred nasiljem in zlorabo

Taka odločitev se sprejme, kadar je otrok doživel škodo (fizično, psihično) zaradi nasilja in zlorabe ali okoliščine primera kažejo, da je ogrožen in da obstaja utemeljen razlog za nastanek škode pri tem otroku ali drugih otrocih v družini. Preveri se utemeljenost hospitalizacije otroka za takojšnjo zaščito otroka, izločitev iz ogrožajočega okolja in izvedbo ustreznih postopkov.

- b) Otrok in družina potreujeta druge načine podpore in pomoči

Taka odločitev se sprejme, če otrok ni doživel škode niti ni verjetno, da bi škoda pri otroku v družini lahko nastala, vendar je stanje v družini tako, da je malo verjetno, da bo otrok lahko dosegel optimalno raven zdravja in razvoja ali pa se bosta njegovo zdravje in razvoj poslabšala brez zagotavljanja nekaterih vrst pomoči različnih organov in organizacij.

- c) Otroka ni treba zaščititi in tudi druge storitve niso potrebne

Primer se zaključí.

Obveščanje pristojnih institucij in prijava nasilja ali zlorabe otroka

Sledi opis standardnega postopka obveščanja pristojnim institucijam, odgovornim za zaščito otrok. Temeljni načeli v postopku prijave nasilja in zlorabe otroka sta:

- prvo vodilo je zagotoviti varnost in dobrobit otroka,
- o sumu zlorabe otroka je treba brez odlašanja obvestiti pristojne organe.

Odgovornost prijave suma nasilja

Na dejstvo, da so otroci lahko žrtve zlorabe in slabega ravnanja, mora biti pozoren vsakdo. Sum zlorabe otroka je dolžan prijaviti vsak, ki sum zazna, posebno odgovornost imajo pri tem zdravstveni delavci, ki so zaradi narave svojega dela v stalnem stiku z otroki.

Priporočeno je, da imajo zdravstveni zavodi in druge institucije, ki se vključujejo v delo in skrb za otroke, izbrano pristojno osebo, odgovorno za zaščito otrok in postopke za zaščito ogroženih otrok. Ob zaznanem sumu nasilja oziroma sumu zlorabe otroka mora v skladu z zakonom zdravstveni zavod v 24 urah obvestiti pristojni center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo.

V nujnih primerih, ko je ogroženo otrokovo življenje, je treba takoj obvestiti policijo, najpozneje v 24 urah pa tudi pristojni center za socialno delo in otrokovega izbranega zdravnika. Policija bo po potrebi vključila v obravnavo tudi regijsko interventno službo.

Razlogi za obveščanje o zaznavi nasilja v družini

Pristojne službe je treba obvestiti vedno, kadar obstaja sum, da je otrok žrtev nasilja ali zlorabe.

Primeri, ki pomenijo sum zlorabe:

- specifična indikacija otroka, da je bil žrtev zlorabe,
- poročilo osebe, ki je bila priča zlorabi otroka,
- dokazi, kot so poškodbe ali vedenje, ki so posledica nasilja in je malo verjetno, da bi bili povzročeni kako drugače,
- poškodba ali vedenje, ki bi lahko bilo posledica nasilja in tudi drugih vzrokov, vendar so prisotni še drugi kazalci, ki podpirajo sum, da gre za zlorabo,
- jasni kazalci, prisotni v določenem časovnem obdobju, da je otrok žrtev čustvenega ali telesnega zanemarjanja.

Standardiziran postopek obveščanja o zaznavi nasilja v družini

Obvestilo o zlorabi otroka posredujemo pisno ali elektronsko ali sporočimo po telefonu. Informacijo po telefonu je treba najpozneje v treh dneh poslati tudi pisno. Obvestilo o zaznavi nasilja v družini najpozneje v treh dneh pošljemo v vednost tudi izbranemu zdravniku žrtve.

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 (Uradni list RS, št. 38/2011; obrazec je tudi v prilogi teh smernic). Obvestilo o zaznavi nasilja podpišejo zdravnik 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.

Podatki, potrebni pri vložitvi obvestila o zaznavi nasilja v družini

Zmožnost strokovnih služb, odgovornih za zagotavljanje zaščite in varnosti otrok, da opredelijo sum zlorabe otroka, temelji tudi na obsegu in kakovosti podatkov, ki jih prejmejo od osebe ali organizacije (v nadaljevanju: osebe, ki obvešča/prijavitelja) v zvezi z razlogi podanega suma. Navesti je treba čim več naslednjih informacij:

- ime, naslov in starost otroka/otrok), za katerega/re je podan sum nasilja;

- ime otrokove šole;
- telefonska številka in poklic prijavitelja;
- odnos prijavitelja z otrokom;
- celostna obrazložitev razlogov za prijavo v zvezi z dobrobitjo in varovanjem otroka/otrok, npr. podrobnosti obtožbe, dogodka, datumov;
- opis znakov, ki pričajo o nasilju nad otrokom (poškodbe, bolezni, vedenje žrtve in povzročitelja ...);
- skica mesta in obsega vseh vidnih poškodb, fotografije vidnih poškodb (če je izvedljivo),
- rentgenske slike, laboratorijski izvidi po potrebi, diagnoze;
- imena in naslovi staršev/skrbnikov otroka ali otrok;
- imena preostalih otrok v gospodinjstvu;
- ime, naslov in podrobnosti o osebi, ki je razlog za zaskrbljenost za otroka;
- mnenje otroka in/ali staršev, če je znano in relevantno;
- imena in naslovi drugih oseb ali organizacij, odgovornih za otroka, npr. izbrani zdravnik, socialni delavec, patronažna sestra, policija ...;
- ocena ogroženosti;
- opis dane pomoči ali izvedenih ukrepov;
- katere koli druge pomembne informacije.

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.

Vsaka zdravstvena institucija mora imeti pripravljen obrazec, v katerega zabeleži zaznani sum slabega ravnanja z otrokom (ali zlorabe otroka), ki naj vključuje vse zgoraj navedene podatke. Obrazec za dokumentiranje obravnave otroka žrtve nasilja je tudi priloga teh smernic.

Retrospektivno razkritje v odraslosti

Vse več odraslih razkrije zlorabo, ki se jim je zgodila v otroštvu. Taka razkritja se pogosto zgodijo med svetovanjem ali obravnavo v odrasli dobi. Ključno je ugotoviti, ali obstaja v sedanjem trenutku kakršno koli potencialno tveganje za katerega koli otroka, ki je zdaj v stiku z razkritim storilcem.

Če obstaja kakršno koli potencialno tveganje za otroka, ki je morda v stiku z razkritim storilcem, mora svetovalc ali zdravstveni delavec brez odlašanja o sumu obvestiti pristojni center za socialno delo.

Odrasli osebi svetujemo, kam se lahko obrne po pomoč.

Zloraba zunaj družine

Otroka lahko zlorablja tudi odrasla oseba, ki ni del otrokove ožje družine. To se lahko dogaja, ko je otrok v stiku s članom razširjene družine, prijateljem ali na srečanju z odraslim, ki je zaradi svoje poklicne dejavnosti v stiku z otrokom. O takem sumu zlorabe je treba obvestiti pristojni center za socialno delo enako kakor za zlorabo otroka znotraj družine.

Zaupnost

Učinkovita zaščita otroka je pogosto odvisna od pripravljenosti strokovnega osebja in prostovoljnih organizacij, ki so v stiku z otrokom, za delitev in izmenjavo pomembnih informacij. Zato je ključno razumeti poklicno in zakonsko odgovornost glede zaupnosti in izmenjave informacij.

Vsi podatki v zvezi s sumom ali obravnavo zlorabe otroka morajo biti v interesu otroka izmenjani po načelu »treba je vedeti«.

Na podlagi varovanja poklicne skrivnosti ne sme biti opuščena nobena od zakonsko opredeljenih aktivnosti. Osebe, ki delajo z otrokom in družino, se morajo o tem pred vsemi jasno opredeliti.

Etične in ustavne določbe, ki se nanašajo na zaupnost podatkov, so splošne smernice. Niso namenjene omejevanju ali preprečitvi izmenjave podatkov med posameznimi strokovnimi delavci, ki so odgovorni za zagotavljanje otrokove varnosti. Posredovanje podatkov drugim zaradi zagotavljanja otrokove varnosti ne pomeni kršitve zaupnosti.

Pomembno je razumeti, da podatki, pridobljeni z določenim namenom, ne smejo biti uporabljeni za drug namen brez posvetovanja z osebo, ki je podatke dala.

Področje zaupnosti mora biti del obveznega usposabljanja osebja, ki dela na področju skrbi za dobrobit in zaščito otrok, ter splošnega usposabljanja osebja v organizacijah, ki delajo z otroki. Vsaka organizacija mora imeti v zvezi s tem napisana načela.

3.7 Protokol za pregled otroka, pri katerem je podan sum spolne zlorabe

Če pediater ob pregledu otroka posumi na spolno zlorabo ali telesno nasilje, opravi telesni pregled otroka po naslednjem protokolu. Ob utemeljenem sumu obvesti policijo na telefon 113 in v dopoldanskem času pristojno socialno službo. V dežurni službi obvesti policijo na telefon 113. Policija obvesti regijsko interventno službo centrov za socialno delo, ki se vključi v obravnavo. Policist, ki otroka pripelje, mora imeti pooblastilo, da se opravi preiskava po odredbi. Urad kriminalistične policije mora predložiti podatke, odredbo, ime in priimek policista, ki je otroka pripeljal za telesni pregled.

Natančna pojasnitev vseh postopkov telesnega pregleda zmanjša otrokov strah, zlasti ob pregledu anogenitalnih delov telesa.

Nadaljnji potrebni ukrepi so namenjeni preprečitvi nadaljevanja zlorabe, sklicu kriznega tima in obveščanju ustreznih organov.

1. Pediater zapiše vsa opažanja v zvezi s tem, kar otrok spontano kaže ali pove (npr. če joka, če se drži matere ali očeta, bolestna izražanja in posebnosti v vedenju spremljevalca).
2. Klinični status naj bo zelo natančno opisan, posebej je treba preveriti, ali so kje tudi kakršne koli sledi udarcev ali drugih poškodb.
3. Lokalni status spolovila in anusa z rektalnim pregledom. Treba je narediti fotografijo anusa in spolovila ter drugih sumljivih sprememb ali sledi poškodb. Fotodokumentacija mora biti skrbno shranjena, njena varna hramba pa mora biti opredeljena s protokolom v vsaki posamezni instituciji.

Če je le mogoče, naj lokalni pregled anogenitalnega predela opravi zdravnik z dodatnimi znanji in izkušnjami za prepoznavo posledic spolne zlorabe. Priporoča se, da imajo vsaj večji pediatrični oddelki bolnišnic usposobljenega zdravnika z dodatnimi znanji in izkušnjami s tega področja, sicer je treba otroka napotiti na pregled k specialistu gastroenterologu z dodatnimi znanji na Pediatrično kliniko v Ljubljani ali specialistu ginekologu z dodatnimi znanji na Ginekološko kliniko v Ljubljani.

4. Policist preskrbi poseben pribor za zavarovanje sledi za preiskave DNK, t. i. »DNK-set«, ki vsebuje vatirano palčko, s katero pediater odvzame bris sperme, če obstaja sum prisotnosti sperme analno in/ali vaginalno. Pribor vsebuje kartonsko embalažo, ki se vpricho pediatra zapečati. Policist odvzet in zapečaten bris čim prej pošlje na Center za forenzične preiskave CFP na Vodovodni cesti 95, Ljubljana.
5. Za odvzem brisa za ugotavljanje okuženosti z gonorejo potrebujemo posebno transportno gojišče (črno). Sestavljeno je iz plastične epruvete, v kateri je 10 cm črnega oglja, in vatirane palčke. Pred uporabo vatirano palčko navlažimo s sterilno fiziološko raztopino. Z njo obrišemo sluznico spolovila in/ali anusa. Če je viden izcedek kot pri gonoreji, kapljice obrišemo z vato. Vzorec brisa vložimo v epruveto z ogljem in ga najpozneje v 12 urah dostavimo na mikrobiološki inštitut. Odvzeti bris hranimo pri sobni temperaturi (ne v hladilniku). Na napotnico pripišemo, naj v laboratoriju poleg preiskave za ugotavljanje okuženosti z gonorejo opravijo še preiskavo za Gardnerello vaginalis. Transportni medij mora biti svež in ga je treba menjati na tri mesece. Svetujemo tudi odvzem brisa za ugotavljanje okuženosti s klamidijo in gonorejo pri morebitnem osumljencu oziroma njegovem/njenem partnerju.
6. Odrediti preiskave krvi:
 - hemogram, CRP
 - serološke preiskave za ugotavljanje okuženosti s HIV 1, 2

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

7. Obvezno napotiti otroka na dodatno obravnavo in v presojo k pedopsihiatru ali kliničnemu psihologu z dodatnimi znanji in izkušnjami za obravnavo otrok žrtev zlorabe. Če v dežurstvu po pediatrični presoji otrok potrebuje pomoč takoj, pediater izkoristi možnosti, ki jih ima takrat na voljo: otroka sprejme v bolnišnico, v sodelovanju s pristojnim centrom za socialno delo ali regijsko interventno službo ureja namestitvev otroka v varno hišo skupaj z materjo, v krizni center za ženske in otroke žrtve nasilja ali v krizni center za otroke in mladostnike.

Tabela 2: Smernice za odločanje o prijavi suma spolne zlorabe otroka

Anamneza	Pregled	Labaratorij	Stopnja suma	Ukrepanje
negativna	normalen	normalen	ni	ni
vedenjske spremembe	normalen	normalen	nizka	spremljanje, napotitev k ustreznemu strokovnjaku, morebitna prijava
negativna	nespecifični znaki	normalen	nizka	spremljanje, morebitna prijava
nespecifična s strani otroka ali staršev	nespecifični znaki	normalen	možna	spremljanje, morebitna prijava
negativna	specifični znaki	normalen	verjetna	prijava
pozitivna	normalen	normalen	verjetna	prijava
pozitivna	specifični znaki	normalen	verjetna	prijava
negativna	normalen ali nespecifični ali speceifični znaki	pozitiven na sifilis, gonorejo, spermo ali kisló fosfatázo	siguma	prijava
vedenjske spremembe	vedenjske spremembe	drúge spolno prenosljíve bolezni	verjetna	prijava

Povzeto po Odboru za zlorabo in zanemarjanje otrok Ameriškega pediatričnega združenja (Brecelj in Orel, 1998)

Klinično-forenzična ambulanta v Ljubljani

Če je potrebna pomoč pri dokumentiranju poškodb ali znakov nasilja ali zlorabe in postopku zavarovanja bioloških dokazov, je 24 ur na voljo klinično-forenzična ambulanta. Glej poglavje Seznam drugih oblik pomoči.

3.8 Obrazec za dokumentiranje obravnave otroka ob sumu nasilja in zlorabe

Zdravstvena ustanova: _____ Delovno mesto/lokacija _____

Dokumentiranje obravnave otroka ob sumu nasilja in zlorabe

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 drugih članih družine:

Ime in priimek	Razmerje do otroka	Dodatne informacije (šola, ki jo obiskuje, poklic, drugo)

Znaki/okolščine, na podlagi katerih sumimo, da gre za zlorabo/nasilje:

Otrok je povedal, da je žrtev nasilja. Da Ne

Če je odgovor „ne“, na podlagi česa sumimo, da gre za 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 ali druge osebe, ki podaja anamnezo – jasno navedite, kdo je dal 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 videz (opišite tudi morebitne sledi nasilja na oblačilih):

Telesne poškodbe (opišite):

Kraj nastanka: _____

Datum in ura nastanka: _____

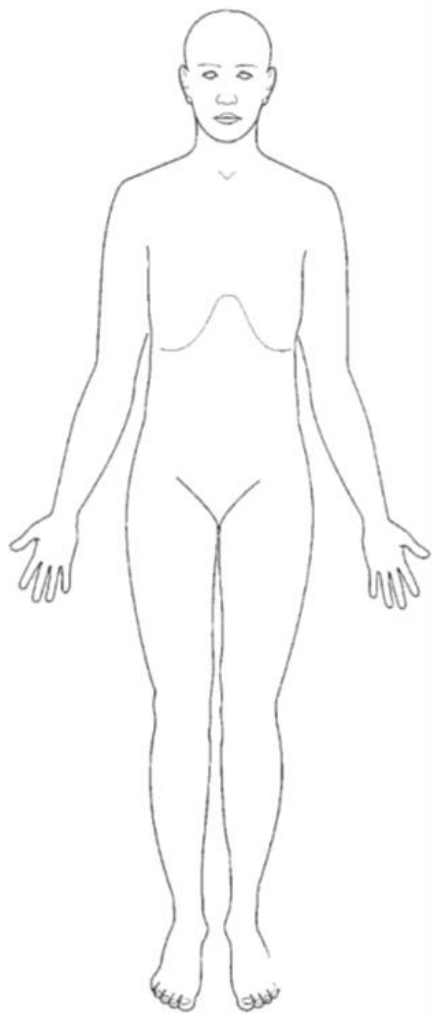
Mehanizem nastanka: _____

Opis vrste, oblike, velikosti in barve poškodb (vrišite tudi v shemo telesa): _____

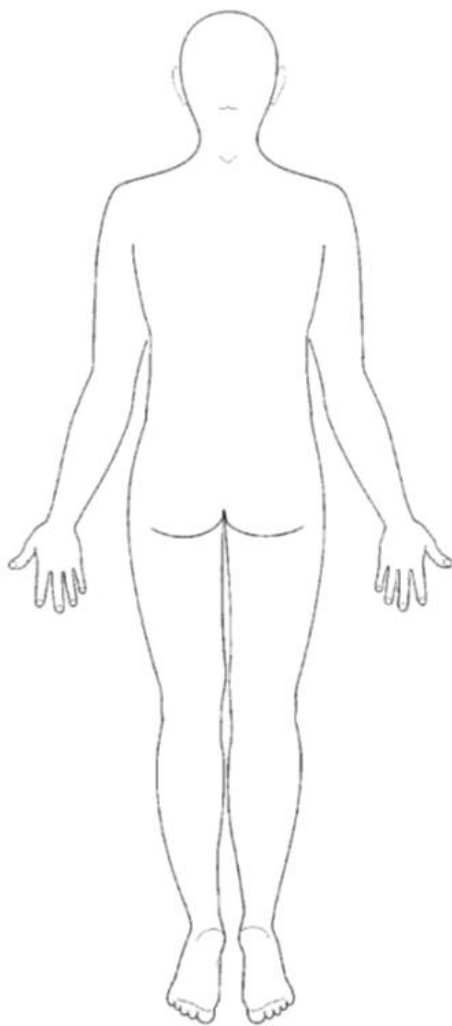
Morebitne druge posebnosti v telesnem statusu (opišite):

Fotografije poškodb: Da Ne

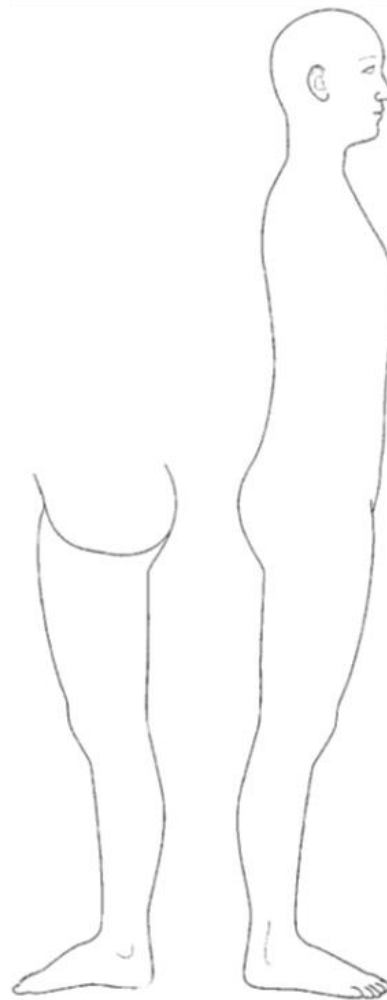
Spredaj



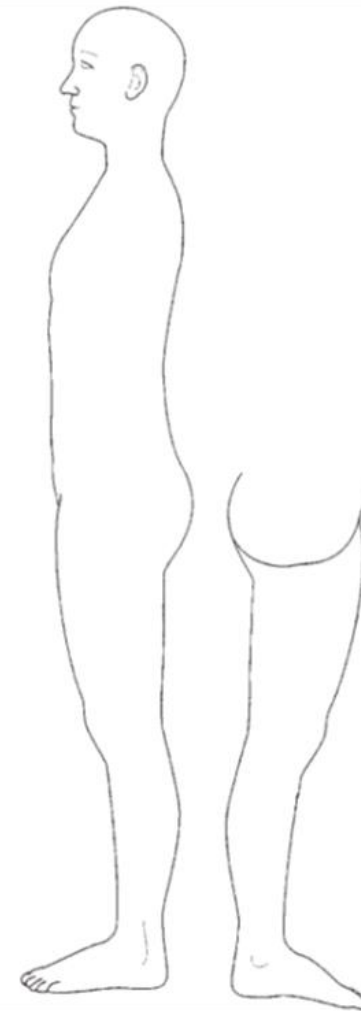
Zadaj



Desna



Leva



Notranja

Zunanja

Zunanja

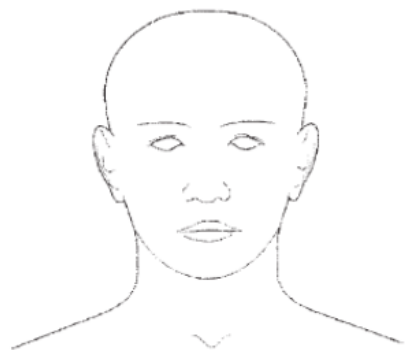
Notranja

Označite - vrišite mesto poškodb (slika je simbolična)

Označite - vrišite mesto poškodb

Desna

Leva



Desna



Leva



Desna



Leva

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 pomagajo žrtvam nasilja)
- f) Pomoč policije
- g) Drugo _____

Obveščanje pristojnih institucij:

- a) Prijava CSD vložena dne: _____
- b) Prijava policiji vložena dne: _____
- c) Prijava osebnemu zdravniku poslana dne: _____

Ime 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!

4. OBRAVNAVA ODRASLIH ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI

Zdravstveni delavci imajo izjemno pomembno vlogo pri prepoznavanju žrtev nasilja in ustreznem ukrepanju ter zagotavljanju pomoči žrtvam, saj so strokovnjaki, s katerimi se bodo žrtve nasilja najverjetneje srečale. Izpostavljenost nasilju namreč pomembno vpliva na zdravje žrtve, tako na telesno kot na duševno, in posledice izpostavljenosti so dolgotrajne.

Obravnavo žrtev nasilja s strani zdravstvenih strokovnjakov opredeljuje že Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND, Uradni list RS, št. 16/2008; v prilogi). V skladu z njim so strokovni delavci in delavke v zdravstvu dolžni izvesti potrebne postopke in ukrepe za zaščito žrtve, ji ustrezno pomagati ter zagotoviti spoštovanje njene integritete. Prav tako so o primerih suma nasilja v družini dolžni obvestiti pristojni center za socialno delo in/ali policijo oziroma državno tožilstvo. Najpogostejše žrtve nasilja v družini so otroci, ženske, starejše in invalidne osebe. ZPND prav tem družbenim skupinam, ki so zaradi pomanjkanja družbene moči najpogostejše žrtve nasilja v partnerskih, družinskih in sorodstvenih odnosih, namenja posebno skrb. Vendar je nasilje v družini prisotno tudi v družinah z visokim socialno-ekonomskim položajem.

Ključna določila v zvezi z delovanjem strokovnih služb v primerih nasilja v družini so zapisana v 5. in 6. členu Zakona o preprečevanju nasilja v družini (glej okvirček). Celoten zakon je naveden v prilogi pričujočih smernic.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND)

5. člen ZPND

(dolžnost ravnanja)

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

6. člen ZPND

(dolžnost prijave)

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

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

Naloge zdravstvenih delavcev v zvezi z obravnavo žrtev nasilja so natančneje opredeljene v Pravilniku o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/2011), ki je v prilogi, in teh smernicah.

4.1 Odkrivanje in prepoznavanje žrtev nasilja

Ukrepanje zdravstvenih zavodov v skladu z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini obsega prepoznavanje nasilja v družini, izvedbo ustreznih postopkov ob zaznavi suma nasilja ter izvajanje zdravstvenih vzgojno-izobraževalnih programov.

Žrtve nasilja lahko same spregovorijo o svoji izkušnji, odkrivamo jih lahko z rutinskim povpraševanjem o izkušnji nasilja v družini ali pa žrtev povprašamo o izkušnji nasilja, ko zaznamo določene »sumljive« znake zdravstvenih posledic nasilja ali nenavadno vedenje žrtve oziroma povzročitelja nasilja, ki spremlja žrtev ob zdravstveni obravnavi.

Najbolj ogroženi z nasiljem so otroci, ženske, posebno nosečnice, starejši in dodatno ranljivi člani družin (npr. osebe z invalidnostjo in posebnimi potrebami, kronični bolniki). Glede na spol so ženske dejansko najpogostejše žrtve družinskega nasilja, vendar so lahko žrtve tudi moški, čeprav veliko redkeje kot ženske. Poleg tega je tendenca k nasilju v partnerskem odnosu enako kot v heteroseksualnih partnerstvih prisotna tudi v homoseksualnem partnerstvu, čeprav ne gre za stereotipno porazdelitev spolnih vlog (Burke, Follingstad, 1999).

4.1.1 Povpraševanje glede izpostavljenosti nasilju v družini

Eden izmed načinov za prepoznavanje nasilja v družini je rutinsko povpraševanje. Izvaja se ob rednih stikih populacije z zdravstveno službo, tako da so vprašanja o izpostavljenosti nasilju običajni del drugih anamnestičnih podatkov. Zdravstveni delavci naravnost povprašajo o aktualni in vseživljenjski izpostavljenosti telesnemu, duševnemu/čustvenemu in spolnemu nasilju. V urgentnih oddelkih je pomembno predvsem aktualno stanje glede 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 med nosečnostjo in pri obravnavah v psihiatriji. Ključna ciljna skupina za rutinsko povpraševanje so ženske v rodni dobi.

Najbolje je, da so vprašanja glede nasilja v družini del vprašalnika o drugih zdravstvenih kazalnikih in dejavnikih tveganja. Izpraševalec/izpraševalka obvesti pacienta, da vse svoje paciente sprašuje enaka vprašanja, ker je nasilje v družini zelo razširjeno in vpliva na posameznikovo zdravje. Pacient se lahko odloči, da na vprašanja ne bo odgovoril. Izpraševalec je lahko zdravstveni delavec/delavka, ki je poučen je o dinamiki nasilja v družini in potrebah po varnosti in avtonomnosti žrtve; ima pravico dokumentirati podatke v pacientovo medicinsko dokumentacijo in razume tudi kulturne posebnosti.

Primeri začetne komunikacije zdravstvenega delavca/delavke s pacientom/pacientko:

- Izkušnja nasilja je tako pogosta, da sem začel/začela o tem spraševati vse svoje paciente/pacientke.
- Ne vem, ali je to vaš problem, toda veliko žensk, ki jih zdravim, ima težave zaradi družinskega nasilja; nekatere so preveč prestrašene ali jim je nerodno, da bi izpostavljale to temo, zato jo načnem kar jaz.

Ena izmed možnosti povpraševanja o izkušnji nasilja je tudi uporaba vnaprej pripravljene vprašalnika, ki ga oseba sama izpolni pred pregledom in ga zdravstveni delavec nato pregleda ter se po potrebi z osebo še pogovori. Ob tem je treba zagotoviti, da morebitni povzročitelj nasilja ni prisoten ob izpolnjevanju vprašalnika.

4.1.2 Znaki, pri katerih posumimo na nasilje v družini

V skladu s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije pa je ključno, da zdravstveni delavci o morebitni izpostavljenosti nasilju povprašajo vse paciente/pacientke, pri katerih so prisotne določene zdravstvene in druge težave (glej v nadaljevanju), za katere je znano, da so lahko tudi posledica izpostavljenosti nasilju v družini (angl. *case finding*). Prav tako je treba povprašati o izkušnji nasilja v družini, kadar na to posumimo na podlagi vedenja pacienta/pacientke, vedenja spremljevalne osebe (potencialnega povzročitelja) oziroma poznavanja socialnopsihološke dinamike odnosov v družini.

Zdravstvene posledice nasilja v družini

- Poškodbe, ki niso v skladu z navedenim vzrokom oziroma mehanizmom nastanka (padci, zaletavanje v vrata ...).
- Vidna znamenja večkratnih poškodb na različnih stopnjah celjenja, kot so opekline, modrice, rdeči madeži na koži, ki ustrezajo poškodbam od klofut, udarcev ...
- Zakasneli pregled zaradi poškodb.
- Žrtve nasilja imajo večkratne enake ali podobne poškodbe.
- Žrtve nasilja imajo poškodbe med nosečnostjo.
- Žrtve nasilja pogosto iščejo zdravniško pomoč zaradi nejasnih težav in simptomov.
- Simptomi depresije, anksioznosti, postravmatska stresna motnja, motnje spanja.
- Samomorilnost in samopoškodovanje.
- Zloraba alkohola, nedovoljenih drog ali drugih substanc.
- Nepojasneni kronični simptomi gastrointestinalnega trakta.
- Nepojasneni simptomi urinarnega trakta, vključno s pogostimi okužbami mehurja in ledvic.
- Nepojasneni simptomi reproduktivnih organov, vključno s pelvično bolečino in seksualno disfunkcijo, ponavljajoče se vaginalne krvavitve in spolno prenosljive bolezni.
- Večkratne nenačrtovane nosečnosti ali umetne prekinitve nosečnosti.
- Pozna vključitev v predporodno zdravstveno varstvo, slab izid nosečnosti (spontani splav, mrtvorojenost, prezgodnji porod, nizka porodna teža ...).
- Glavobol in drugi kronični bolečinski sindromi.

Vedenje pacienta ali pacientke, ki je žrtev nasilja v družini:

- Žrtev nasilja prikriva znake poškodb z obleko ali minimalizira poškodbe, navaja druge vzroke za nastanek poškodb.
- Žrtev nasilja je prestrašena, potrta, zaskrbljena, obupana, brezbrizna, apatična, razburjena ...
- Žrtev nasilja ima boječ odnos do spremljevalca, vpričo njega ne govori, prepušča mu komunikacijo z zdravstvenim osebjem. Lahko pa tudi ščiti spremljevalca (povzročitelja).

Vedenje 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 itd.

Socialnopsihološka dinamika odnosov v družini:

- Družina ali posamezni člani so zaradi neurejenih socialnih razmer, konfliktnih medsebojnih odnosov, postopkov rejništva, razveznega postopka itd. v obravnavi na centru za socialno delo.
- Družina ali posamezni člani so (ali so bili) zaradi kaznivih in drugih dejanj v postopku na policiji ali sodišču.
- Zaznani so problemi z odvisnostjo od alkohola ali drugih drog in podobno.

Kadar zdravstveni delavci zaznajo znake, ki kažejo na sum nasilja v družini, se je treba s pacientko ali pacientom pogovoriti. Zavedati se je treba, da se z vprašanji o morebitnih izkušnjah z nasiljem posega v čustveno in intimno področje pacientov oziroma pacientk. Zato je potrebno, da pri vsakem povpraševanju o izkušnji nasilja:

- zagotovimo ustrezen prostor, ki bo omogočal zaupnost, varnost in intimnost pogovora;
- zdravstveno osebje, ki izvaja poizvedbe, mora biti ustrezno usposobljeno za pravilno uporabo spraševalnih tehnik ter za strokovno in suvereno odzivanje na odgovore pacientov in pacientk;
- pacienta ali pacientko prijazno in previdno povabimo na razgovor;
- govorimo mirno, smo naklonjeni, sočutni in empatični;
- izpoved poslušamo pozorno in poskušamo delovati pomirjujoče;
- izpovedi verjamemo;
- opozorimo na možnost oziroma nujnost obveščanja pristojnih institucij;
- ne dajemo nasvetov, ne odločamo se namesto žrtve, ne izhajamo iz lastnih izkušenj, ne vrednotimo in ne obsojamo.

Žrtvi nasilja lahko postavljamo posredna ali neposredna vprašanja (glej okvirčka).

Posredna vprašanja postavljamo, kadar sumimo, da gre za nasilje v družini:

- Kako je pri vas doma?
- Kako se razumete s partnerjem?
- Kako partner ravna z vami?
- Se doma počutite varni? (za žensko)

Vprašanja za starejše ali osebe z invalidnostjo, kadar zaznamo nasilje v družini:

- Kako skrbijo za vas?
- Imate ustrezno pomoč, ki jo potrebujete?
- Kdo skrbi za vašo higieno, prehrano, obleko?

Neposredna vprašanja postavljamo ob poškodbah in kadar se osredotočamo na dokaze o telesnem ali spolnem napadu. Če gre za odraslo osebo, najprej razložimo, zakaj postavljamo vprašanja:
»Oprostite, če vas je to že kdo vprašal, in nikakor vas ne želim spravljati v zadrego, a 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?
- Vas je partner kdaj oklofotal, brcnil, udaril ali kako drugače poškodoval?
- Se kdaj bojite svojega partnerja ali svojih domačih?
- Se vaš partner razjezi na vas? Če se, kaj se nato zgodi?
- Vam je partner kdaj uničil ali polomil stvari, ki so vam bile pri srcu?
- Ali je vaš partner ljubosumen, kadar se dobivate s prijatelji, govorite z drugimi?
- Ali imate občutek, da želi imeti partner nadzor nad vašim življenjem?

O nasilju v družini ni mogoče povprašati, če ne moremo zagotoviti zasebnosti pri spraševanju ali če bi spraševanje spravljalo v nevarnost bodisi pacienta bodisi izpraševalca. Če ocena ni mogla biti narejena, čeprav bi bila potrebna, je to treba zabeležiti in poskusiti znova pri nadaljnjem sledenju. Na urgentnih oddelkih je lahko pacient napoten k osebnemu zdravniku, v napotni dokumentaciji pa je treba navesti, da ni bilo mogoče oceniti pacientovih celotnih življenjskih/družinskih razmer, ki imajo morda pomembno vlogo pri aktualnih zdravstvenih težavah. Če je le mogoče, naj se zdravstveni delavec o svojih skrbah glede varnosti pacienta takoj posvetuje s sodelavcem.

4.2 Izvedba ustreznih postopkov ob zaznavi suma nasilja v družini

To poglavje opisuje osnovni postopek (protokol) obravnave odraslih žrtev nasilja v zdravstvenih ustanovah ne glede na specialnost in vrsto obravnave. Navedeni so tudi nekateri konkretni primeri vprašanj in kazalniki resnosti ogroženosti, s katerimi si lahko v tem postopku pomagajo zdravstveni delavci.

Ko zdravstveni delavci na podlagi znakov o morebitnem nasilju v družini in/ali pogovora z žrtvijo nasilja ugotovijo, da gre bodisi za očiten primer bodisi sum nasilja v družini, je ustrezna obravnava sestavljena iz naslednjih postopkov:

- zdravstvene obravnave,
- ukrepov za zaščito žrtve nasilja v zdravstveni ustanovi,
- pogovora z žrtvijo nasilja in zagotovitvijo psihosocialne pomoči ter svetovanja in informiranja žrtve o možnih oblikah pomoči v zdravstvu in zunaj zdravstva,
- dokumentiranja izjave žrtve in ugotovljenih znakov, ki pričajo o nasilju,
- ocene stopnje ogroženost žrtve,
- obveščanja pristojnih institucij o sumu kaznivega dejanja nasilja v družini.

Z navedenimi osnovnimi postopki morajo biti seznanjeni vsi zdravstveni delavci in sodelavci, ki prihajajo v stik s pacienti med njihovo obravnavo, da bodo lahko ustrezno pomagali žrtvam nasilja.

V zdravstvenih ustanovah, ki izvajajo nujno medicinsko pomoč s področja travmatologije, ginekologije in porodništva ter abdominalne kirurgije, je priporočljivo, da je vsaj v enem izmed timov vedno tudi medicinska sestra (ali druga zdravstvena strokovnjakinja/strokovnjak) s poglobljenim znanjem in veščinami za pomoč žrtvam nasilja. Če lečeče zdravstveno osebje posumi, da je obravnavana oseba žrtev nasilja, to strokovnjakinjo/strokovnjaka pokliče k obravnavi, da oceni stopnjo ogroženosti, poskrbi za zbiranje dokazov ter žrtvi nasilja ponudi psihosocialno pomoč in jo seznani z raznimi pomembnimi informacijami. Če taka strokovnjakinja/strokovnjak za pomoč žrtvam nasilja ni na voljo, mora vse postopke izvesti prisotno zdravstveno osebje.

a) Zdravstvena obravnava žrtve nasilja

Žrtev nasilja obravnavamo v skladu s sprejeto medicinsko doktrino. Vse postopke in ukrepe je treba izvajati s pristankom žrtve.

b) Ukrepi za zaščito žrtve nasilja v družini v zdravstvenem zavodu

Med zdravstveno obravnavo v zdravstvenem zavodu obenem zagotovimo tudi varnost pacienta/pacientke – žrtve nasilja v družini, če je potrebno, z varnostno službo ali posredovanjem policije.

Če je bil povzročitelju nasilja izrečen ukrep prepovedi približevanja in je žrtev nasilja hospitalizirana, je treba o tem obvestiti zaposlene na oddelku, da ji bodo lahko zagotovili ustrezno zaščito in ob kršitvi tega ukrepa takoj obvestili policijo. Za to je odgovoren predstojnik oddelka.

c) Pogovor z žrtvijo nasilja, zagotovitev psihosocialne pomoči in informiranje

Psihosocialna pomoč je sestavni del celovite pomoči žrtvam nasilja v zdravstvenih zavodih. Kot je bilo navedeno že pri prepoznavanju žrtev nasilja, pogovor s pacientom ali pacientko, pri kateri smo posumili, da gre za nasilje v družini, opravimo v ustreznem prostoru, kjer lahko zagotovimo varnost, intimnost in zaupnost. Žrtev pozorno poslušamo brez obsojanja in njeni izpovedi verjamemo. Seznanimo jo z dolžnostjo prijave ustreznim institucijam. Ponudimo ji podporo in jo skušamo razbremeniti s tem, da ji povemo, da to, kar se ji dogaja, ni prav, in da obstajajo rešitve. Predlogi, kako spregovorimo z žrtvijo, so navedeni v okvirčku.

Žrtvi nasilja povemo:

- da je nasilje v družini pogosto, da si ga ne zasluži in da zanj ni kriva,
- da je za nasilje odgovoren tisti, ki ga povzroča,
- da nas skrbi za njeno varnost in varnost njenih otrok,
- da nasilje pogosto sčasoma postane vse hujše in pogostejše,
- da nasilje škoduje njenemu zdravju,
- da so na voljo različne oblike pomoči, med drugim tudi možnost krizne namestitve oziroma umika v varen prostor,
- da je nasilje kaznivo dejanje in ga lahko prijavi.

Stalno psihosocialno podporo in pogovore z žrtvijo nasilja bodo naprej zagotavljali ustrezni strokovnjaki v zdravstvu – osebni družinski zdravnik, patronažna sestra, psiholog, psihiater, socialna služba in drugi.

V pogovoru z žrtvijo se pozanimamo tudi o osebah, ki so ji lahko v pomoč in podporo (sorodniki, prijatelji, sodelavci ...), in jo seznanimo z drugimi možnimi oblikami pomoči:

- pristojni center za socialno delo (CSD),
- policija,
- pravna pomoč (pravnoinformacijski center, nevladne organizacije),
- pomoč nevladnih organizacij (SOS telefon, individualne oblike pomoči – svetovanje, spremstvo, skupine za samopomoč, varne hiše, krizni centri ...).

Na željo žrtve se takoj povežemo z institucijami, ki zagotavljajo pomoč in spremstvo žrtvam nasilja (svetovalke nevladnih organizacij), izven poslovnega časa teh institucij pa ji damo ustrezne telefonske številke in druge podatke za stike.

Če se mora žrtev takoj umakniti iz domačega okolja, je nastanitev mogoča 24 ur na dan celo leto v enem izmed treh kriznih centrov za odrasle žrtve nasilja, in sicer v Ljubljani (031 233 211), na Primorskem (040 303 669) in Štajerskem (031 776 102).

V zdravstvenih zavodih naj bo na voljo dovolj informativnega gradiva (zloženki, posterjev, brošur ...) z informacijami o ustreznih oblikah (brezplačne) pomoči. To gradivo naj bo dostopno tudi v čakalnicah in toaletnih prostorih, priporočljivo pa je, da se osnovne informacije za žrtve nasilja natisnejo tudi na medicinsko dokumentacijo (izvid, odpustnico).

d) Ocena ogroženosti žrtve

Ocena trenutne ogroženosti žrtve je pomembna za nadaljnje ukrepe pri njeni obravnavi. V pogovoru z žrtvijo nasilja ocenimo, kolikšna je njena ogroženost in ogroženost morebitnih otrok žrtve glede na vzorec zlorabe, resnost, nevarnost poškodb ali celo umora. Ocenimo tudi samomorilno ogroženost. Pri tem si lahko pomagamo z vprašanji, navedenimi v okvirčku.

- Koliko časa že traja nasilje?
- Ali ste trenutno v nevarnosti?
- Ali se je v zadnjem času nasilje stopnjevalo in postajalo vse bolj ogrožajoče?
- Ali menite, da bi bila vaša varnost ogrožena, če bi se vrnili domov?
- Ali imate na voljo kakšno varno lokacijo, kamor lahko greste?
- Ali je bil povzročitelj nasilen tudi do otrok?
- Ali je že prihajalo do policijskega posredovanja zaradi nasilja v družini?
- Ali ste bili zaradi posledic nasilja že kdaj zdravljeni/hospitalizirani?
- Ali ste zaradi fizičnega nasilja že iskali zatočišče in pomoč zunaj doma?
- Ali je vaš partner vas ali vaše otroke kdaj zadrževal proti vaši volji?
- Ali vas partner nadzoruje ali zasleduje?
- Ali vam je povzročitelj nasilja kdaj grozil z orožjem ali ga celo uporabil?
- Ali se bojite in menite, da je vaše življenje trenutno v nevarnosti?
- Ali je partner kdaj grozil, da bo ubil vas, otroke ali sebe?
- Ali vaš partner zlorablja alkohol ali droge?
- Ali se je nasilje začelo v času nosečnosti?
- Ali ste morda že razmišljali o samomoru ali ga poskušali narediti?

Pomembno je upoštevati, da lahko odrasla žrtev nasilja sama najbolje oceni tveganje in verjetnost za nadaljevanje nasilja v družini. Zato pri oceni ogroženosti žrtve upoštevamo tudi njeno oceno. 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 incidenti z resno poškodbo, prisotnost psihopatologije ali zloraba psihotropnih substanc.

Stopnjo ogroženosti ocenjujemo glede na interakcijo značilnosti povzročitelja, žrtve nasilja in razpoložljive socialne mreže. Pri tem si lahko pomagamo s podatki v tabeli 3.

Celostna ocena stopnje ogroženosti je naloga pristojnega centra za socialno delo, ki bo v nadaljevanju postopka razpolagal z vsemi podatki, pomembnimi za izdelavo te ocene. Prav tako bo center za socialno delo pripravil načrt pomoči in varnostni načrt za žrtev. Varnostni načrt je konkreten načrt postopkov in vedenja, ki jih ima žrtev za izvedljive v trenutku, ko je potreben takojšen umik iz domačega okolja (na varnem kraju pripravljene dokumenti, obleke in denar, obveščanje zaupnih oseb o besedni šifri, ki bo znak za poročanje o nasilju, itd.). Z žrtvijo se lahko o tem tudi pogovorimo.

Tabela 3: Ocena stopnje ogroženosti žrtve nasilja v družini

Stopnja ogroženosti	Povzročitelj	Žrtev	Socialna mreža
Osnovna	<ul style="list-style-type: none"> - grozi, a delno prevzema odgovornost za svoje nasilno vedenje, - kaže pripravljenost za sodelovanje z institucijami, - ni novih izbruhov nasilja. 	<ul style="list-style-type: none"> - meni, da povzročitelj nasilja groženj ne bo uresničil, - ni socialno izolirana, ima potrebne informacije o možnostih zaščite, - ne boji se, meni, da bi se moral povzročitelj nasilja vključiti v obravnavo. 	<ul style="list-style-type: none"> - sorodniki, sosodje, prijatelji in sodelavci ne opravičujejo nasilnega vedenja, - žrtev nasilja ima podporo socialne mreže pri ukrepanju ob morebitnih ponovnih izbruhih nasilja.
Srednja	<ul style="list-style-type: none"> - grozi, da bo poškodoval ali ubil družinske člane ali sebe, - ne prevzema odgovornosti za lastno nasilno vedenje in odgovornost prelaga na žrtev ali na situacijo, - nasilje traja dlje časa, njegova intenziteta in pogostost se povečuje. 	<ul style="list-style-type: none"> - je prestrašena in na podlagi predhodnih izkušenj verjame, da bo povzročitelj nasilja grožnje uresničil, - načrtuje odhod, a nima izdelanega varnostnega načrta. 	<ul style="list-style-type: none"> - prisotni so rizični psihosocialni dejavniki, (brezposelnost, alkoholizem, revščina, stanovanjski problemi ...), - socialna mreža podpira žrtev nasilja pri aktivnostih, ki jih bo izvedla za izhod iz nasilja.
Visoka	<ul style="list-style-type: none"> - odkrito grozi in se nasilno vede, poseduje orožje, ne prevzema odgovornosti za nasilje in nima interesa za spremembe, - kaže visoko stopnjo ljubosumja, nadzoruje žrtev, - ima zgodovino nasilnega vedenja, - pogostost in intenziteta nasilja se stopnjujeta, - opaziti je osebne lastnosti, ki kažejo na obsesivno, sadistično ali psihopatsko osebnost. 	<ul style="list-style-type: none"> - občuti izrazit strah pred povzročiteljem, - na podlagi prejšnjih izkušenj je prepričana, da je povzročitelj nasilja sposoben uresničiti grožnje, da bo poškodoval njo ali otroke, - nima izdelanega varnostnega načrta, - prisotne so strategije preživetja, ki blokirajo aktivnost žrtve. 	<ul style="list-style-type: none"> - prisotni so visoko rizični psihosocialni dejavniki (kronična brezposelnost, duševna bolezen, alkoholizem, odvisnost od drog, smrt v družinskem krogu, kronične bolezni, posttravmatska stresna motnja), - žrtev nasilja nima podpore v okolju.

e) Dokumentiranje ugotovljenih znakov in izjav žrtev nasilja v družini

Natančno dokumentiramo vsa svoja opažanja in dejstva, na podlagi katerih sumimo, da gre za nasilje, ter vse izjave žrtve in ugotovljene zdravstvene posledice nasilja (fizične in psihične). Pri osebah, ki zanikajo, da so žrtev nasilja, se v dokumentaciji zabeleži, da je bilo povpraševanje izvedeno in da oseba zanika, da preživlja nasilje v družini. Dokumentacija mora biti čim bolj natančna in popolna, saj bo morda kdaj v prihodnje služila kot dokazno gradivo v postopku na sodišču.

Dokumentacija se hrani v zdravstveni instituciji v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ) (Uradni list RS, št. 65/2000).

V standardiziranem obrazcu oziroma formularju, ki ga mora imeti vsaka zdravstvena institucija, zabeležimo zaznani primer nasilja v družini. V obrazcu morajo biti navedeni naslednji podatki:

- datum obravnave,
- ime žrtve in povzročitelja nasilja,
- znaki, ki pričajo o nasilju v družini (poškodbe, bolezni, vedenje žrtve in povzročitelja ...),
- anamneza,
- telesni status,
- skica mesta in obsega vseh vidnih poškodb,
- fotografije vidnih poškodb (če je izvedljivo in če 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 dani pomoči in izvedenih ukrepih (obvestilo pristojnih institucij),
- potek zdravstvene obravnave.

Obrazec je priloga teh smernic.

Klinično-forenzična ambulanta v Ljubljani

Če je potrebna pomoč pri dokumentiranju poškodb ali znakov nasilja ali zlorabe in postopku zavarovanja bioloških dokazov, je 24 ur na voljo klinično-forenzična ambulanta.

Organizirana je na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Omogoča sodnomedicinski pregled žrtev telesnega ali spolnega nasilja, prihod na oddelek ali v druge urgentne ambulante zaradi dokumentiranja poškodb ali drugih znakov nasilja ali zlorabe ter odvzema brisa za zaščito in nadaljnjo analizo bioloških vzorcev kaznivih dejanj ali sumov kaznivih dejanj. V ambulanti tudi svetujejo, kako ravnati v posameznih primerih nasilja ali zlorabe ali sumov nasilja ali zlorabe ter glede dokumentiranja in zavarovanja dokazov kaznivega dejanja. Imajo tudi povezavo s službo za pravne nasvete in dežurnim toksikologom. Dežurni specialist sodne medicine v tej ambulanti je dosegljiv na telefonski številki 01 543 72 22.

Ambulanta ne omogoča nobenega zdravljenja.

f) Obveščanje pristojnih institucij

Ob zaznanem sumu nasilja v družini mora v skladu z zakonom zdravstveni zavod v roku 24 ur obvestiti pristojni center za socialno delo ali policijo ali državno tožilstvo. Kadar ni neposredno ogroženo življenje žrtve ali njenih otrok, priporočamo predvsem prijavo pristojnemu centru za socialno delo.

Osebo seznanimo z našo dolžnostjo obveščanja v skladu z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini in Kazenskim zakonikom.

Obvestilo o nasilju v družini pošljemo v pisni ali elektronski obliki ali sporočimo po telefonu. Informacijo, sporočeno po telefonu, je treba poslati tudi pisno najpozneje v treh dneh. Obvestilo najpozneje v treh dneh pošljemo v vednost tudi izbranemu zdravniku žrtve.

Za obveščanje se uporabi obrazec **Obvestilo o zaznavi nasilja v družini**, ki je priloga Pravil in postopkov pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/2011) in tudi priloga teh smernic. Obrazec podpišejo zdravstveni delavci, ki so bili prisotni pri obravnavi (zdravnik, medicinska sestra, drug zdravstveni delavec, ki mu je žrtev zaupala), ter odgovorna oseba (vodja, predstojnik oddelka).

V nujnih primerih, ko gre za neposredno in hudo ogroženost zdravja ali življenja žrtve, pa je treba takoj obvestiti policijo, najpozneje v roku 24 ur pa tudi CSD in izbranega zdravnika žrtve. Policija bo po potrebi vključila v obravnavo tudi CSD oziroma izven poslovnega časa CSD regijsko interventno službo. Pri potrebi po takojšnjem umiku iz domačega okolja CSD oziroma regijska interventna služba pomaga žrtvi pri odhodu v krizni center.

g) Sodelovanje zdravstvenih delavcev v multidisciplinarnih timih pri centrih za socialno delo

V skladu z zakonom o preprečevanju nasilja v družini center za socialno delo, ki obravnava primer nasilja v družini, pozove k sodelovanju v multidisciplinarnem timu tudi druge organe in organizacije, ki so ali bodo v okviru svojega delovnega področja obravnavali žrtev oziroma povzročitelja nasilja. Odgovorne osebe organov in organizacij, ki so pozvane k pripravi načrta pomoči, so dolžne zagotoviti sodelovanje predstavnikov organov in organizacij.

4.3 Obrazec za dokumentiranje obravnave odraslih žrtev nasilja v družini

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, da gre za nasilje v družini:

Oseba navaja, da je žrtev nasilja: Da Ne

Če je odgovor „ne“, na podlagi česa sumimo, da gre za 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 , istospolni partner, bivši istospolni partner

oče , mati , skrbnik , brat ali sestra , sin ali hči , drugi sorodniki , drugo : _____

Stanje žrtve:

Orientacijska ocena psihičnega stanja:

komunikativna nekomunikativna prestrašena vznemirjena

drugo: _____

Zunanji videz (opišite tudi morebitne sledi nasilja na oblačilih):

Telesne poškodbe (opišite):

Kraj nastanka: _____

Datum in ura nastanka: _____

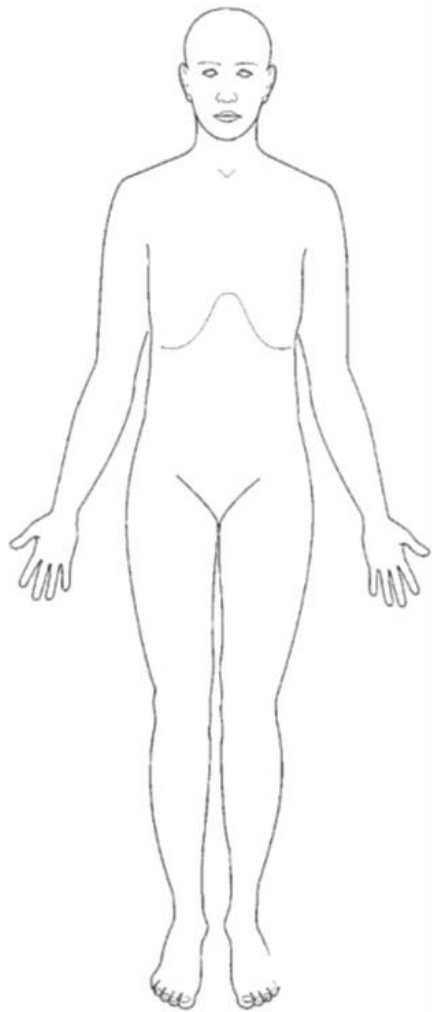
Mehanizem nastanka: _____

Opis vrste, oblike, velikosti in barve poškodb (vrišite tudi v shemo telesa): _____

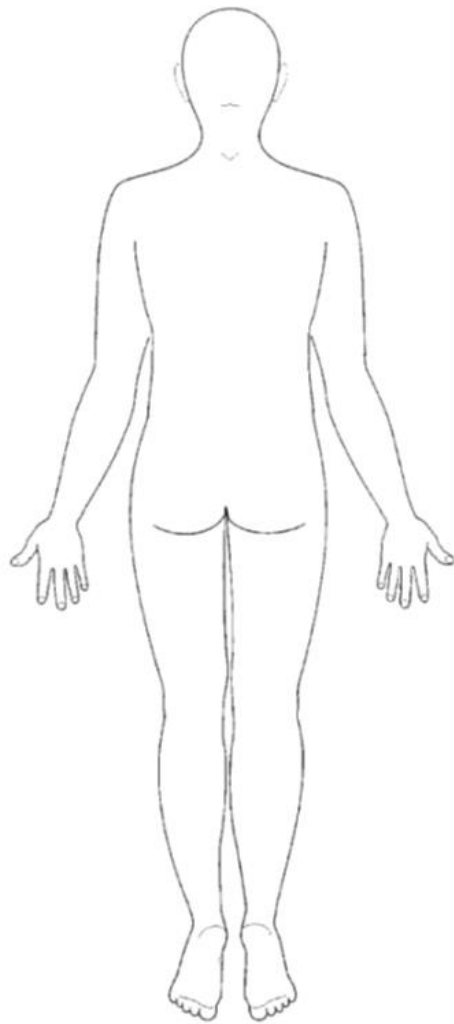
Morebitne druge posebnosti v telesnem statusu (opišite):

Fotografije poškodb: Da Ne

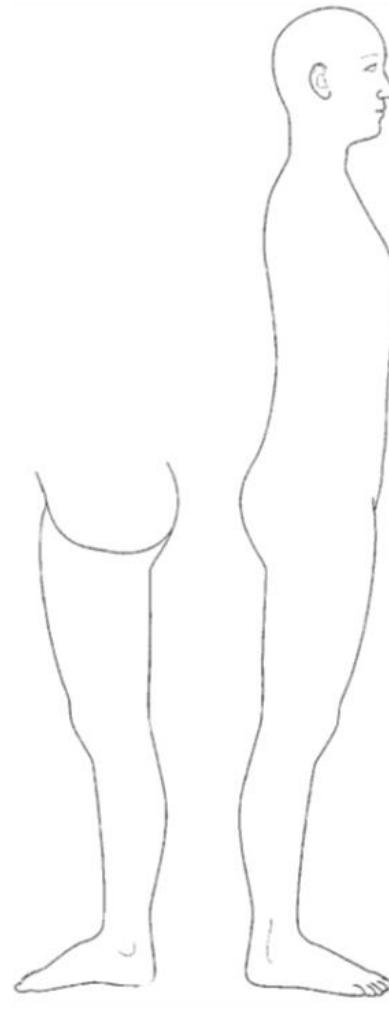
Spredaj



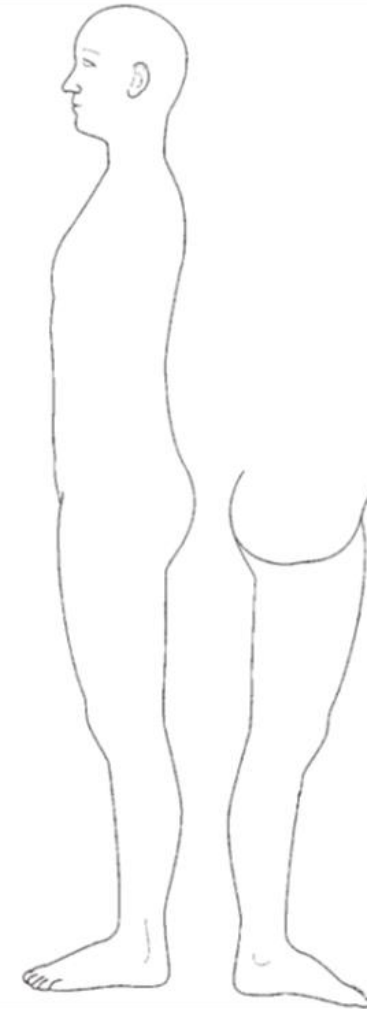
Zadaj



Desna



Leva



Notranja

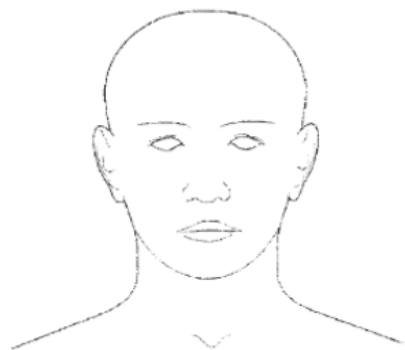
Zunanja

Zunanja

Notranja

Označite - vrišite mesto poškodb

Označite - vrišite mesto poškodb



Desna



Leva



Desna



Leva



Desna



Leva

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: _____

Ocena ogroženosti žrtve:

- a) Osnovna
- b) Srednja
- c) Visoka

Kaj je bilo svetovano:

- a) Kontrolni pregled
- b) Specialistični pregled
- c) Pomoč CSD
- d) Pomoč psihologa/psihiatra
- e) Pomoč NVO (ki pomagajo žrtvam nasilja)
- f) Pomoč policije
- g) Drugo _____

Obveščanje pristojnih institucij:

- a) Prijava CSD vložena dne: _____
- b) Prijava policiji vložena dne: _____
- c) Prijava osebnemu zdravniku poslana dne: _____

Ime 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!

5. OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V PATRONAŽNI SLUŽBI

(glej tudi poglavje Obravnava odraslih žrtev nasilja v družini)

Patronažne medicinske sestre v okviru svojega delovanja aktivno in neposredno vstopajo v intimne in zasebne prostore posameznikov in družin. Pri svojem delu se tako srečujejo tudi z nasiljem v družini. V patronažni dejavnosti gre za edino obliko zdravstvene dejavnosti, ki se izvaja na pacientovem domu oziroma v družini, zato so možnosti zaznave nasilja in neposrednega ukrepanja za zaščito žrtev.

Patronažna medicinska sestra lahko v družini zazna različne oblike nasilja nad posameznimi družinskimi člani. Najbolj ogroženi so tisti družinski člani, ki imajo najmanj osebne in družbene moči: otroci, starostniki, osebe z invalidnostjo in posebnimi potrebami, osebe z motnjami v duševnem zdravju, ženske, posebno nosečnice. Zlasti je ključna vloga patronažne medicinske sestre pri zaznavi nasilja nad tistimi družinskimi člani, ki niso mobilni, katerih socialna mreža je zelo omejena ali imajo malo informacij o možnih oblikah pomoči in svojih pravicah. Ne zaznajo jih druge pristojne službe – CSD, policija, vzgojno-izobraževalni zavodi itd., ker ne posegajo v družinsko okolje, če ne gre za že ugotovljene probleme ali o tem niso obveščeni.

Vrste nasilja v družini, s katerimi se srečujejo patronažne medicinske sestre:

- nasilje družinskih članov nad pacientom,
- nasilje ali zanemarjanje otroka v družini,
- nasilje v partnerskem odnosu,
- nasilje nad starostnikom,
- nasilje nad osebo z invalidnostjo ali posebnimi potrebami.

Obravnava nasilja v družini

Možne oblike zaznave nasilja v družini:

- zaznava znakov psiholoških, telesnih in socialnih posledic nasilja pri žrtvah, predvsem če gre za dolgotrajno in sistematično nasilje v družini (poslabšanje duševnega zdravja, poškodbe, psihosomatske in kronične bolezni, socialna izoliranost, zanemarjenost, prisotnost strahu, nemira, apatičnosti pri domnevnih žrtvah ...);
- prisotnost ob izbruhu nasilja v družini;
- izpoved žrtve, da preživlja nasilje v partnerskih in družinskih odnosih;
- z oceno stanja v družini (kakovost odnosov, dinamika odnosov, razmerje moči med družinskimi člani, socialno in materialno stanje, prisotnost odvisnosti od psihotropnih substanc, prisotnost vidnih posledic uničevanja lastnine, pohištva ...);
- z razgovorom s pacientom in drugimi družinskimi člani o počutju, zdravstvenem in socialnem stanju, ki lahko kažejo na dejavnike tveganja za nasilje v družini;
- po potrebi (če obstaja sum, da gre za nasilje v družini) dodatna usmerjena vprašanja, ki razjasnijo dejansko zdravstveno in socialno stanje pacientov in drugih družinskih članov;
- s presojo skladnosti pridobljenih informacij (pogovor, opazovanje, ocena stanja) s preteklim zdravstvenim in socialnim stanjem pacienta oziroma z njegovim sedanjim zdravstvenim stanjem.

Ukrepanje patronažne medicinske sestre

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

- pri vidnih poškodbah poškodovanko/poškodovanca napoti k zdravniku;
- spremlja potek dogajanja in se seznani z ukrepi drugih služb;
- žrtvi nasilja pove, da lahko sama prijavi kaznivo dejanje na policijo in CSD ter da je tudi patronažna služba/zdravstveni zavod dolžan obvestiti o zaznanem nasilju v družini;
- vsebino pogovora in opažanja, ki kažejo na nasilje v družini, zapiše (enoten obrazec za zapis suma nasilja v družini);
- 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;
- pri ogroženosti žrtve ali sebe patronažna medicinska sestra takoj obvesti policijo.

Ob zaznavi dejavnikov tveganja za nasilje v družini in hkrati ob odsotnosti 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;
- zaznano stanje vsakokrat zapiše;
- z domnevno žrtvijo skuša vzpostaviti zaupen odnos in se pogovoriti o odnosih in stanju v družini;
- s svojim zdravstveno-vzgojnim delovanjem v družini in vključevanjem drugih sodelavcev/sodelavk skuša izboljšati razmere, ki so dejavnik tveganja za nasilje;
- pomoč in nasvete po potrebi poišče tudi pri strokovnjakih/strokovnjakinjah, nevladnih organizacijah, CSD, policiji;
- vseskozi skuša ohranjati zaupanje pacienta in drugih družinskih članov;
- družinske člane, posebno domnevne žrtve, seznani s pravicami, možnimi oblikami ukrepanja in pomoči ob nasilnih dejanjih.

Varnostni ukrepi patronažne medicinske sestre:

- ne izpostavlja se nevarnosti (ob izbruhih nasilja, grožnjah s fizičnim nasiljem),
- pri ogroženosti takoj pokliče policijo,
- na svojo ogroženost takoj opozori tudi nadrejene v zdravstveni instituciji oziroma druge pristojne,
- lahko opravi obisk v prisotnosti sodelavke.

Zdravstvena institucija, v kateri je zaposlena patronažna medicinska sestra, pripravi protokol varnostnih ukrepov in navodil za primere ogroženosti patronažne medicinske sestre (npr. navodila za prenehanje opravljanja storitev pri ogroženosti) ter zagotavlja strokovno podporo in svetovanje.

6. OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU

(glej tudi poglavje Obravnava odraslih žrtev nasilja v družini)

Zaradi dokazanega dolgoročnega vpliva nasilja oziroma zlorabe na splošno in reproduktivno zdravje žrtve je treba na izkušnjo nasilja v družini predvsem misliti v okviru zdravstvenih obravnav v reproduktivnem zdravstvenem varstvu. 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 zlasti poudariti nosečnost in poporodno obdobje. Za ta čas je znano, da se nasilje intimnega partnerja pogosteje pojavlja ali se že prej prisotno nasilno vedenje dostikrat še stopnjuje.

Pri žrtvah nasilja se pogosteje pojavljajo naslednje zdravstvene težave v zvezi z reproduktivnim zdravjem:

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

Med nosečnostjo pa se pri žrtvah nasilja pogosteje pojavljajo:

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

Povpraševanje o izkušnji nasilja v družini se tako priporoča že pri prvem obisku ženske v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu in pozneje ob preventivnih ali kurativnih pregledih, kadar so prisotna stanja oziroma simptomi in znaki, ki nakazujejo možnost izpostavljenosti nasilju (navedeno zgoraj). Pri prvem obisku se opravi povpraševanje o izkušnji nasilja v preteklosti in doživljanju nasilja v sedanjosti, pri poznejših obiskih pa samo o sedanji izpostavljenosti nasilju. Predvsem podatek o pretekli izkušnji spolne zlorabe je za strokovnjake, ki skrbijo za ženske med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju, zelo pomemben, saj ženske z izkušnjo spolne zlorabe med nosečnostjo in porodom potrebujejo posebno skrb in ustrezno podporo.

Povpraševanje o izpostavljenosti nasilju v družini zaradi večje ranljivosti v tem obdobju priporočamo tudi vsaj enkrat v nosečnosti, v okviru preventivnih pregledov in pri

preventivnem pregledu po porodu ali splavu, posebno ob prisotnosti zgoraj navedenih stanj, simptomov in znakov.

Ko zdravstveni delavci izvedo ali posumijo na izpostavljenost nasilju v družini, morajo poleg zdravstvene obravnave izvesti naslednje postopke (podrobnosti so opisane v poglavju o obravnavi odraslih žrtev nasilja v družini):

- po potrebi sprejeti ukrepe za zaščito žrtve v zdravstveni ustanovi,
- se pogovoriti z žrtvijo, ji ponuditi psihosocialno pomoč in jo informirati,
- oceniti akutno ogroženost žrtve,
- dokumentirati ugotovljene znake in izjave žrtve, ki pričajo o nasilju v družini,
- obvestiti pristojne institucije o sumu nasilja v družini.

6.1 Obravnava odrasle žrtve pri akutnem spolnem nasilju

(spolni napad, posilstvo, poskus posilstva, prisiljeni spolni odnos, ponižujoč spolni odnos, neželene spolne prakse, prisila v prostitucijo)

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND, Uradni list RS, št. 16/2008, glej poglavje 9) definira spolno nasilje kot ravnanja s spolno vsebino, ki jim družinski član nasprotuje, je vanje prisiljen ali zaradi svoje stopnje razvoja ne razume njihovega pomena.

Da je oseba žrtev akutnega spolnega nasilja, lahko izvemo od osebe same ali njenih spremljevalcev (sorodniki, prijateljica, policija, kriminalisti ...) ali posumimo na podlagi določenih okoliščin (prepoznavanje je opisano v poglavju o obravnavi odraslih žrtev nasilja v družini).

Posebnosti pri obravnavi žrtve akutnega spolnega nasilja so poleg navedenega v poglavju o obravnavi odraslih žrtev nasilja v družini še naslednji postopki:

- pravilen in časovno ustrezen odvzem vzorcev morebitnih bioloških sledi s telesa žrtve (zbiranje dokazov za forenzične preiskave),
- zaščita pred nosečnostjo (urgentna kontracepcija),
- odkrivanje in obravnava oziroma zaščita pred spolno prenosljivimi okužbami.

Za odvzem vzorcev bioloških sledi, zaščito pred nosečnostjo in spolno prenosljivimi okužbami se uporabljajo smernice, ki jih sprejme ginekološko porodniška stroka.

Primer takih smernic je bil objavljen leta 2012 v Zdravniškem vestniku: *Takač, I., Kos, D., Arko, D. Spolna zloraba. Zdrav. vestn., 2012; 81: 801–806.*

Klinično-forenzična ambulanta v Ljubljani

Če je potrebna pomoč pri dokumentiranju poškodb ali znakov nasilja ali zlorabe in postopku zavarovanja bioloških dokazov, je 24 ur na voljo klinično-forenzična ambulanta.

Organizirana je na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Omogoča sodnomedicinski pregled žrtev telesnega ali spolnega nasilja, prihod na oddelek ali v druge urgentne ambulante zaradi dokumentiranja poškodb ali drugih znakov nasilja ali zlorabe ter odvzema brisa za zaščito in nadaljnjo analizo bioloških vzorcev kaznivih dejanj ali sumov kaznivih dejanj. V ambulanti tudi svetujejo, kako ravnati v posameznih primerih nasilja ali zlorabe ali sumov nasilja ali zlorabe ter glede dokumentiranja in zavarovanja dokazov kaznivega dejanja. Imajo tudi povezavo s službo za pravne nasvete in dežurnim

toksikologom. Dežurni specialist sodne medicine v tej ambulanti je dosegljiv na telefonski številki 01 543 72 22.
Ambulanta ne omogoča nobenega zdravljenja.

7. TEORETIČNA IZHODIŠČA OBRAVNAVE NASILJA V DRUŽINI

PREDSTAVITEV PROBLEMATIKE – DEFINICIJE NASILJA

Nasilje pomeni kršitev temeljnih človekovih pravic, med drugim pravice do življenja, varnosti, dostojanstva, zaščite pred telesnimi in duševnimi poškodbami, pravice do enakosti v družini ter do najvišjega možnega standarda telesnega in duševnega zdravja. (Resolucija, 2009).

Nasilje v družini se pojavlja ne glede na socialno-ekonomski položaj, spol, starost, etnično pripadnost ali druge osebne okoliščine. Po Zakonu o preprečevanju nasilja v družini iz leta 2008 je nasilje vsaka uporaba fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana proti drugemu oziroma zanemarjanje družinskega člana. Gre za vprašanje zlorabe družbene moči, potrebe po prevladi in nadzorovanju ene osebe nad drugo. Tovrstni vedenjski vzorci so posledica neenakomerne porazdelitve moči med spoloma ter med starši in otroki. Nasilje v družini je pogosto v razmerjih, v katerih ga dovolijo ali celo jemljejo za družbeno sprejemljivo vedenje (Resolucija, 2009).

Definicije nasilja (Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), Uradni list RS, št. 16/08)

Nasilje v družini je vsaka uporaba fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana proti drugemu družinskemu članu oziroma zanemarjanje družinskega člana ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročiteljice oziroma povzročitelja nasilja.

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

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

Psihično nasilje so ravnanja, s katerimi povzročitelj nasilja pri družinskem članu povzroči strah, ponižanje, občutek manjvrednosti, ogroženosti in druge duševne stiske.

Ekonomsko nasilje je neupravičeno nadzorovanje ali omejevanje družinskega člana pri razpolaganju z dohodki oziroma upravljanju s premoženjem, s katerim družinski član samostojno razpolaga oziroma upravlja ali neupravičeno omejevanje razpolaganja oziroma upravljanja s skupnim premoženjem družinskih članov.

Zanemarjanje je oblika nasilja, kadar oseba opušča dolžno skrb za družinskega člana, ki jo potrebuje zaradi bolezni, invalidnosti, starosti, razvojnih ali drugih osebnih okoliščin.

Statistika kaže, da so nasilju v družini mnogo pogosteje izpostavljene ženske kot moški. Družina naj bi bila varno okolje, ki omogoča zagotavljanje osnovnih bioloških, duševnih in socialnih potreb. Kadar ne deluje kot varno okolje, utrpijo največjo škodo njeni najranljivejši člani, med katere sodijo otroci. Ti nimajo razvitih obramb, s katerimi se odrasli obvarujejo destruktivnih vplivov okolja. Prav tako otroci nimajo socialne moči, da bi si poiskali pomoč. V podobnem položaju so velikokrat tudi najstarejši člani družin in invalidi. Bistveno pri opredelitvi nasilja v družini torej je, da ena oseba zlorablja svojo premoč nad drugo, s katero

je ali je bila v posebnem razmerju. Ta njun čustveni odnos lahko izhaja iz sorodstvenih vezi ali partnerske zveze (Resolucija, 2009). Slika 1 prikazuje različne oblike nasilja v družini.

Nasilje v družini			
žrtev nasilja vrsta nasilja	otrok	partner	starejši
fizično			
spolno			
psihično			
zanemarjanje			

Slika 1: Oblike nasilja v družini

Prirejeno po: Krug s sod., 2002. World report on violence and health.

Še vedno se nasilje v družini velikokrat dojema kot zasebna zadeva. Vendar je nasilje v družini splošni družbeni problem. Tak pogled nanj je izražen tudi v Kazenskem zakoniku, ki je začel veljati novembra 2008. V poglavju Kazniva dejanja zoper zakonsko zvezo, družino in otroke je nasilje v družini določeno kot samostojno kaznivo dejanje (zagrožena kazen do pet let zapore).

7.1 Nasilje kot javnozdravstveni problem

Obseg problematike nasilja

Podatkov o obsegu nasilja je sorazmerno malo. Še najzanesljivejši so tisti o številu smrtnih žrtev nasilnih dejanj, ki pa so le vrh ledene gore celotne problematike (slika 2). Tudi podatki, ki jih zberejo različne institucije in policija ob obravnavi žrtev nasilja, močno podcenjujejo resnični obseg bremena nasilja, saj so zelo odvisni od občutljivosti družbe in angažiranosti institucij. Nekaj več informacij lahko dobimo iz raziskav in tudi v tem primeru je zanesljivost dobljenih podatkov odvisna od izvedbe oziroma načina zbiranja in pripravljenosti žrtev, da spregovorijo o svoji izkušnji nasilja, na kar lahko vplivajo občutki sramu, tabuji in strah (Krug s sod., 2002).



Slika 2: Breme nasilja
Vir: WHO, TEACH VIP, 2005.

V 90 do 97 % primerov nasilja v družini je povzročitelj nasilja moški nad žensko (Hague, G. in Malos, E., 1993). O tem, da so bile kadar koli v življenju žrtve fizičnega nasilja intimnega partnerja, je v različnih raziskavah poročalo 22 % žensk v ZDA, 34 % žensk v Kanadi, 23 % odstotkov žensk v Srbiji in 15 % žensk na Japonskem (Krug s sod., 2002, WHO, 2005). O izkušnji spolnega nasilja je poročalo 15 % prebivalk Toronta in 23 % prebivalk Londona (Krug s sod., 2002). O izkušnji spolnega nasilja intimnega partnerja pa 6 % žensk v Srbiji in na Japonskem (WHO, 2005).

V Evropski uniji ima po raziskavi Evropskega ženskega lobija izkušnjo nasilja s strani svojega partnerja vsaka četrta do peta ženska (European Women's Lobby, 1999). Praktično enake so tudi ocene Sveta Evrope, ki navajajo, da je vsaj enkrat v odrasli dobi doživela nasilje ena petina do ena četrtna žensk, več kot ena desetina žensk pa je doživela spolno nasilje, ki je vključevalo uporabo sile (Hagemann-White s sod., 2006).

V Sloveniji je do sprejetja Zakona o preprečevanju nasilja v družini edine uradne podatke o nasilju v družini spremljala policija, ki pa seveda beleži le podatke o prijavljenih kaznivih dejanjih. Število žrtev kaznivih dejanj se je po teh evidencah v obdobju 2000 do 2007 povečalo za 95 %. Tako so policisti v letu 2007 obravnavali že več kot 2700 žrtev nasilja v družini (Resolucija, 2009). Vendar najverjetneje na gre za dejansko povečanje nasilja v družini, temveč za večjo ozaveščenost javnosti in boljšo usposobljenost institucij, ki odkrivajo nasilje v družini, in tako se šele približujemo resničnejšim številkam o obsegu te problematike. Centri za socialno delo so leta 2007 obravnavali več kot 4000 otrok z izkušnjo nasilja, tudi zanemarjanja (Resolucija, 2009). Obsežnejša javnomnenjska raziskava Nasilje v družinah v Sloveniji, ki je bila izvedena na reprezentativnem vzorcu polnoletnih prebivalcev Republike Slovenije, je po naročilu Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve potekala v letu 2005. Izvedlo jo je Znanstveno-raziskovalno središče Koper Univerze na Primorskem. Velikost končnega (anketiranega vzorca) je bila 1006 anketirancev. Na vprašanje, ali ste osebno doživeli nasilje v družini, je odgovorilo pritrdilno 23,7 % anketiranih. Med tistimi, ki so osebno doživeli izkušnjo nasilja v družini, je 73 % vprašanih izjavilo, da se je to zgodilo v

družini, v kateri so odraščali, 38,6 % pa, da v družini, v kateri so živeli kot odrasli (nekaj jih je imelo izkušnjo nasilja iz otroštva in iz partnerskega odnosa). Med tistimi, ki so osebno doživeli nasilje v družini, v kateri so živeli kot odrasli, je bilo bistveno več žensk kot moških. Med anketiranimi jih poleg tega 22,3% pozna vsaj eno družino, v kateri se izvaja nasilje nad žensko (Sedmak s sod., 2006).

V presečni raziskavi, v katero so slovenski družinski zdravniki leta 2006 vključili svoje paciente, je 30 % obravnavanih oseb potrdilo izkušnjo telesnega in/ali duševnega nasilja (Selič s sod., 2008). Anketa, ki je bila leta 2007 narejena na vzorcu pacientk v ginekoloških ambulantah dveh slovenskih bolnišnic, je pokazala, da je nasilje v družini že kdaj v življenju doživelo 19,4 % anketirank, 3,4 % pa jih je poročalo o tem, da ga doživljajo tudi v času anketiranja (Cvetežar s sod., 2010).

Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih, ki je bila narejena leta 2009 na vzorcu žensk, starih 18 do 80 let, pa je pokazala, da je vsaka druga (56,1 %) ženska od svojega dopolnjenega 15. leta doživela eno od oblik nasilja. Najpogosteje so doživljale psihično nasilje (49,3 %), sledi fizično (23,0 %), premoženjsko (14,1 %), omejevanje gibanja (13,9 %) in spolno nasilje (6,5 %) (Leskošek s sod., 2010).

Zdravstvene posledice nasilja v družini

Nasilje intimnega partnerja

Številni dokazi kažejo, da je zdravje žensk z izkušnjo nasilja slabše kot zdravje žensk, ki te izkušnje nimajo. Pri tem ne gre le za neposredne posledice fizičnega nasilja, kot so poškodbe. Izpostavljenost nasilju namreč dolgoročno vpliva na telesno in duševno zdravje žensk, prav tako pa so pri ženskah, ki so žrtve nasilja, pogostejša tvegana vedenja, kot so kajenje, zloraba alkohola in drog. Izkušnja nasilja povečuje tveganje za depresijo, poskus samomora, kronične bolečinske sindrome, psihosomatska obolenja, poškodbe, gastrointestinalne motnje, slabše reproduktivno zdravje (tabela 1). Ugotovljeno je bilo, da posledice nasilja ostajajo tudi, ko nasilje preneha. Hujše, kot je nasilje oziroma zloraba in dlje ko traja, večje so posledice za zdravje (Krug s sod., 2002).

Tabela 4: Zdravstvene posledice oziroma povečano tveganje za zdravstvene težave ob izkušnji nasilja intimnega partnerja

Fizične Zlomi in raztrganine Modrice in odrgnine Poškodbe trebuha in prsne koša Poškodbe glave in oči Fibromialgija Kronični bolečinski sindromi Slabše splošno telesno funkcioniranje	Psihološke in vedenjske Nizko samospoštovanje Občutki sramu in krivde Fobije in panične motnje Posttravmatska stresna motnja Motnje hranjenja in spanja Depresija in anksioznost Samomorilnost in samopoškodovanje Psihosomatske motnje Kajenje, zloraba alkohola in drog Telesna nedejavnost Tvegano spolno vedenje
Spolne in reproduktivne Spolna disfunkcija	Smrtne Umori

Spolno prenosljive okužbe Pelvična vnetja Neplodnost Zapleti v nosečnosti/spontani splav Neželena nosečnost in splav	Samomori Maternalne smrti Umrljivost, povezana z aidsom
--	---

Prirejeno po: Krug EG s sod., 2002. World report on violence and health.

Zloraba otrok

Slabo zdravje, ki je posledica zlorabe otrok, je pomemben del globalnega bremena bolezni. Nekatero zdravstvene posledice so že dobro raziskane, druga področja so pritegnila pozornost šele v zadnjih letih. Posledice se pojavljajo tako na telesnem kot tudi duševnem zdravju in so lahko neposredne ter akutne, ali pa posredne, ki se pojavijo šele v odrasli dobi (tabela 2). Tak primer so kronične nenalezljive bolezni, njihovo pogostejše pojavljanje pa razlagajo s prevzemanjem bolj tveganih vedenj, kot so kajenje, zloraba alkohola, slabe prehranjevalne navade (Krug s sod., 2002).

Vrsta in resnost posledic se med otroci zelo razlikujeta, odvisni pa je od otrokove razvojne stopnje v času zlorabe, od teže zlorabe, odnosa s povzročiteljem, trajanja zlorabe in drugih dejavnikov otrokovega okolja (Krug s sod., 2002).

Tabela 5: Zdravstvene posledice oziroma povečano tveganje za zdravstvene težave zaradi zlorabe pri otrocih in mladostnikih

Fizične Zlomi in raztrganine Modrice in odrgnine Opekline Poškodbe trebuha in prsnega koša Poškodbe glave in oči Poškodbe centralnega živčnega sistema	Psihološke in vedenjske Upočasnen in moten razvoj Hiperaktivnost Nizko samospoštovanje Občutki sramu in krivde Slab učni uspeh Fobije in panične motnje Posttravmatska stresna motnja Motnje hranjenja in spanja Depresija in anksioznost Samomorilnost in samopoškodovanje Psihosomatske motnje Zloraba alkohola in drog Delikventno, nasilno vedenje in druga tvegana vedenja
Spolne in reproduktivne Spolna disfunkcija Spolno prenosljive okužbe Neželena nosečnost	Druge dolgoročne posledice Fibromialgija Sindrom razdražljivega črevesa Rak Kronična bolezen dihal Ishemična bolezen srca Bolezni jeter Težave v reproduktivnem zdravju

Prirejeno po: Krug s sod., 2002. World report on violence and health.

7.2 Psihološke značilnosti nasilja med intimnimi partnerji in v družinah

Nasilna dejanja med čustveno povezanimi osebami so vedno obstajala, bila so predmet literarnih obdelav že v grških tragedijah in imajo pomembno vlogo tudi v mnogih sodobnih dramah, romanih in filmskih upodobitvah. V umetnosti pogosto dobivajo vzvišeno podobo tragičnosti in služijo poudarjanju moči človeških čustev. Včasih se zdi, kakor da čustva sploh niso prava in dovolj močna, če vmes ne posega brezumna ljubosumnost, izguba razsodnosti in izbruh nasilja.

Povsem drugačno podobo nasilja so pokazala sociološka in psihološka raziskovanja v zadnjih desetletjih (Feldman, 1995; Stets, 1989; Sedmak, 2006). Presenetila je banalnost in pogostnost nasilja v domačem okolju.

Empirične ugotovitve o nasilju v družinah

Pojem nasilja med intimno povezanimi osebami vključuje nasilje med partnerji pred poroko in po njej, v zakonski ali zunajzakonski skupnosti, med istospolnimi partnerji, nasilje nad otroki in starostniki, nasilje med brati in sestrami, moških nad ženskami in žensk nad moškimi, spolno nasilje in nadlegovanje. Oblike fizičnega nasilja so lahko klofute ali udarci pa zadnjici, lahko pa so nasilna dejanja, ki povzročajo telesne poškodbe ali celo ogrožajo življenje. Nasilje se lahko kaže v nasilni komunikaciji, kričanju, grožnjah ali odklanjanju komuniciranja. Lahko gre za psihološko nasilje, ki se izvaja s čustvenimi pritiski, izsiljevanjem, sramotenjem, poniževalnimi dejanji ipd.

Najodmevnejše odkritje, ki ga potrjujejo številne raziskave, je presenetljivo dejstvo, da so bile nasilne osebe pogosto same žrtve ali priče nasilja v otroštvu. Delež takih oseb je v skupini družinskih povzročiteljev nasilja statistično pomembno višji kot delež med nenasilnimi osebami. Widom (Widom, 1989) poroča, da se osebe, za katere je bila v otroštvu sodno ugotovljena zloraba, pozneje v 42 % pojavljajo v policijskih zapisnikih kot nasilni odrasli. Sicer pa študije navajajo, da kar 60 do 80 % nasilnih moških prihaja iz nasilnih domov, 20 do 30 % njihovih žena pa poroča, da so bile v otroštvu izpostavljene nasilju (Rosenbaum, 1991). Revija Science je leta 1990 objavila sledilno študijo (Dodge, 1990), ki je potrdila te ugotovitve in spodbudila nadaljnje raziskave pri iskanju mehanizmov v krogu prenašanja nasilnega vedenja med generacijami.

Nasilje v družini je povezano z nekaterimi tipičnimi okoliščinami, ki jih raziskovalci imenujejo rizični dejavniki. To so: nižji socialno-ekonomski položaj, zloraba alkohola ali drog v družini, enostarševske družine, družine v stresnih situacijah, družine, v katerih je prisoten konflikt med staršema, neenak družbeni položaj partnerjev (izobrazba, dohodki, verska pripadnost), otroci s posebnimi značilnostmi temperamenta: neprilagodljivi, uporni, nervozni, bolehn. Rizični dejavniki sami po sebi niso vzrok nasilja, pač pa prispevajo k vzbujanju nasilnih odzivov. Ameriške raziskave tudi kažejo, da se etnična pripadnost, tradicionalni model družine ali vera ne izkažejo kot rizični dejavnik, če izločimo vplive revščine in stresnih situacij. Prav tako je nasilje problem tudi med izobraženimi in premožnejšimi sloji, vendar prisotnost rizičnih dejavnikov poveča verjetnost njegovega pojavljanja.

Otroci, ki so priče nasilja med staršema, utrpijo številne in daljnosežne posledice. Intervjuji s temi otroki pokažejo, da okrog 80 % otrok vidi in sliši prepire med starši, čeprav ti poskušajo svoje spore pred njimi prikriti. Vplivi na otrokov kognitivni, vedenjski in čustveni razvoj pogosto trajajo do konca življenja. Otroci pretepanih mater kažejo pozneje v življenju v povprečju več anksioznosti, nižje samospoštovanje, obsesivno-kompulzivno simptomatiko, pozornostne deficite in hiperaktivnost, samomorilna dejanja, neuspešno socialno integracijo,

slabšo šolsko uspešnost in zlasti zvišano agresivnost (Jaffe, 1990). Izkazalo se je celo, da so se moški, ki so zakrivali hujše oblike nasilja (npr. pretepanje, težki udarci, grožnje z orožjem ali uporaba orožja), razlikovali od moških z manj hudimi oblikami (npr. grabljenje, porivanje, metanje) po tem, da so bili v otroštvu samo priče nasilja, niso pa sami utrpeli telesnih kazni (Hotaling, 1990).

Posledice nasilja v družini so drugačne pri dečkih kot pri deklicah. Gelles (Gelles, 1976) je ugotavljal, da dečki, ki so žrtve nasilja v svoji primarni družini, pozneje večkrat postanejo storilci nasilnih dejanj, medtem ko deklice pogosteje postanejo žrtve tudi v svojem partnerskem odnosu. Dodge in sodelavci (Dodge, 1990) so v sledilni študiji ugotavljali, da se zlasti pri deklicah posledice nasilja ne kažejo v aktivnem povzemanju nasilnega vedenja, ampak v internaliziranih oblikah umika in izolacije, samoobtoževanja in občutkov krivde, ki končno pogosto vodijo v depresije.

Različne posledice ima tudi nasilje, ki se dogaja v različnih starostih otrok (Covell, 1987). Zelo majhni otroci, ki so priče nasilju, so pogosto slabega zdravja, slabo spijo in veliko jokajo. Pri predšolskih otrocih se kot posledica nasilja v družini pojavljajo znaki strahu, kriki, razdražljivo vedenje, skrivanje, tresenje in jecljanje. Mlajši otroci so na splošno bolj prizadeti kot starejši, bolj verjetno se pri njih pojavijo somatske motnje in prej nazadujejo na zgodnejše stopnje razvoja. Starejši otroci in mladostniki so pogosto zelo zadržani in skrivnostni glede družinskih razmer in zanikajo težave. Zlasti mladostniki lahko začnejo manipulirati z družinskimi odnosi, tudi sami uporabljajo agresijo kot sredstvo za reševanje težav, zvrčajo krivdo na druge, bežijo od doma, se povežejo z enim od staršev nasproti drugemu, kažejo pa tudi zunanje znake visoke anksioznosti (npr. si grizejo nohte, pulijo lase, somatizirajo čustva). Koliko bo otrok prizadet, je odvisno tudi od njegove zmožnosti za razumevanje dogodkov. Otroci, mlajši od osem let, so manj sposobni razumeti dogajanje v okolju in zato večino dogodkov povezujejo s seboj, niso zmožni upoštevati več kot enega dejavnika v okolju in imajo pogosto napačno pojmovanje vzročnosti. Zato velikokrat sebe dojemajo za krivce jeze staršev, se močno prestrašijo in so pod hudim stresom, čeprav nasilni starši mislijo, da niso otroku storili nič žalega. Starejši otroci se naučijo razlagati dogodke na podlagi predhodnih dejanj in čustev. Pri tem se pogosto opirajo na očitke in žaljivke, ki si jih izmenjujejo starši. Ti otroci se naučijo kriviti druge, svoje sorojence, starše ali predhodne dogodke v družini. Včasih obrnejo očitke tudi proti sebi ali pa proti trpinčeni materi in njo krivijo za družinske težave (Davidson, 1978).

Stopnja in pogostost nasilnosti imata tudi svoje posebne učinke. Pri visoki stopnji agresivnosti se zdi, da ima že eno samo izkustvo enako usodne posledice za otroka, kot če se to večkrat ponavlja. Pri manj hudem nasilju pa je prizadetost otroka tem večja, čim večkrat se ponavlja in čim dlje traja (Mainly, 1994).

Psihološke teorije nasilja

Pojavljanje nasilja v intimnih skupnostih kaže neke zakonitosti in povezave, iz katerih je mogoče sklepati o globljih psiholoških temeljih nasilnega vedenja. Poznamo tri širše sprejete teorije nastajanja in prenašanja vzorcev nasilnega vedenja.

Teorije socialnega učenja

Bandura (1979) je obsežno raziskoval razvoj agresivnega vedenja pri otrocih in mladostnikih. Izhaja iz temeljne ugotovitve, da se otroci učijo vzorce vedenja z opazovanjem oseb v njihovem okolju (staršev, sorodnikov, skrbnikov) ali likov, ki jih predstavljajo filmi in

televizija. Ali bo otrok prevzel določene modele vedenja, je odvisno od treh glavnih posredujočih dejavnikov. Prvič, otroci prevzemajo vedenja oseb, s katerimi se močno identificirajo. Drugič, neka oblika vedenja se ustali in ponavlja, če posledice tega vedenja pomenijo nagrado ali če vedenju ne sledijo neugodne posledice. Pri agresivnem vedenju deluje kot nagrada občutek moči in obvladovanja drugih, preprečitev nekega nezaželenega dejanja ali pa sprostitev čustvenih napetosti. Kot kazen lahko deluje poznejši občutek krivde, partnerjeva prekinitev stikov ali posredovanje tretjih oseb. Ti dejavniki so pogosto prisotni v družinah z nasiljem in otroci se naučijo, da je agresivno vedenje učinkovito sredstvo za obvladovanje konfliktov, da je mogoče s silo vzdrževati nadzor nad drugimi.

Tretji dejavnik pa so stališča in prepričanja. Bandura navaja šest načinov, s katerimi storilci opravičujejo svoja dejanja:

- opravičevanje nasilja s sklicevanjem na neko višjo avtoriteto,
- primerjava z nekim hujšim nasiljem,
- prenašanje odgovornosti na alkohol, drogo ipd.,
- prikazovanje nasilja kot nekaj običajnega in socialno sprejemljivega,
- razvrednotenje žrtve z uporabo žaljivih vzdevkov,
- omalovaževanje posledic agresije.

Med povzročitelji nasilja v družini so mnogi raziskovalci dejansko našli te značilnosti: vzroke pogosto pripisujejo zunanjim dejavnikom (npr. stresu v službi, nekim dejanjem partnerja) ali trenutnim, nestalnim psihičnim stanjem (čustveni razburjenosti, pijanosti). Pogosto uporabljajo izgovore ali zmanjšujejo število, težavnost in posledice nasilnih dogodkov (Wolf-Smith, 1992). Presenetljivo pri tem je, da tudi žrtve povzamejo iste načine racionalizacije, opravičevanja in minimaliziranja, kar prispeva k povečanju njihove tolerantnosti in jih odvrča od iskanja pomoči. Pogosto slišimo od žensk opravičevanje partnerja: »Saj je mož dober, kadar ne pije.«

Novejše raziskave socialne kognicije potrjujejo pomen spoznavnih dejavnikov. Agresivni posamezniki izkazujejo poseben tip procesiranja socialnih informacij (Dodge, 1995), katerega značilnosti so:

- povečana pozornost na znake sovražnosti,
- pristransko prepoznavanje sovražnih namenov pri drugih,
- visok odstotek agresivnih vsebin v spominu,
- mnenje, da agresivno vedenje pripelje do pozitivnih rezultatov.

Prisotnost take miselnosti je bila pri povzročiteljih nasilja tudi empirično potrjena (Holtzworth-Munroe, 1993).

Model porušenih družinskih odnosov

Nasilje vnese v družino številne motnje in onemogoči ali oslabi njene primarne funkcije. Jaffe in sodelavci (Jaffe, 1986) so vprašanje nasilja preučevali znotraj širše teorije družinskega sistema. Opažali so neposredne in posredne vplive nasilja.

Neposredno ima nasilje v družini vpliv na otrokova čustva (strah, žalost, stres) in vedenje (agresivnost, beganje, vključevanje v konflikt). Posredni vplivi pa prihajajo iz materinega stresa, spremenjenih pogojev bivanja, denarnih težav in odzivov sorojencev. Posredni in neposredni vplivi znižujejo otrokovo učinkovitost (npr. v šoli) in še dodatno povečujejo celoten stres. Stopnjevanje težav se nadaljuje s povratnimi učinki otrokovih težav na poglobljanje konflikta med staršema.

Model porušenih družinskih odnosov pripisuje glavno težo vlogi trpinčene matere, ki naj bi sicer predstavljala oporo otrokovi čustveni stabilnosti, zaradi posledic nasilja pa sama izgubi to sposobnost. Postane manj samozavestna, ima več bolezenskih težav, anksioznih in depresivnih simptomov, samomorilnih teženj. Izkazalo se je, da je materinski stres v močnejši povezavi z otrokovimi čustvenimi in vedenjskimi motnjami kot pa sama stopnja nasilja (Holden, 1991).

Model travmatske navezanosti

Pojem »navezanosti« je John Bowlby opredelil kot trajno psihološko povezavo med človeškimi bitiji. Trdil je, da imajo zgodnje otroške izkušnje pomembno vlogo za otrokov razvoj in pozneje na njegovo vedenje v življenju. Navezanost ima pri otroku štiri glavne sestavine: 1. željo po bližini osebe, na katero je navezan, 2. občutek varnosti in zadovoljstva ob tej osebi, 3. prisotnost te osebe mu daje pogum, da raziskuje svoje okolje, 4. odsotnost te osebe vzbuja strah in žalost (Bowlby, 1969). Pozneje je Mary Ainsworth vpeljala razlikovanje med vrstami navezanosti (Ainsworth, 1978). Varna navezanost je običajna in zdrava navezanost. Otrok, ki vzpostavi varno navezanost, se je za določen čas sposoben ločiti od staršev. Kadar je v stiski, išče pri njih pomoč. Prihod odsotnih staršev ga razveseli. Raje je s starši kot s tujci. Tak otrok je v odraslosti sposoben vzpostaviti trajne čustvene povezave, ima dobro samopodobo, rad deli svoje občutke s prijatelji in partnerji in išče podporo v družbi. Otroci, ki ne vzpostavijo varne navezanosti, tudi pozneje kot odrasli niso sposobni zrelega čustvovanja, samospoštovanja in stabilnih čustvenih odnosov s partnerji. Ainsworthova govori o negotovi navezanosti pri teh osebah. Loči dva tipa negotove navezanosti: ambivaletnega in izogibajočega. Main in Solomon (Solomon, 1995) sta dodala še dezorganizirani negotovi tip navezanosti. Vzorci navezanosti, ki se vzpostavijo v otroštvu, močno določajo načine vedenja v odrasli dobi. Tako tudi pri odraslih govorimo o različnih »odraslih tipih navezanosti«, ki se kažejo v čustvenih zvezah s partnerji. Te zveze niso samo ponovitev otroške navezanosti, saj jih oblikujejo tudi vse poznejše življenjske izkušnje, ki lahko pri posamezniku preoblikujejo prvotni slog navezanosti v bolj ali manj varen, bolj ali manj negotov.

Pri otrocih, ki so živeli v nasilnem okolju, zlasti pri tistih, ki so bili izpostavljeni ponavljajočemu in hudemu nasilju, se oblikuje poseben slog navezanosti, ki so ga Dutton, Golant in van der Kolk (Dutton, 1995; Dutton s sod., 1995; Van der Kolk, 1987) imenovali »travmatska navezanost«. Otrok lahko neposredno razvije simptomatiko potravmatske stresne motnje (PTSM). Po veljavni psihiatrični opredelitvi je PTSM specifičen skupek simptomov, ki se pojavijo po izkušnji, doživetju ali prisotnosti ob dogodku, ki vsebuje nevarnost hude poškodbe ali celo smrti. PTSM lahko nastopi, če je oseba sama izpostavljena ali samo doživi izpostavljenost nekoga drugega. Potravmatski simptomi vključujejo podoživljanje travmatskega dogodka, izogibanje stvarem, ki spominjajo na dogodek, občutek odtujenosti, izgubo interesa za običajne aktivnosti, utesnjeno čustvovanje, motnje spanja, nagnjenost k pretirani vzbujenosti, izbruhom jeze ali agresije. Simptomi se lahko pojavijo kmalu po dogodku ali pa šele leta po izvirni travmi. Kadar ne gre za zunanji dogodek (prometno nesrečo, naravno katastrofo), ampak za nasilje ali spolno zlorabo, se naštetim simptomom pridruži še doživljanje sramu, krivde, sovražnosti, somatski simptomi, socialni umik in občutek stalne ogroženosti.

Van der Kolk (Van der Kolk, 1987) je prvi predlagal razlago, da gre pri izvajalcih nasilja, ki so bili sami v otroštvu žrtve, za pozen nastop PTSM z vsemi njenimi simptomi in vedenjskimi značilnostmi. Dutton in sodelavci (Dutton, 1995; Dutton s sod. 1995) so podrobno obrazložili

celoten razvoj od formiranja travmatske navezanosti pri otroku, prek oblikovanja nasilne osebnosti do vzpostavitve posebne vrste negotove odrasle navezanosti, ki so jo poimenovali »strah vzbujajoča navezanost«. Osebe, ki vzpostavijo tako navezanost, vzbujajo v svojih partnerjih in družinskih članih strah. Nagnjeni so k psihološko in telesno zlorablajočemu vedenju, v sebi imajo veliko »intimne« jeze, preobčutljivi so za nesprejemanje ali »puščanje na cedilu«, kronično anksiozni, v medosebnih odnosih zelo nezaupljivi in ljubosumni, čustveno labilni. Jeza je osnovna sestavina njihovega odnosa do partnerja; ne glede na to, kaj se dogaja, vedno se jeza obrne proti partnerju in se mu pripisuje krivda. Jeza se toliko bolj stopnjuje, ker so na isto osebo usmerjena pričakovanja po razumevanju, sprejemanju in varnosti, hkrati pa se ji pripisuje odgovornost in krivda, da ta pričakovanja niso uresničena. Navezanost se tako spremeni v kronično jezo na »ljubljeni« osebo. Zato so pri njih sprožilci agresivnega vedenja bolj notranja razpoloženska stanja kot pa zunanji dogodki. Moški s tem stilom navezanosti blažijo lastno negotovost in anksioznost v odnosu do žensk s tem, da jih pretirano nadzirajo; svojo čustveno ranljivost pa maskirajo s tem, da pripisujejo krivdo za lastno vedenje partnerki ali komu drugemu. Izbruhe jeze in agresivnosti jim zlasti sprožajo dogodki in okoliščine, ki jih spominjajo na lastno prizadetost v otroštvu. Ko se taki moški selijo iz ene neuspele partnerske zveze v drugo, se jim potrjujejo samouresničujoče napovedi, da so ženske nezanesljive, nevredne zaupanja in da jih je treba strogo nadzirati. Med tremi raziskovalnimi področji, ki so bila na začetku ločena, se kaže vse več skupnega: način navezovanja v otroštvu pod vplivom zlorablajočega vedenja staršev – razvoj simptomov potravnatske stresne motnje – osebni razvoj v smeri mejne (borderline) osebnostne strukture (po MKB 10: čustveno neuravnovešene osebnostne motnje). Empirične ugotovitve Duttona in sodelavcev (Dutton s sod., 1995) je mogoče strniti v tri točke: 1. z mejno osebnostno strukturo je soodvisen a) negotov stil navezovanja v otroštvu, b) zgodnja zloraba in nesprejemanje s strani staršev, c) aktualno prisotni potravnatski simptomi, d) visok nivo jeze; 2. mejna osebnostna struktura z naštetimi simptomi in ljubosumnostjo pomembno korelira z verbalno in fizično agresivnostjo v odnosu do intimnega partnerja; 3. aktualna »strašljiva« (angl. *fearful*) navezanost na partnerja in mejne osebnostne značilnosti so tako močno povezane, da lahko oboje pojmujeemo kot dva vidika ene stvari.

Odprta vprašanja ob raziskavah o nasilju v družinah

Prikaz odprtih vprašanj in pomanjkljivosti se opira zlasti na pregledni članek Clyda M. Feldmana (Feldman, 1997).

1. Teorije o zlorablajočem vedenju v intimnih odnosih se razlikujejo. Nobena ni popolna in nobena ne odgovarja na vsa vprašanja. Zavedati se je treba, da vse problematike še ne poznamo in da so dosedanja znanja še premalo vseobsežna in integrirana. Po drugi strani pa je res, da se teorije med seboj ne izključujejo, hitro lahko celo ugotovimo, da druga drugo dopolnjujejo.

2. Ob pregledu dosedanjega raziskovanja posledic, ki jih ima izpostavljenost otroka nasilju in zlorabam, se pokaže, da je bil ta pojav preučevan preveč posplošeno in da se je premalo pozornosti posvečalo razlikovanju med različnimi tipi izpostavljenosti. Že sama raziskovalna sredstva (standardizirani vprašalniki in intervjuji) niso vsebovala potrebnih razlikovanj in kriterijev, na podlagi katerih bi bilo mogoče razločevati med različnimi vrstami nasilja in zlorab ter njihovimi posledicami (Wolfe, 1994). Neizenačeni kriteriji in posplošeno obravnavanje nasilja privede do velikih razlik v oceni pogostnosti tega pojava kot tudi o njegovih posledicah. Razlikovati bi bilo treba a) tip nasilja (samo prisotnost, fizično nasilje, psihološko nasilje, zanemarjanje), b) težavnost nasilja, c) pogostnost, d) kdo je povzročitelj

nasilja (oče, mati, sorojenci, drugi), e) razvojno obdobje otroka, v katerem se izpostavljenost dogaja. Nepopolno razlikovanje na teoretičnem področju pripelje do posplošenih in tudi neustreznih ukrepov v praksi in pri zagotovitvi pomoči prizadetim osebam.

3. Razlikovanje med različnimi učinki pri moških in ženskah tudi ni dovolj uveljavljeno. Deklice ne samo da se odzivajo drugače na nasilje (travmo bolj internalizirajo kot eksternalizirajo), ampak je tudi njihov poznejši življenjski razvoj drugačen kot pri moških. Pri tem imajo pomemben in premalo upoštevan vpliv tudi biološki, psihološki, kulturni in relacijski dejavniki. Še zlasti je odločno premalo preučena ženska kot povzročiteljica zlorabe in nasilja. Novejše študije sicer kažejo, da je med storilci več žensk, kot smo mislili doslej, ni pa še zanesljivih podatkov o samem razvoju in tipu ženske agresivnosti. Tovrstne sistematične raziskave so ovirane zaradi močno zakoreninjene predstave o ženski kot žrtvi, ki se vedno samo brani. Posamezni primeri in njihova klinična obravnava pa kažejo, da bi bile te raziskave potrebne (Feldman, 1997).

4. Umeščanje nasilja in zlorab v okvir celotnega življenjskega obdobja je sicer prepoznano kot potrebno, manjka pa zanesljivih empiričnih podatkov o povezavah med otroštvom, adolescenco in odraslostjo (Cicchetti, 1995). Premalo je znan pomemben vpliv odnosov med sošolci in kolegi v pozni adolescenci. Tako dinamika in stabilnost agresivnega vedenja kot njegovo spreminjanje in opuščanje v različnih situacijah in različnih življenjskih obdobjih gotovo zaslužijo še temeljitejše raziskovanje. 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.

5. Problematike nasilja ne bi smeli gledati samo na individualni ravni, torej samo povzročitelje nasilja ali žrtve. Študije in praktični ukrepi imajo pogosto pred očmi samo posameznika in njegov problem. Smernice za preprečevanje nasilja posebej naročajo, da se je treba izogibati vsakemu poskusu »porazdeljevanja krivde«. A tako izogibanje lahko v resnici zamegli dejansko kompleksnost in interaktivnost dejavnikov v družini. Model družine s porušeni odnosi opozarja na tako prepletenost dejavnikov. Ti dejavniki so lahko: družinski konflikt, materina vloga, starševsko zanemarjanje, celotno družinsko okolje, vzgojni prijemci discipliniranja in usmerjanja otrok, odnosi med starši in otroki. Prepoznavanje motenih medosebnih odnosov in ustrezno večstransko ukrepanje je nujno za uspešno delo pri preprečevanju nasilja.

6. Nasilje in zlorablajoče vedenje je kristalizacijska točka, na kateri se najbolj nazorno pokaže, da je v intimnem odnosu nekaj narobe. Ni pa niti začetek niti konec vsega dogajanja. Strokovno in praktično ukvarjanje z nasiljem bi morali dopolniti z ukvarjanjem s procesi, ki do nasilja privedejo (Feldman, 1997). Premalo poznamo vse mediacijske procese, ki privedejo do izbruha nezaželenega vedenja. Kaj je z mediacijskimi spoznavnimi procesi? Kakšni so notranji delovni modeli? Kakšni so pripisani pomeni in različne percepcije posameznikov v družini?

7. Več pozornosti zasluži tudi tipologija različnih vrst družinskega nasilja. V preteklosti se je iskalo enoten profil povzročitelja nasilja nad ženo in se je tudi ukrepalo skladno s to sliko tipičnega napadalca. Raziskave in klinične izkušnje so pokazale vsaj tri tipe: samo družinski povzročitelj nasilja, mejni-disforični, antisocialni. Za vsak tip je prepoznan tudi poseben način izpostavljenosti nasilju v otroštvu. Ni pa še znano, kakšna je vloga različnih mehanizmov prenosa v odraslost. Tudi vprašanje razmerja med nasiljem znotraj družine in zunanjim

družinskim antisocialnim vedenjem ni razčiščeno. Za zdaj pojmuje tri različice nasilja za podskupine iste širše populacije z istimi koreninami nasilja, tj. zgodnjo otroško izpostavljenostjo zlorabam.

8. Ključni in še neodgovorjeni pa sta vprašanji: Zakaj visok odstotek otrok, ki so utrpeli nasilje v otroštvu, kot odrasli niso nasilni? In zakaj so nekateri odrasli nasilni, ne da bi v otroštvu izkusili starševsko nasilje? Raziskave kažejo, da bi takih posameznikov utegnilo biti celo več kot tistih, kjer je vidna povezava med otroško izpostavljenostjo in odraslim izvajanjem nasilja. V čem je odpornost proti izpostavljenosti nasilju? Zadosti utemeljenih odgovorov še ni, čeprav se išče v smeri socialne podpore (pozitivne osebe v sorodstvu, prijatelji) in obvladovalnih strategij, ki jih razvije prizadeta oseba sama.

9. V javnosti se večkrat pojavljajo mnenja, da je za povečanje nasilja kriva kar sodobna družba s svojo vrednotno dezintegracijo, usmerjenostjo na delo, kariero in družbeni uspeh ter pomanjkanjem časa in smisla za kakovostne intimne odnose. V stroki se ti vidiki šele v zadnjem času odpirajo raziskovanju. »Pozitivna psihologija« kot novo gibanje v psihološki znanosti je na splošno usmerjena v preučevanje dejavnikov, ki prispevajo k človekovi dobrobiti. V zvezi s travmo in nasiljem zavzema širšo perspektivo, ki vključuje tako odpornost in okrevanje kot okvaro in simptomatologijo. V prevladujoči tok raziskovanja nasilja – kot je prikazan tudi v tem prispevku – vključuje tudi vlogo moralnosti, duhovnosti in religije. Problem nasilja skuša ovrednotiti kot na stres vezano priložnost za osebno rast (Ai, 2005).

Zaključki za kliničnopsihološko obravnavo storilcev nasilnih dejanj

V sedanjih družbenih okoliščinah je obravnavanje nasilja v družinah usmerjeno predvsem na vse sočasne determinante in okoliščine problema. Izpostavljena so najvidnejša in najneposrednejša dejstva: samo dejanje nasilja in institucija, znotraj katere se to dogaja, torej družina. Glavni problem se zdijo tradicionalni kulturni vzorci, ki se v družini ohranjajo in vzdržujejo. Družina kot taka je postavljena pod vprašaj. »V naši družbi še vedno velja, da je za žensko najnevarnejša institucija zakon, najnevarnejši prostor dom in najnevarnejša oseba partner.« (Božac Deležan, 1999; Sedmak, 2006).

Družbeni ukrepi so zato usmerjeni v kriminalizacijo nasilja v družini, represivne ukrepe zoper storilce in zaščito žrtev.

Podobno je tudi psihološka obravnava odraslih izvajalcev in žrtev nasilja v glavnem usmerjana na neposredne probleme. Pri tem se najpogosteje uporabljajo vedenjske tehnike in treningi specifičnih veščin. Težišče obravnav je na obvladovanju jeze in strategijah kontrole. Alternativa vedenjskim tehnikam se ukvarja predvsem z moško patriarhalno usmerjenostjo in seksističnimi stališči ter skuša spremeniti njihova stališča in predsodke.

David A. Wolfe poziva k večjemu upoštevanju vzrokov nasilja, razvoja medosebnih odnosov in dolgoročnih posledic nasilja. Ne govori o »družinskem nasilju«, ampak dosledno uporablja termin »nasilje v odnosih«. Znanje o vzrokih in posledicah nasilja v odnosih lahko vodi do obetavnih vzgojnih in preventivnih pobud, omogoča pa tudi pravičnejši in vsestranski pogled na problem. Kako se spremeni razumevanje problema, ponazarja z ekstremnim primerom iz svoje prakse. Sodišče je obravnavalo 15-letnega fanta, ki je poskušal umoriti svojega krušnega očeta. Tožilstvo je zahtevalo premestitev postopka z mladoletnega sodišča na sodišče za odrasle, ker je šlo za načrtovan umor iz zasede z uporabo strelnega orožja. Zaradi tega je bilo naročeno izvedensko mnenje psihologa. Psihološka preiskava je pokazala, da je

to, kar je bilo na prvi pogled videti kot načrtovan poskus umora, dejansko le vrhunec petnajstletnega nasilja in zlorabe otroka s strani krušnega očeta (Wolfe, 2006).

Terapevtska obravnava bi se morala v prihodnje bolj usmeriti v način zgodnje socializacije in bolj upoštevati viktimizacijo oseb, ki so zdaj obravnavane predvsem kot povzročitelji nasilja. Razširitev programov obravnave odraslih moških in žensk z večjim poudarkom na zgodnji izpostavljenosti in viktimizaciji bi bila koristna v več pogledih:

- ozaveščanje klientov o njihovi vlogi žrtve v otroštvu,
- zavedanje in razumevanje klientov, kateri so vzorci, predpostavke in atribucije, ki so jih razvili v otroštvu,
- zvišanje klientove empatije do njihovih žrtev,
- usmerjanje pozornosti na prizadeto samospoštovanje, nizko učinkovitost in nizko socialno oporo,
- razumevanje simptomov in motenj, povezanih s travmo,
- razumevanje medgeneracijske narave zlorab in nasilja.

Raziskave so pokazale, da je treba vrsto in trajanje obravnave prilagoditi klientom, tako da se upošteva tip njihovega nasilnega vedenja.

Relativno kratke obravnave s svetovalnim poudarkom so primerne za kliente z manjšo izpostavljenostjo nasilju v otroštvu, relativno nižjo stopnjo nasilnosti in omejitvijo na družinsko okolje ob hkratni višji stopnji obžalovanja in želji po spremembi. Terapevtske tehnike v tem primeru zajemajo: izobraževanje o nasilju v družini, vedenjske tehnike, kot je »time-out«, trening receptivnih in ekspresivnih komunikacijskih veščin, treningi sproščanja in utrjevanje stališč o enakopravnosti med spoloma.

Daljša in bolj usmerjena obravnava je potrebna za kliente s srednje ali močno izraženo medpartnersko nasilnostjo, težjo anamnezo zlorabljenosti, prisotnostjo hude ljubosumnosti in/ali odvisnosti, potravmatskimi simptomi ali drugimi osebnostnimi težavami, povezanimi z zgodnjo travmo. Poudarek bo verjetno moral biti ne samo na obravnavi telesne, ampak tudi psihološke zlorabe, spreminjanju kroničnih destruktivnih medosebnih vzorcev vedenja, povezanih z osebnostno problematiko, zlorabo substanc in obravnavo otroških travm.

Tretja oblika posredovanja je namenjena posameznikom z nasilnim vedenjem doma in zunaj doma s težko otroško travmo, nizko sposobnostjo empatije in obžalovanja, antisocialnimi osebnostnimi potezami. Za tiste iz te skupine, za katere psihološka terapija očitno ni uspešna, je potrebna dolgotrajna obravnava s poudarkom na legalnih zakonskih sankcijah, ki se zanje ne smejo odlagati zaradi obravnave.

Na splošno velja, da je treba pri obravnavi oseb, ki so bile v otroštvu zlorabljene ali bile priče zlorabe, posebno pozornost posvečati oceni potravmatske stresne simptomatike in značilnostim čustveno neuravnovešene osebnostne motnje (mejni patologiji). Pozoren je treba biti na komorbidnost, ki se pogosto veže na PTSM: zloraba substanc, anksiozne motnje, depresija, mejne in antisocialne osebnostne motnje.

Empiričnih podatkov o uspešnosti navedenih pristopov je zelo malo, pa tudi obstoječi imajo pomanjkljivosti v metodologiji (npr. pomanjkanje kontrolnih skupin, nejasna merila uspešnosti obravnave).

Preventivno delovanje

Samo represivni ukrepi ne morejo ustaviti nasilja in prenašanja vzorcev nasilnega vedenja v naslednji generaciji. Poleg pomoči, ki so jo deležne žrtve nasilja, bi bilo treba posvečati več pozornosti otrokom, ki so priče nasilja med staršema. Ti otroci so na poti, da sami postanejo povzročitelji nasilja v odraslosti. Pogosto postane družba na njih pozorna šele, ko kot mladoletniki zaidejo v prestopništvo in se znajdejo v policijskih zapisnikih.

Wolfe (2006) je med dijaki višjih razredov srednjih šol odkril presenetljivo visok odstotek najstnikov (okrog 30 %), ki so utrpeli zlorabo, a jih ni odkril in obravnaval noben sistem. Prisotne so bile vse vrste zlorab, fizično trpinčenje, zanemarjanje, spolne zlorabe, izpostavljenost partnerskemu nasilju med starši. Tudi pri teh mladostnikih so se kazali razpoznavni znaki stresni simptomov in zlorablajočega vedenja. Dekleta z izkustvom nasilja so devetkrat bolj pogosto kazale simptome emocionalnih motenj kot dekleta brez takega izkustva. Pri fantih je bilo to razmerje 1 : 3. V tem obdobju se pri nekaterih že kaže značilno zlorablajoče vedenje pri sestajanju in druženju med dekleti in fanti.

Razvili in preskusili so projekt za preprečevanje nasilja med mladostnimi pari. Vanj so vključili mladostnike z izkušnjo nasilja v družini. Program je vseboval 18 dvournih srečanj z izobraževanjem o zdravih in zlorablajočih odnosih, vajami za pridobivanje spretnosti in socialne aktivnosti. Dvoletno sledenje tem mladostnikom in primerjava z neobravnavano kontrolno skupino je pokazala, da je bilo posredovanje učinkovito v smislu zmanjšanja primerov telesne in psihične zlorabe in čustvene prizadetosti (Wolfe, 2003).

Zaradi pogostosti tega pojava med mladostniki (pogostost je enaka pogostosti med odraslimi) Wolfe predlaga preventivno delo na celotni populaciji mladostnikov. V tem obdobju se posledice otroških zlorab začno močnejše kazati v okolju zunaj družine, obenem pa vedenjski vzorci še niso ukoreninjeni in se še dajo spreminjati.

DINAMIKA ODNOSOV V DRUŽINAH Z IZKUŠNJO NASILJA

Za družinsko življenje je značilno, da v njem potekajo intimni odnosi med člani družine. Družina torej predstavlja zasebnost in v različnih družbah obstajajo dileme, kdaj je družba upravičena poseči vanjo. Stališče Svetovne zdravstvene organizacije je, da nasilje v družini nujno potrebuje preseganje tabuja družinske zasebnosti (WHO, 2005). Nasilje v družini uvrščamo v kategorijo »medosebno nasilje« (v primerjavi s t. i. »kolektivnim nasiljem«), in sicer gre lahko za različno naravo nasilja (telesnega, spolnega, psihološkega in v smislu zanemarjanja/prikrajšanosti) nad otroki, partnerji in starejšimi (Krug s sod., 2002). Storilci nasilja so intimni partnerji, starši oziroma drugi bližnji sorodniki; to je povsem različno od nasilja nad odraslimi moškimi, ki so pretežno žrtve nasilja zunaj meje družinskega sistema. Žrtve so običajno čustveno in ekonomsko povezane s storilcem, kar pomembno določa dinamiko nasilja. Nasilje neznane osebe se največkrat zgodi kot enkratni dogodek; v družini pa gre praviloma za cikel nasilja in ponavljajočo se izkušnjo. Čeprav so lahko tudi ženske nasilne v partnerskih odnosih in se nasilje pojavlja tudi v homoseksualnih razmerjih, pa je prevladujoč vzorec družinskega nasilja tisti, ko je nasilnež moški in žrtev ženska oziroma otroci (Selič, 2007). Nasilje v družini lahko označimo kot ekspresivno nasilje – ki se sproži ob izražanju jeze, frustracije, kot izguba nadzora ali pa kot instrumentalno nasilje, s katerim se želi doseči nadzor, ustrahovanje, subordinacija. Dejansko gre praviloma za željo po dominaciji nad družinskimi člani (Connell, 1995). V nadaljevanju poglavja bodo opisane značilnosti družinskih odnosov, ki razložijo možnost vzdrževanja nasilnih odnosov v skupini medsebojno navezanih ljudi, ki naj bi poleg pripadnosti zagotavljala prav varnost.

Družinska pripadnost

Družina je posebna socialna oblika človeških odnosov. Nekatere njene značilnosti so splošne in veljajo za vse kulture (Scabini in Cigoli, 1998), na primer lastnost, da je ta skupina organizirana na starševskih odnosih, ki temeljijo na partnerstvu in različnosti generacij. Družine so organizacijsko kompleksni socialni sistemi, ki lahko vsebujejo dve do štiri generacije. Za ta socialni sistem so značilni čustvena povezanost, lojalnost in trajnost članstva. Ljudje imamo veliko potrebo, da bi pripadali majhni skupini ljudi, v kateri bomo lahko razvijali neke intimne vezi in občutke varnosti. Ta potreba je univerzalna in je tudi eden od razlogov, da institucija družine obstaja ne glede na kulturološke spremembe (Boscolo in Bertrando, 1995). Ljudje bi želeli družinsko okolje doživljati kot temeljni varnostni sistem. Vendar so v družinskem življenju povezani s kombinacijo intimnosti in čustvene intenzivnosti, ki lahko niha med naklonjenostjo in sovražnostjo. Posebnost človeške družine je v tem, da je videti, da ima glede na razširjenost nasilja relativno slabo razvite inhibicije, ki nadzorujejo agresivno vedenje glede ostalih članov iste vrste, vsaj v primerjavi s socialnimi živalmi (Straus, 1992). Raziskovalci nasilnega vedenja v okviru družine ugotavljajo, da lahko obstaja tudi genski potencial za nasilnost, vendar se ne razvije brez socialnih pogojev: torej gre predvsem za naučeno vedenje (McCord, 1994). Številne raziskave poročajo o telesnem nasilju nad ženskami in otroki v družinah vseh socialno-ekonomskih položajev, vendar so tisti, ki živijo v revščini, nasilju partnerjev oziroma očetov veliko bolj izpostavljeni (Krug s sod., 2002): najverjetneje je za mnoge moške revščina hud stresor in dokaz njihove nezadostnosti, revne ženske pa se veliko težje odločijo zapustiti nasilnega partnerja. Velika neravnovesja v razmerjih moči, kot so lahko v okoljih s patriarhalnimi vrednotami, omogočajo, da se člani družine z višjim socialno-ekonomskim položajem znašajo nad šibkejšimi člani družine (Sethi s sod., 2004). Hkrati se od družinskih članov pričakuje lojalnost do družine, in to bistveno bolj prav od žrtev.

Vztrajanje v družinah, kjer je doma nasilje, ima več razlogov: eden od njih je, da se odrasla žrtev nima kam umakniti ali te možnosti ne vidi oziroma ima prešibko mrežo podpornih odnosov zunaj družine (ali pa jih sploh nima) (WHO, 2005). Drugi razlog je povezan z naravo navezovalnih odnosov v družini. Vedenjski sistem navezanosti obstaja pri vseh ljudeh in je eden od osnovnih sestavin človeške narave. Navezovanje na druge osebe ima tudi biološko (evolucijsko) osnovo: iskanje bližine z izbrano osebo razumemo kot evolucijsko nalogo zaščite in preživetja. Občutek navezanosti je taka nuja, da se lahko razvije in obstaja navkljub ponavljajočemu se kaznovanju s strani navezovalne osebe. Zato ljudje občutijo intenzivna in boleča čustva, kadar se bojijo, da bodo izgubili ali ko zares izgubijo človeka, ki jim pomeni navezovalno osebo (Pistole, 1994). Otroci pa samoiniciativne možnosti umika iz družine, kjer doživljajo nasilje, sploh nimajo, saj je družina edina socialna stvarnost, ki jo poznajo. Navezovalni odnosi tudi razložijo izmenjavanje občutkov varnosti, tolažbe in zaščite, ki jih občasno doživljajo člani v nasilnih družinah, in občutkov nemoči, strahu in obupa. Tak izmenjujoč se cikel namreč v »dobrih obdobjih« povzroča, da se žrtve navezujejo na tiste, ki zlorabljuje svojo moč nad njimi. Tako se otrok približa staršem v obdobjih, ko ga ne ustrahujejo, ali žena možu, ki se ji opravičuje za tepež. Ker so ljudje v družinah med seboj navezani, to povzroči, da dolgo ostajajo v odnosu, zato se nasilnost ponavlja in postaja stalen vzorec vedenja. Cikel nasilja (Walker, 1984) razumemo kot ponavljanje naslednjih faz: obdobje, ko narašča napetost, nasilni incident, in obdobje, ko je napetost majhna, v odnosih pa prevladujejo ljubeznivost, opravičila in zagotavljanje, da se nasilje ne bo več zgodilo.

Otroci kot žrtve nasilja

Varnost otrok je bistveno odvisna od starševskega stila njihovih skrbnikov in starševske zmožnosti za navezovanje. Starševski stil vpliva na otrokovo funkcioniranje od otroštva do mladostništva (Cusinato, 1998). Starševski stil, ki je združeval veliko nadzora in malo čustvene podpore (morda bi se dal opisati z izrazom »strahospoštovanje« ali »pretrd« vzgojni stil), se je povezoval z nižjim samospoštovanjem pri otrocih, s slabšo prilagoditvijo ob vstopu v šolo, tak izrazit starševski stil je povezan tudi z višjo ravnijsko agresivnosti pri otrocih, slabšimi odnosi z vrstniki in s slabšo šolsko uspešnostjo v adolescenci. Tako imenovani permissivni stil starševstva (zelo velika popustljivost, postavljanje zelo malo zahtev ali omejitev staršev in srednja ali sorazmerno majhna stopnja čustvene vpletenosti – morda celo čustvena distanciranost) se je v nekaterih pomembnih končnih učinkih kazal podobnega prej opisanemu pretrdemu starševskemu stilu vzgoje: pri obojih so otroci kazali manjšo stopnjo socialne odgovornosti in samostojnosti, ki se povezujeta s t. i. instrumentalno kompetentnostjo (otrokova sposobnost za samostojnost, samokontrolo, sodelovanje in doseganje ciljev) (Bukatko in Daehler, 1995). Dečki, ki so jih vzgajali s pretrdim vzgojnim stilom, so bili bolj agresivni, deklice pa bolj odvisne; otroci permissivnih staršev so imeli težave pri samokontroli in manj so se zmogli zanesti. Za najbolj zdravega se je izkazal starševski stil, ki zajema omejitve in zahteve (zelo pogosto z indukcijo) ter veliko čustvene podpore.

Najbolj tvegani način navezovanja med otrokom in skrbnikom je tisti, ko je otrok dezorientiran, skrbnik pa je prevzet od svojih lastnih težav oziroma stresorjev. Vedenje v tej obliki odnosa je za otroka protislovno in vzbuja zmedo. Otroci v takih domovih doživljajo strah pred izgubo ali ločitvijo zelo stresno in nikoli ne morejo vedeti, kaj naj pričakujejo (Spangler in Grossman, 1999), prijaznost ali bes, oddaljenost ali ponudbo bližine. Tovrstno domače ozračje je predvsem značilno za otroke, s katerimi se slabo ravna. V tej obliki otrokove navezanosti se skrbnik vede bodisi prestrašeno bodisi je vir strahu za otroka (Allen, 2001).

Praviloma se člani družin, v katerih ni varno živeti, stanju prilagodijo. Tudi otrok poskuša poiskati ob doživetju strahu ali zapostavljanju tak način vedenja, za katerega se mu zdi, da bo zmanjšal tveganje in bolečino. Vendar se nevarnost slabega ravnanja kljub otrokovemu trudu še poveča. Če so bolj ponižni in ubogljivi, se povzročitelj nasilja še bolj spravi nanje, ker ni odpora; če otroci postanejo agresivni in se upirajo, je to dodatni izgovor za nasilje nad njimi.

Čim več so ljudje v svoji mladosti doživljali telesnega kaznovanja ali/in če so bili priče nasilnih obračunov med svojimi starši, tem več verjetnosti je, da bodo tudi sami telesno nasilni do svojih otrok. Večji potencial za nasilnost do svojih otrok so imeli tisti, ki so doživljali telesno nasilje pred puberteto kot po puberteti. Največji potencial za nasilje so imeli tisti, ki so bili priča nasilju in so bili tudi nasilno obravnavani (Straus in Kantor, 1994). Tudi ženske so storilke nasilja nad otroki, posebno ko so same žrtve nasilja ali drugih stresorjev. Ženske so večkrat odgovorne za skrb za otroka in se zaradi bližine tudi večkrat znesejo nad otroki (Satel, 2000): poročila iz ZDA govorijo o tem, da so ženske od 20. do 49. leta starosti dvakrat pogosteje slabo ravnale z otroki kot moški.

Kot eden najpomembnejših dejavnikov zaščite pred grdim ravnanjem z otroki se je izkazala kakovost partnerskega odnosa. Matere, ki so imele slabe otroške izkušnje, in tiste z dobrimi so bile oboje pozitivno usmerjene do svojih otrok, če so bile zadovoljne s svojo partnersko zvezo (Belsky s sod., 1990). Transgeneracijsko prenašanje nasilja pa omejuje tudi izkušnja otroka,

ki je deležen nasilja, s še kakšnim skrbnim, zavzetim odraslim in podpora sorojencev (Caliso in Milner, 1994).

Dejavniki, ki povečajo tveganje, da bo otrok utrpel nasilje v družinskem krogu (Butchart s sod., 2006), so individualni dejavniki staršev oziroma skrbnikov (skrbnik je bil žrtev nasilja kot otrok, težko se povezuje z novorojenim otrokom, kaže pomanjkanja zavedanja o otrokovem razvoju in značilnostih, verjame, da je telesno kaznovanje učinkovito, na neubogljivost otroka se odzove močno pretirano, kaže pomanjkanje samonadzora v jezi ali v stresu, je socialno izoliran, zlorablja psihotropne snovi, je depresiven ali z nizkim samospoštovanjem, ima premalo straševskih spretnosti zaradi mladosti ali pomanjkljive izobrazbe, ima finančne težave), individualni dejavniki otroka (rojen kot nezaželen, ni izpolnil starševskih želja, ima velike potrebe po negi, ga je težko potolažiti, ima za starše odbijajoče telesne značilnosti, ima poteze – je npr. hiperaktiven, ki jih starši doživljajo kot problematične, je sorojenec otroka, ki zahteva pozornost staršev, kaže ali je izpostavljen resnim vedenjskim težavam) ter dejavniki družinskih odnosov (pomanjkanje navezanosti med skrbnikom in otrokom, zdravstvene in duševne težave družinskega člana, razpad družine, nasilje med odraslimi člani družine, nespoštljiv odnos do določenega spola, izoliranost od skupnosti, pomanjkanje podpore, doživetje diskriminacije, vpletenost družinskega člana v kriminal ali nasilno vedenje v skupnosti).

Najpomembnejši zaščitni dejavniki za otroka so torej dobro starševstvo, močna in dovolj varna navezanost med starši in otrokom ter pozitivne tehnike discipliniranja brez telesnega kaznovanja (Butchart s sod., 2006). Če so skrbniki osamljeni in pod stresom, lahko pri varnem navezovanju posredujejo tudi zunajdružinski sistemi. Otroci iz družin, ki so jim pri starševstvu pomagali s patronažnimi obiski, so bili manjkrat deležni grdega ravnanja oziroma zlorabe in so na splošno živeli v varnejšem okolju (Olds, 1997). Splošno velja, da je manj verjetno, da bodo otroci zlorabljeni, če veljajo za ekonomsko, duhovno ali psihološko kvaliteto.

Partnersko nasilje, nasilje nad ženskami

Nasilje intimnih partnerjev v industrijsko razvitih državah prevzema vsaj dva vzorca: 1. stopnjevanje nasilnega vedenja, različne oblike zlorabljanja, terorja in groženj se povezujejo z rastočo posesivnostjo in nadzorovanjem in 2. zmernejša oblika medosebnega nasilja, ko stalna frustriranost in jeza občasno izbruhneta v obliki telesne agresivnosti (Johnson in Ferraro, 2000). Najpogosteje gre za dejanja telesne agresivnosti (klofutanje, brcanje, tepež, lasanje, suvanje ipd.), psihično zlorabljanje (poniževanje, zastraševanje, pripisovanje odgovornosti ali krivde), siljenje k spolnim aktivnostim in nadzorovanje (izključitev iz kroga sorodnikov, prijateljev, spremljanje gibanja in ravnanja, omejevanje stikov, informacij, preprečevanje iskanja pomoči ipd.). Sicer so lahko ženske podobno pogosto nasilne kot moški (Archer, 2000), a je razmerje žrtev nasilja v partnerskem odnosu ena proti deset v škodo žensk (Henderson, 2000). Moški, do katerih so bile nasilne partnerke, niso imeli prejšnjih nasilnih izkušenj oziroma je bilo manj verjetno, da bi bili žrtve ponavljajočega se nasilja, bilo je manj verjetno, da bodo resno poškodovani, in niso živeli v stalnem strahu pred partnerko (Bagshaw in Chung, 2000). Ženske potrebujejo posebno zaščito, ko govorimo o nasilju v družini zato, ker so moški fizično močnejši in ima njihovo agresivno vedenje neprimerno nevarnejše posledice in ker je nasilje moških do žensk podprto z na zunaj slabo razvidnim, a nadvse vplivnim sistemom patriarhalnih vrednot (Straus in Gelles, 1990). Videti je tudi, da imajo ženske drugačne motive za nasilnost do partnerja: moški največkrat izbruhnijo z nasiljem, da

bi vzpostavili prevlado in nadzor nad partnerko. Ženske uporabljajo nasilje pogosteje kot samozaščito, izraz svoje jeze in maščevanja oziroma povračila (Updike, 2000).

Zanikanje in strah pred tem, »kaj bodo rekli drugi«, pogosto ustavita žensko na poti po pomoč. Drugi razlogi, zakaj ženske ostajajo v nasilnem odnosu, so strah pred »kaznovanjem«, pomanjkanje ekonomske priložnosti za odhod, skrb za otroka, čustvena odvisnost, pomanjkanje podpore drugih sorodnikov in upanje, da se bo partner spremenil (Dutton, 1996). Večina zlorabljenih žensk sicer ne obstane v vlogi pasivne žrtve, marveč razvijejo načine (strategije), da povečajo lastno in varnost otrok. Nekatere ženske se upirajo, druge zbežijo, nekatere skušajo čim bolj ustreči moževim zahtevam (Campbell s sod., 1999). Mnoge ženske nasilne partnerje zapustijo, običajno takrat, ko otroci odrastejo. Za to se odločijo navadno ob stopnjevanju nasilja, ko ne verjamejo več, da se bo partner spremenil, ali pa kadar nasilje vse bolj zadeva tudi otroke. Taka odločitev je verjetnejša ob podpori (tudi materialni) sorodnikov ali prijateljev. Prekinjanje nasilnega partnerskega odnosa je dolgotrajen proces in ne dogodek ali posledica hipne odločitve/spoznanja. Številne ženske nekajkrat odidejo in se vrnejo, preden zmorejo razmerje dokončno prekiniti. Nasilje moškega se lahko po odhodu ženske nadaljuje ali celo stopnjuje. Dejavniki, ki povečujejo možnost, da bo moški nasilen do partnerke, so povezani z osebno ravniyo (mladost, alkoholizem, depresivnost, osebnostne motnje, nizka izobrazba, nizki dohodki, izkušnja z nasiljem v primarni družini), z odnosom (pogosta konfliktnost, negotovost, dominantnost moškega v družini, neustrezno delovanje družinskega sistema, stres zaradi gmotnega položaja), z vrednotami in normami skupnosti (blago sankcioniranje nasilja v družini, šibka mreža socialnega varstva, revščina) in s kulturo (tradicionalne spolne vloge, socialne norme, ki podpirajo nasilje) (Krug s sod., 2002).

Med partnerji se lahko razvije specifična moško-ženska dinamika, ki temelji na patriarhalnih prepričanjih o spolu. Tako si ženske lahko oblikujejo patriarhalno prepričanje, da morajo biti one bolj občutljive za partnerjeve potrebe in da so predvsem one odgovorne za čustveno zadovoljstvo v družini; prav tako nezdravo prepričanje žensk je, da s svojim vztrajanjem ob nasilnem moškem pokažejo svojo moč značaja (Walker in Goldner, 1995).

Ob obravnavanju nasilja nad ženskami ne smemo pozabiti na otroke, ki jih nasilje nad materjo usodno zaznamuje, tudi če niso neposredne žrtve telesnega nasilja. Če moški ni nasilen do otrok, ampak tepe »samo« ženo/partnerko, se to na prvi pogled pogosto obravnava kot neka moralna olajševalna okoliščina zanj. Otroci so pogosto priča nasilja. Vsaj vsaka druga žrtev partnerskega nasilja poroča, da so otroci »navajeni« prisostvovati tepežu, zmerjanju in poniževanju (Krug s sod., 2002). Otroci, katerih očetje so zlorabljali matere, so imeli več čustvenih in vedenjskih težav, kot so tesnoba, depresivnost, slabši učni uspeh, nizek občutek lastne vrednosti, motnje spanja (zlasti nočne more) in zdravstvene težave (Jouriles s sod., 1998). Otroci trpinčenih žensk imajo tako rekoč enake čustvene in vedenjske motnje kot tisti, ki so bili sami zlorabljeni. Zato je treba jasno poudariti dejstvo, da je nasilje, ki ga otrokov oče izvaja nad njegovo mamo, psihično nasilje nad otrokom. In ne nazadnje, izkušnja, da mati doživlja nasilje partnerja, poveča tveganje, da bo sama nasilna do otrok (Henderson, 2000) in da se bo nasilje transgeneracijsko prenašalo v nove rodove: bodisi z oblikovanjem novih storilcev bodisi novih žrtev (Straus in Yodanis, 1996).

Nasilje nad starejšimi

Ta vrsta nasilja je ostala še dlje prikrivana kot partnersko nasilje in nasilje nad otroki. Poleg nasilja v različnih oblikah se opisujejo tudi tipične zlorabe starejših, ki jih razdelimo v tri kategorije (Perel-Levin, 2008): zanemarjanje, izoliranje, zapustitev in socialna izločenost; kršenje človeških, legalnih in medicinskih pravic; odrekanje izbire, odločanja, denarja, spoštovanja. Za nasilje nad starejšimi veljajo naslednje značilnosti (Henderson, 2000):

1. Gre za stres skrbnika, ki ga ta ne obvlada. Skrbeti za stare nemočne ljudi je zelo težko in stresno delo, posebno če so starejši duševno bolni ali telesno invalidni, skrbnik pa je slabo pripravljen za te naloge ali pa primanjkuje denarnih sredstev.
2. Čim slabšega zdravja so stari ljudje, tem več je možnosti, da bodo z njimi slabo ravnali.
3. Nekateri družine so bolj nagnjene k nasilnosti kot druge, ker je nasilje večinoma naučeno vedenje in se prenaša z ene generacije na drugo. V takih družinah je lahko nasilnost normalen odgovor na povečane napetosti ali konflikte, ker se niso naučili, da bi se odzivali drugače.
4. Starejše ženske so veliko pogosteje žrtve zlorabe kot starejši moški (pri tem je že upoštevano, da je absolutno število starejših žensk večje). Starejše ženske se še težje rešijo iz domačega nasilja kot mlajše: še bolj so ovirane zaradi starosti, generacijske pripadnosti (z malo ali nič podpore) in iz kulturnih razlogov (Zink et al., 2003).
5. Dve tretjini zlorabljevalcev je iz družinskega kroga (največkrat odrasli otroci ali partnerji). Včasih gre za »poravnavanje« starih računov – če je bil roditelj ali partner v obdobju večje življenjske moči na primer pretirano dominanten ali nasilen, se upajo znesti nad njim, ko je nemočen.
6. Žrtve so navadno depresivne, zmedene ali zelo nebogljene.

Posebej je treba poudariti, da tudi najšibkejši starejši ljudje, ki so žrtve nasilja, v samem procesu pomoči ne smejo biti obravnavani kot otroci, saj gre za odrasle ljudi z dolgo življenjsko izkušnjo (WHO, 2002).

Poznavanje družinske dinamike pomaga načrtovati zaščito pred nasiljem v družini

Kadar govorimo o tem, kako s preventivnimi ukrepi preprečevati ali zmanjševati nevarnost nasilja v družini, je treba vedeti, da je primarni ukrep zaščita žrtve. Posebno če gre za otroka, ki nima ne kognitivnih sposobnosti, ne čustvene zrelosti/avtonomnosti, ne socialne moči, da bi prekinil nasilje nad seboj, ali nemočnega starejšega, pri katerem lahko pomeni tudi netelesno nasilje življenjsko ogrožajočo situacijo (WHO, 2002). Pri odraslih ljudeh pa je pri nasilju v partnerskih odnosih zelo pomembno, da se spremeni vedenje povzročitelja nasilja in žrtve. Ker iz etičnih razlogov ne ocenjujemo šibkejšega človeka kot enako odgovornega, velja, da je žrtev odgovorna za svojo zaščito (in ne za nasilje nad seboj – za to je odgovoren storilec). Žrtvin prispevek je lahko v začenjanju ali oteževanju konflikta; pomembno je, da oblikuje bolj samozaščitne strategije. Na drugi strani je možno, da pri moških manjkrat pride do izgube nadzora, kot je videti; pri mnogih moških naj bi v nasilni situaciji njihova kognicija potekala tako, da si dajo dovoljenje za izgubo nadzora in nasilno ravnanje (Glick s sod., 2000). Storilci ne morejo stabilno spremeniti svojega vedenja, dokler ne prevzamejo odgovornosti za svoje nasilno ravnanje in ne nehajo projicirati odgovornosti za lastne izbruhe nasilja v partnerko ali druge člane družine.

Odraslo žrtev nasilja je treba izrazito podpreti v želji, da bi se prenehal cikel nasilja, in hkrati ponuditi konkreten spekter pomoči. Pomembno je, da pomočniki razumejo, da žrtev nasilja spreminja svoj odnos do storilca v daljšem procesu in da je mogoče, da se bo vračala nazaj v odnos. Obstajajo (za žrtev) tehtni, čeprav zelo različni razlogi, da odrasle žrtve nasilja v

družini ostajajo v razmerju. Žrtve nasilja se lahko po trenutku navdiha zaradi zunanje podpore, naj zapustijo partnerja, odločijo za odhod in se potem pogosto hitro vrnejo po prvem vtisu, da se bo partner spremenil – ne da bi počakale, ali gre za resne in dolgoročne spremembe vedenja ali le za epizodo izboljšanja. Odločitev, da bodo zapustile partnerja, mora dozoreti v žrtvah samih, ves čas pa morajo biti na razpolago lahko dostopne sistemske rešitve. Žrtve je tudi treba poučiti, da samozaščitno vedenje ni zagotovilo, da bodo povsem varne, ampak da bo zagotovo izboljšalo njihov varnostni položaj (Henderson, 2000).

V teh smernicah se zaradi akutne nevarnosti najbolj ukvarjamo s telesnim nasiljem; ob telesnem nasilju je vedno hkrati prisotno tudi duševno nasilje. Duševno nasilje je sicer bistveno manj očitno in na prvi pogled ni življenjsko ogrožajoče, povzroča pa resno škodo na duševnosti žrtve in se pogosteje kaže v anksiozno-depresivni simptomatiki žrtve. Pri duševnih posledicah obeh oblik nasilja pri odraslih žrtvah sicer niso našli zelo velikih razlik (ženske, ki so doma trpele telesno nasilje, so imele potravmatsko stresno motnjo v 81 %, ženske, ki so trpele psihološko nasilje, pa v 63 % (Kemp s sod., 1991)). Pri psihološkem nasilju gre za sistematičen poskus, da bi nadzorovali misli in dejanja svojega partnerja (Henderson, 2000). V okvir psihološke zlorabe spadajo ravnanja, kot so: omejevanje partnerjeve sposobnosti, da bi upravljal denar, oteževanje odhoda od doma, omejevanje stikov s prijatelji in sorodstvom. Pogoste so poniževalne in sarkastične pripombe o videzu, poimenovanje z žaljivimi imeni. Velja tudi, da se bo nasilno vedenje nad partnerjem utrjevalo, če bo povzročitelj nasilja s prejšnjim nasilnim vedenjem dosegel svoje cilje. Zelo pomembno je, da psihološki vidik nasilja ni spregledan in da so žrtve napotene v nadaljnjo strokovno obravnavo.

7.3 Vloga zdravstvenih delavcev pri odkrivanju nasilja

V slovenskem zdravstvenem sistemu do zdaj nismo poznali sistematičnega zbiranja podatkov o žrtvah nasilja v družini, prav tako ne priporočenih rutinsko uporabnih ukrepov in intervencij, ki bi bili v pomoč žrtvam družinskega nasilja. Zdravstvene strokovne zveze v tujini že dolgo časa spodbujajo k rutinskim presejalnim programom za ugotavljanje nasilja v družini (American Medical Association, 1992, America Nurses Association, 1994). Izvedenci menijo, da bi sistematično uporabljeni ukrepi v zdravstvenem sistemu zelo verjetno zmanjšali obolevnost in umrljivost prebivalstva (Saltzman s sod., 1997, McFarlane s sod., 2002).

Zadnja priporočila Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, 2013) ne priporočajo rutinskega povpraševanja vseh odraslih glede izpostavljenosti nasilju v družini ob vsakem stiku z zdravstveno službo. Ključno pa je, da zdravstveni delavci o morebitni izpostavljenosti nasilju povprašajo vse paciente, pri katerih se kažejo določene zdravstvene in druge težave, za katere je znano, da so lahko tudi posledica izpostavljenosti nasilju v družini.

Ovire glede rutinskega spraševanja o nasilju v družini pri uporabnikih zdravstvenih storitev in pri zdravstvenih delavcih

V metaštudiji, ki je ugotavljala stališča do rutinskega presejanja za ugotavljanje prisotnosti nasilja v družini, se je izkazalo, da 50 do 75 % pacientk v primarnem zdravstvu meni, da je rutinsko spraševanje zdravstvenih delavcev o nasilju v družini sprejemljivo (odstotek je višji med ženskami, ki so izkusile nasilje) (Ramsay s sod., 2002); povprečno je podpiralo rutinsko spraševanje 63 % vprašanih. Reprezentativna raziskava z oddelkov urgentne medicinske pomoči je pokazala pozitivno stališče uporabnikov, tako žensk (68 %) kot moških (66 %), do rutinskega povpraševanja o pojavu nasilja v družini (Howe in Crilly, 2002); 89 % pacientov je bilo prepričanih, da bi moralo zdravstveno osebje aktivno spodbujati žrtve, da obvestijo

policijo, 74 % pa, da bi morale zdravstveno osebje rutinsko obvestiti policijo. Rezultati kažejo, da so uporabniki naklonjeni spraševanju po tej temi. Dejstvo pa je, da zdravstveni delavci postavljajo pacientom presejalna vprašanja tudi z drugih področij, ki lahko vzbudijo nelagodje – glede kajenja, uživanja alkohola, prehranjevalnih navad, kar verjetno vzbuja manj dilem, ali to početi ali ne. Bistveno pri postavljanju vprašanj pri za paciente neprijetnih ali celo ogrožajočih temah je, da smo zdravstveni delavci sposobni vzpostaviti zaupen, spodbuden, nemoralizujoč odnos, da delujemo kompetentno in da zmoremo vzbuditi upanje. Avstralski podatki kažejo, da je bila največja ovira za rutinsko presejanje prisotnost partnerja ali druge osebe. Le 1 % žensk je odklonil odgovarjati na vprašanja, če so bile same z izpraševalcem (Spangaro, 2007). Samo presejanje za identifikacijo žrtev nasilja brez terapevtskih in zaščitnih intervencij sicer pomaga pri prepoznavanju razsežnosti problema, ni pa dovolj za zagotovitev večje varnosti za žrtve (MacMillan s sod., 2009); ravno dokazane klinično učinkovite intervencije so torej nedeljiv del pomoči žrtvam nasilja (Moracco s sod., 2009). Že dejstvo, da sploh povprašamo po tabuani temi, pomeni, da gre za neke vrste terapevtske intervencije (Taket s sod., 2003), saj omogočimo diagnozo situacije in ustrezno nadaljnje zdravljenje oziroma obravnavo (Janssen s sod., 2006).

Žrtve nasilja v družini najpogosteje ne govorijo o tem problemu, ker:

- jih je strah nesočutnega odziva,
- bojijo se maščevanja in stopnjevanja nasilja,
- strah jih je, da bi si s prijavo položaj še poslabšali,
- sram jih je zaradi tega, kar se jim je zgodilo,
- mlajše ženske je strah, da jim bodo vzeli otroke ali da bodo ostale brez zaposlitve,
- ne vedo, kakšno pomoč lahko pričakujejo.

Vseskozi pa je prisotno upanje, da bo njihova stiska opažena.

Zdravstveni delavci najpogosteje navajajo kot ovire naslednje dejavnike: pomanjkanje izobrazbe in izkušenj s tega področja (na primer tudi, kako komunicirati z žrtvijo in drugimi strokovnjaki), strah, da ne bi prestrašili žrtve ali jo spravili v še večjo nevarnost, pomanjkanje učinkovitih intervencij, odklonilnost pacientov do tega presejanja/spraševanja, pomanjkanje časa (Waaen s sod., 2000, Richardson s sod., 2002). Najpogostejše so etične dileme glede zaupnosti podatkov, ki jih pridobi zdravstveni delavec; zaupnost odnosa med pacientom in zdravstvenim delavcem je lahko namreč tudi v nasprotju z zakonskimi obveznostmi prijave nasilja. Kot je bilo prikazano v poglavju o dinamiki nasilja v družini, si tudi žrtve v neki fazi morda ne želijo razkritja in obravnave, specifična pa je tudi zaupnost odnosa do potencialnega povzročitelja nasilja. Morebitnim takim dilemam naj bo v pomoč nekaj naslednjih misli. Zakon je obvezujoč tudi za zdravstvene delavce – če ustrezno oblikujemo sistem pomoči in intervencij, tudi nesodelujoče žrtve ne bodo povsem izpadle iz procesa pomoči in jih ne bomo spravili v še večjo nevarnost. Če pa ne interveniramo, pa smo to možnost imeli, smo nehoti postali podporniki nasilnega vedenja in s tem soodgovorni zanj. Vsekakor velja, da takrat, ko poskušamo delovati tako, da se ne vmešavamo (smo »nevtralni«), dajemo prav tistemu, ki izvaja nasilje (Freire, 1970). Vsak zdravstveni delavec, ki je v dilemi, kako se lotiti potencialnega nasilja v družini, mora imeti možnost posvetovanja glede tega, kaj je v dejanskem pacientovem/pacientkinem interesu.

Razlogi, zakaj zdravstveni delavci, ki se srečajo z družinskim nasiljem, ne ukrepajo, prijavljajo ali opozarjajo nanj:

- strah, da odkrijemo nekaj, kar bo ušlo nadzoru,
- strah, da ne bi vedeli, kako ukrepati,

- strah, da ne bomo koga užalili ali prizadeli,
- prepričanje, da to ne spada v naše delovno področje,
- nevarnost poistovetenja z žrtvijo ali storilcem,
- prepričanje, da to ni resen problem in da je to stvar med partnerjema,
- mišljenje, da ženske same izzovejo nasilne reakcije,
- mišljenje, da si ženske namerno izberejo nasilnega partnerja ...

Menimo, da je treba pri odnosu do tabuiranega nasilja v družini napraviti sociokulturni zasuk, tako kot je bilo storjeno na področju prepoznavanja spolne zlorabe otrok, kjer je bilo potrebnih dvajset let prizadevanj, da se je premagala psihološka obramba zanikanja. Ker smo zdravstveni delavci del nekega kulturnega okolja, je treba pomagati premagovati odpore z vnosom tematike v redna izobraževanja; kulturni preskok zdravstvenih delavcev je predvsem v tem, da se tudi sicer med njimi goji filozofija nenasilnega razreševanja medosebnih konfliktov. Prav vsi zdravstveni delavci seveda ne bodo postali večji vseh intervencij v zvezi z obravnavo nasilja v družini, pač pa je potrebno, da so s postopki vsi seznanjeni in da vsak del zdravstvenega sistema zagotavlja stalno prisotnost osebja, ki je posebej usposobljeno za vodenje postopka prepoznave, zaščite in terapevtskih intervencij. Ustrezna izobraženost in usposobljenost tudi prepričijo, da bi premalo izobraženi in izkušeni zdravstveni delavci ob pretirani vnemi nehote škodovali pacientovi življenjski situaciji.

Te strokovne smernice zato zdravstvenim delavcem predlagajo do žrtev zaščitne in strokovno smiselne postopke, in sicer na ravni prepoznave, obravnave, dokumentiranja in sodelovanja s strokovnjaki zunaj zdravstvenega sistema. Pomemben je tudi postopek zavarovanja dokazov. Sodelovanje zdravstvenega delavca v kriznem timu pa bo treba še sooblikovati s strokovnjaki iz drugih sektorjev. Nasilje v družini se namreč najučinkovitejše obravnava, če gre za usklajeno, multidisciplinarno dejavnost in ni za vse odgovoren le en sam strokovni sistem (The Family Violence Prevention Fund, 2004). Zakon o preprečevanju nasilja v družini (Uradni list RS, št. 16/2008) je pomembna pomoč za sodelovanje med različnimi ravni, saj združuje delo na področju več ministrstev, ki zajemajo življenje družine. Zakonodaja, ki je v pomoč žrtvam, je tudi Zakon o policiji (Uradni list RS, št. 110/2003), po katerem je možna prepoved približanja storilca nasilja žrtvi in kraju njenega bivanja. Ukrep je sicer časovno omejen (48 ur s strani policije, 10 do 60 dni po odločbi preiskovalnega sodnika). Seveda pa morajo ta čas izkoristiti institucije, da pomagajo družini učinkovito obvladati problematiko nasilja. Zdravstvene institucije morajo biti seznanjene tudi s ponudbo pomoči drugih institucij in imeti vedno dostopne telefonske številke in imena oseb, institucij, kamor bodo lahko napotile žrtve nasilja. Pomembno je, da so stiki z drugimi institucijami lahko prehodni in dostopni. Priporočamo, da zdravstveno osebje, ki bo prevzelo odgovornost za pomoč žrtvam nasilja v družini, že pred akutnimi situacijami preveri, ali je stike lahko vzpostaviti oziroma ali je treba odpraviti kakšne ovire. Slovenija ima na primer dobro mrežo centrov za socialno delo, ki imajo svoje regijske koordinatorke za reševanje nasilja v družini, prav tako imamo mrežo društev oziroma nevladnih institucij, ki učinkovito pomagajo žrtvam nasilja v družini. Poznati je treba tudi naslove psihiatrov, psihologov in psihoterapevtov, ki so dodatno usposobljeni za zdravljenje ljudi, udeleženih v nasilju v družini kot žrtve (ali povzročitelji nasilja); tako ni tveganja, da bi se nasilje v družini neustrezno terapevtsko obravnavalo (npr. z morebitnim minimaliziranjem ali relativiziranjem žrtvinega trpljenja ali brez zahteve, da povzročitelj nasilja na vseh ravneh prevzame odgovornost za svoje nasilno vedenje).

Razreševanje dilem zdravstvenih delavcev glede zaupnosti obravnave in prijavnih dolžnosti

Zdravstveni delavec, ki lahko prvi zazna znake nasilja ali zlorabe pri neki osebi, je postavljen pred etično dilemo, ali bo s prijavo in konkretnim ukrepanjem zares pomagal prizadeti osebi ali pa bo naredil še večjo škodo in dodatno prizadel vpletene.

Fizično nasilje ali spolna zloraba so gotovo najbolj dramatična dejanja, vendar so redkokdaj izolirana in večinoma predstavljajo samo vrhunec nekega dalj časa trajajočega zlorabljaljivega vedenja in porušenih družinskih odnosov. Kadar gre za hudo nasilje z znaki telesnih poškodb ali celo ogrožanje življenja, ni velikih etičnih dilem: v teh primerih gre za kazniva dejanja, ki spadajo v policijsko in sodno obravnavo. Toliko bolj je treba odločno ukrepati, kadar gre za večkratna dejanja hude poškodbe in možnost ponovitve v prihodnosti. Pri dejanjih, pri katerih se v ozadju nakazujejo zlorabljaljiva vedenja obeh strani, bi z obravnavanjem zgolj posameznega manj hudega dejanja lahko prezrli druge, morda hujše oblike zlorabljaljivega vedenja.

Neetično ravnamo, če opustimo prijavno dolžnost. Ob zaznanem sumu nasilja v družini mora v skladu z zakonom zdravstveni zavod v roku 24 ur obvestiti pristojni center za socialno delo ali policijo ali državno tožilstvo. Kadar ni neposredno ogroženo življenje žrtve ali njenih otrok, priporočamo prvenstveno obvestilo pristojnemu centru za socialno delo.

Osebo seznanimo z našo dolžnostjo obveščanja v skladu z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini in Kazenskim zakonikom.

Posebno tveganje za neetično ravnanje zdravstvenih delavcev v smislu opustitve obveščanja je tudi prepričanje, da zdravstveni delavci vedno sami zmorejo ustrezno presoditi naravo nasilja ali domnevnega nasilja v družini. Pomembno je spodbuditi način razmišljanja, da obvestilo pristojnemu centru za socialno delo nima samo narave prijave domnevnega kaznivega dejanja, pač pa da povezava zdravstvenega delavca s strokovnjaki iz centra za socialno delo pomeni predvsem medsebojno strokovno pomoč pri ustrezni oceni in podelitev odgovornosti.

Možnosti zdravstvene obravnave posledic nasilja med partnerji

Nacionalna strategija za preprečevanje nasilja v družinah opozarja na »znake« nasilja, ki kažejo, da je v nekem intimnem okolju zloraba prisotna. Pri tem lahko nastane vtis, da je pglavitna težava nasilje samo, posledice nasilja pa naj bi bili znaki, opozorila na pravi problem. Strokovne raziskave kažejo, da so posledice nasilja bistveno večji problem kot samo trpljenje ob nasilnem dejanju, ker so dolgotrajne, prizadevajo razvoj osebnosti in se prek mehanizmov medgeneracijskega prenosa vzorcev obnašanja nadaljujejo tudi v naslednjih generacijah.

Zgolj represivni in socialni ukrepi, kot so odstranitev povzročitelja nasilja ali umaknitev njegovih žrtev, ne rešijo travmatske zaznamovanosti žrtev. Zdravstvo travmatiziranim osebam pomaga na ravni simptomatske obravnave. Dolgotrajne posledice nasilja se na simptomatski ravni kažejo kot depresije, anksiozne motnje, somatski simptomi, potravmatske stresne motnje, disociativne motnje, osebnostne motnje. Obravnava tovrstne simptomatike je že ustaljena, zagotavlja jo v glavnem psihiatrična in kliničnopsihološka stroka. Nacionalna strategija za preprečevanje nasilja v družinah izrecno ne predlaga načinov celostne obravnave

oseb s travmatično izkušnjo nasilja, nakazuje pa potrebo, da pri žrtvah nasilja ne obravnavamo posameznih simptomov, ampak da so vključene v celovit program, v katerem bo razvidna povezanost simptomatike s celotno dinamiko razvoja travmatskih izkušenj iz preteklosti.

Naloga zdravstva v nacionalni strategiji torej ne more biti samo odkrivanje znakov nasilja in obveščanje o osebah, ki so žrtve oziroma povzročitelji, temveč predvsem izvajanje celostnih programov psihološke in po potrebi psihiatrične pomoči travmatiziranim osebam. V procesu uresničevanja nacionalne strategije se bodo institucionalni okviri te pomoči, ki zdaj obstajajo v obliki psihohigienskih dispanzerjev, centrov za duševno zdravje, psihiatričnih in kliničnopsiholoških ambulant, še razvijali, verjetno tudi kadrovsko okrepili in optimizirali svoje terapevtske programe. Pričakovati je, da bo uspešno delo na tem področju, razbremenilo druga področja splošnega zdravstvenega varstva in da bo končna analiza stroškov in koristi pokazala tudi prihranke v zdravstveni blagajni.

PRIPRAVA KLINIČNE POTI

Zdravstveni delavci so vsak dan v stiku z bolniki, katerih zdravje je prizadeto zaradi nasilja v družini in so pogosto izpostavljeni tveganju za še hujše poškodbe in druge zdravstvene posledice. Potreben je sistemski pristop k obravnavi nasilja v družini ter pomoči žrtvi in tudi povzročitelju nasilja.

Klinična pot za sistematično obravnavo vseh žrtev nasilja v vseh slovenskih zdravstvenih ustanovah ima zato:

- opredeljena navodila in protokole,
- določa odgovornost za izvajanje določenih nalog,
- predlaga timsko obravnavanje znotraj zdravstva,
- in sodelovanje z drugimi organizacijami in državnimi organi,
- predlaga vodenje dokumentacije.

Za timsko obravnavo je treba:

- predstaviti veljavne predpise,
- zagotoviti ustrezno izobraževanje zdravstvenih delavcev,
- seznaniti zdravstvene delavce s strokovno mrežo, ki je na voljo za razreševanje problematike,
- razrešiti etične dileme s stališča kodeksa in različnih zakonov,
- izdati pisna navodila in obrazce za prijavo nasilja v družini,
- zagotoviti povratne podatke vsem zdravnikom, ki imajo registrirane družinske člane iz take družine,
- izdati navodila za ustrezno zdravniško obravnavo žrtev,
- izdati navodila za ustrezno zdravniško obravnavo povzročiteljev nasilja.

Vsaka zdravstvena ustanova o osnovnih principih prepoznavanja in ukrepanja ob nasilju v družini pouči vse strokovno osebje. Prav tako določi osebje, ki bo posebej usposobljeno za prepoznavanje in ukrepanje ter nadaljnjo koordinacijo obravnave. Če je mogoče (glede na velikost ustanove), naj se oblikuje heterogen tim. Na urgentnih oddelkih mora biti specifično usposobljeno osebje stalno dostopno.

Za ustrezno ukrepanje je zlasti treba izobraziti:

- zdravstvene delavce v splošni/družinski medicini, pediatriji, ginekologiji, psihiatriji ter patronaži,

- zdravstvene delavce na urgentnih, travmatoloških oddelkih,
- zaposlene v svetovalnih službah primarnega in sekundarnega zdravstvenega varstva.

Zdravstveni delavci morajo izvajati tudi zdravstveno-vzgojne programe za preprečevanje nasilja v družini:

- v šolah za bodoče starše,
- v okviru sistematičnih pregledov otrok in mladostnikov,
- v okviru splošnega ozaveščanja javnosti o problematiki nasilja v družini.

8. SEZNAM DRUGIH OBLIK POMOČI – STROKOVNA MREŽA

V nadaljevanju so navedeni sezname institucij, ki pomagajo žrtvam nasilja zunaj zdravstva. Sezname so pridobljeni v juniju 2014. Smiselno je, da vsaka zdravstvena institucija skrbi za redno posodabljanje tega seznama za svoje okolje.

8.1 Regijska koordinacija centrov za socialno delo, interventne službe na centrih za socialno delo in centri za socialno delo

Dejavnost regijskih koordinatoric je ciljno usmerjena v spremljanje in ustvarjanje ter dopolnjevanje sistema pomoči vsem, ki preživljajo nasilje, s poudarkom na najbolj ogroženih skupinah prebivalstva (otroci, invalidi, ostareli, ženske...). Njihova naloga je vzdrževanje in razvijanje mreže med javnimi in nevladnimi institucijami, ki delujejo v regiji na področju zaščite pred nasiljem, usklajevanja postopkov delovanja in sodelovanja med njimi, strokovne podpore in usposabljanja ter obveščanja in seznanjanja strokovne in laične javnosti, analiziranja stanja v zvezi z nasiljem v regiji ter povezovanja in usklajevanja dela na državni ravni.

Delo je zastavljeno na območju 12 slovenskih regij.

Ljubljanska regija zajema območje CSD Ljubljana Bežigrad, CSD Ljubljana Center, CSD Ljubljana Moste - Polje, CSD Ljubljana Šiška, CSD Ljubljana Vič - Rudnik

Koordinatorica: as. mag. Viktorija Bevc, dipl. socialna delavka, samostojna svetovalka
CSD Ljubljana Šiška, Celovška 150, 1000 Ljubljana

Telefon: 01 583 98 18

E-pošta: viktorija.bevc@gov.si

Obljubljska regija 1 zajema območje CSD Domžale, CSD Hrastnik, CSD Kamnik, CSD Trbovlje, CSD Zagorje, CSD Litija

Koordinatorica: Marjana Milek Ogrinc, univ. dipl. socialna delavka,
CSD Domžale, Ljubljanska 70, 1230 Domžale

Telefon: 01 724 63 96; gsm: 031 689 866,

E-pošta: marjana.milek-ogrinc@gov.si

Obljubljska regija 2 zajema območje CSD Cerknica, CSD Grosuplje, CSD Kočevje, CSD Logatec, CSD Ribnica, CSD Vrhnika

Koordinatorica: Katarina Hiti, univ. dipl. socialna delavka

CSD Kočevje, Ljubljanska c. 25, 1330 Kočevje

Telefon: 01 893 83 80; 01 893 83 92

E-pošta: katarina.hiti@gov.si

Celjska regija zajema območje CSD Celje, CSD Laško, CSD Mozirje, CSD Slovenske Konjice, CSD Šentjur pri Celju, CSD Šmarje pri Jelšah, CSD Velenje, CSD Žalec

Koordinatorica: Gabriela Čoklc, univ. dipl. socialna delavka

CSD Celje, Opekarniška 15 b, 3000 Celje

Telefon: 03 425 63 35

E-pošta: gabriela.coklc@gov.si

Podravska regija zajema območje CSD Lenart, CSD Maribor, CSD Ormož, CSD Pesnica, CSD Ptuj, CSD Ruše, CSD Slovenska Bistrica

Koordinatorica: Francka Premzel, dipl. socialna delavka, višja svetovalka CSD Maribor,
Zagrebska cesta 72, 2000 Maribor
Telefon: 02 220 81 97; gsm: 031 703 521
E-pošta: franciska.premzel@gov.si

Pomurska regija zajema območje CSD Gornja Radgona, CSD Lendava, CSD Ljutomer,
CSD Murska Sobota
Koordinatorica: Tina Vukan, univ. dipl. socialna delavka
CSD Gornja Radgona, Partizanska c. 21, 9250 Gornja Radgona
Telefon: 02 564 93 27
E-pošta: tina.vukan@gov.si

Koroška regija zajema območje CSD Dravograd, CSD Radlje ob Dravi, CSD Ravne na
Koroškem, CSD Slovenj Gradec
Koordinatorica: mag. Anica Klemenc Žvikart, univ. dipl. socialna delavka, višja svetovalka
CSD Slovenj Gradec, Ozka ulica 1, 2380 Slovenj Gradec
Telefon: 02 88 50 118; 02 88 50 100; 02 88 50 101
E-pošta: csdsg.koor.nas@gov.si

Gorenjska regija zajema območje CSD Jesenice, CSD Kranj, CSD Radovljica,
CSD Škofja Loka, CSD Tržič
Koordinatorica: mag. Aleksandra Ogrin, univ. dipl. psihologinja, specialistka zakonske in
družinske terapije
CSD Škofja Loka, Kapucinski trg 2, 4220 Škofja Loka
Telefon: 04 517 01 17
E-pošta: aleksandra.ogrin@gov.si

Dolenjsko-belokranjska regija zajema območje CSD Črnomelj, CSD Metlika,
CSD Novo mesto, CSD Trebnje
Koordinatorica: Dubravka Hrovatič, univ. dipl. socialna delavka, višja svetovalka
CSD Novo mesto, Resslerova 7 b, 8000 Novo mesto
Telefon: 07 39 32 664
E-pošta: dubravka.hrovatic@gov.si

Posavska regija zajema območje CSD Brežice, CSD Krško, CSD Sevnica
Koordinatorica: Sonja Žugič, univ. dipl. socialna delavka, samostojna svetovalka
CSD Krško, Cesta krških žrtev 11, 8270 Krško
Telefon: 07 620 24 51
E-pošta: sonja.zugic@gov.si

Obalno-kraška regija zajema območje CSD Ilirska Bistrica, CSD Izola, CSD Koper,
CSD Piran, CSD Postojna, CSD Sežana
Koordinatorica: mag. Dragica Fojan, univ. dipl. defektologinja, samostojna svetovalka
CSD Koper, Cankarjeva 6, 6000 Koper
Telefon: 05 66 34 550
E pošta: dragica.fojan@gov.si

Goriška regija zajema območje CSD Ajdovščina, CSD Idrija, CSD Nova Gorica,
CSD Tolmin
Koordinatorica: Majda Pušnar, univ. dipl. sociologinja, višja svetovalka

CSD Nova Gorica, Delpinova ulica 18 b, 5000 Nova Gorica
 Telefon: 05 33 029 18; gsm 031 662 010
 E-pošta: majda.pusnar@gov.si

Interventne službe na centrih za socialno delo in centri za socialno delo

IZVAJALEC interventne službe	IZVAJA ZA CSD	UPRAVNE ENOTE
CSD CELJE Opekarniška 15b 3000 Celje tel.: (03) 425 63 00 faks: (03) 425 63 01 e-pošta: gpcsd.celje@gov.si	CSD Celje CSD Laško CSD Mozirje CSD Slovenske Konjice CSD Šmarje pri Jelšah CSD Šentjur pri Celju CSD Velenje CSD Žalec	Celje Laško Mozirje Slovenske Konjice Šmarje pri Jelšah Šentjur pri Celju Velenje Žalec
CSD KOPER Cankarjeva 6 6000 Koper tel.: (05) 663 45 50 faks: (05) 663 45 55 e-pošta: gpcsd.koper@gov.si	CSD Izola CSD Koper CSD Piran	Izola Koper Piran
CSD RADOVLJICA Kopališka cesta 10 4240 Radovljica tel.: (04) 537 14 00 faks: (04) 537 14 28 e-pošta: gpcsd.radov@gov.si	CSD Jesenice CSD Kranj CSD Radovljica CSD Škofja Loka CSD Tržič	Kranj Jesenice Radovljica Škofja Loka Tržič
CSD KRŠKO Cesta krških žrtev 11 8270 Krško tel.: (07) 492 23 25 faks: (07) 492 23 25 e-pošta: gpcsd.krsko@gov.si	CSD Brežice CSD Krško CSD Sevnica	Brežice Krško Sevnica
CSD LJUBLJANA BEŽIGRAD Einspillerjeva ulica 6 1000 Ljubljana tel.: (01) 300 18 19 faks: (01) 300 18 30 e-pošta: gpcsd.ljbez@gov.si	CSD Lj-Bežigrad CSD Lj. Center CSD Lj. Moste Polje CSD Lj. Šiška CSD Vič Rudnik CSD Domžale CSD Grosuplje CSD Kamnik CSD Ribnica CSD Vrhnika	Ljubljana Domžale Grosuplje Kamnik Ribnica Vrhnika
CSD MARIBOR Zagrebška cesta 72 2000 Maribor tel.: (02) 250 66 00	CSD Lenart CSD Maribor CSD Ormož CSD Pesnica	Lenart Maribor Ormož Pesnica

faks: (02) 252 30 54 e-pošta: gpcsd.marib@gov.si	CSD Ptuj CSD Ruše CSD Slovenska Bistrica	Ptuj Ruše Slovenska Bistrica
CSD MURSKA SOBOTA Slovenska ulica 44 9000 Murska Sobota tel.: (02) 535 11 40 faks: (02) 535 11 70 e-pošta: gpcsd.mursk@gov.si	CSD Gornja Radgona CSD Lendava CSD Ljutomer CSD Murska Sobota	Gornja Radgona Lendava Ljutomer Muska Sobota
CSD NOVA GORICA Delpinova ulica 18b 5000 Nova Gorica tel.: (05) 330 29 00 faks: (05) 330 29 13 e-pošta: gpcsd.gorical@gov.si	CSD Ajdovščina CSD Nova Gorica CSD Tolmin	Ajdovščina Nova Gorica Tolmin
CSD NOVO MESTO Resslova 7b 8000 Novo mesto tel.: (07) 393-26-40 faks: (07) 393-26-71 e-pošta: gpcsd.novom@gov.si	CSD Črnomelj CSD Kočevje CSD Metlika CSD Novo mesto CSD Trebnje	Črnomelj Kočevje Metlika Novo mesto Trebnje
CSD POSTOJNA Novi trg 6 6230 Postojna tel.: (05) 700 12 00 faks: (05) 700 12 11 e-pošta: gpcsd.posto@gov.si	CSD Cerknica CSD Idrija CSD Ilirska Bistrica CSD Logatec CSD Postojna CSD Sežana	Cerknica Idrija Ilirska Bistrica Logatec Postojna Sežana
CSD SLOVENJ GRADEC Ozka ulica 1 2380 Slovenj Gradec tel.: (02) 885 01 00 faks: (02) 885 01 02 e-pošta: gpcsd.slovg@gov.si	CSD Dravograd CSD Radlje ob Dravi CSD Ravne na Koroškem CSD Slovenj Gradec	Dravograd Radlje ob Dravi Ravne na Koroškem Slovenj Gradec
CSD TRBOVLJE Mestni trg 5a 1420 Trbovlje tel.: (03) 563 40 33 faks: (03) 562 93 42 e-pošta: gpcsd.trbov@gov.si	CSD Hrastnik CSD Litija CSD Trbovlje CSD Zagorje	Hrastnik Litija Trbovlje Zagorje

Centri za socialno delo

Vir: <http://www.scsd.si/seznam-centrov-za-socialno-delo.html> (27. 5. 2013)

CSD	Naslov	Telefon in faks	E-pošta/spletni naslov
Ajdovščina	Gregorčičeva ulica 18	053680612	gpcsd.ajdov@gov.si

CSD	Naslov	Telefon in faks	E-pošta/spletni naslov
	5270 Ajdovščina	053680613 053680624	
Brežice	Cesta prvih borcev 24 8250 Brežice	074991000 074991021	gpcsd.brezi@gov.si
Celje	Opekarniška 15b 3000 Celje	034256300 035484161	gpcsd.celje@gov.si Spletno mesto CSD Celje
Cerknica	Partizanska 2/a 1380 Cerknica	017050400 017050410	gpcsd.cerkn@gov.si
Črnomelj	Ulica 21. oktobra 9, p.p. 57 8340 Črnomelj	073062360 073062372	gpcsd.crnom@gov.si
Domžale	Ljubljanska cesta 70 1230 Domžale	017246395 017246372 017215680	gpcsd.domza@gov.si Spletno mesto CSD Domžale
Dravograd	Meža 4 2370 Dravograd	028723630 028723631	gpcsd.dravo@gov.si Spletno mesto CSD Dravograd
Gornja Radgona	Partizanska cesta 21 9250 Gornja Radgona	025649310 025649329	gpcsd.gornj@gov.si Spletno mesto CSD Gornja Radgona
Grosuplje	Adamičeva cesta 51 1290 Grosuplje	017818050 017861601	gpcsd.grosu@gov.si
Hrastnik	Log 9 (pod davčno upravo) 1430 Hrastnik	035642770 035642776	gpcsd.hrast@gov.si
Idrija	Vojkova 2a 5280 Idrija	053734600 053734601	gpcsd.idrij@gov.si
Ilirska Bistrica	Bazoviška 32 6250 Ilirska Bistrica	057110140 057110141	gpcsd.ilirs@gov.si
Izola	Cesta v Pregavor 3/a 6310 Izola/Isola d'Istria	056622694 056622698	gpcsd.izola@gov.si
Jesenice	Cesta železarjev 4a 4270 Jesenice	045834600 045834601 045834640	gpcsd.jesen@gov.si Spletno mesto CSD Jesenice
Kamnik	Ljubljanska 1 1240 Kamnik	018303280 018316031 018303281	gpcsd.kamni@gov.si Spletno mesto CSD Kamnik
Kočevje	Ljubljanska cesta 9 1330 Kočevje	018938380 018938390	gpcsd.kocev@gov.si Spletno mesto CSD Kočevje
Koper	Cankarjeva ulica 6 6000	056634550 056634555	gpcsd.koper@gov.si Spletno mesto CSD

CSD	Naslov	Telefon in faks	E-pošta/spletni naslov
	Koper/Capodistria		Koper
Kranj	Koroška cesta 19 4000 Kranj	042568720 042568722	gpcsd.kranj@gov.si Spletno mesto CSD Kranj
Krško	Cesta krških žrtev 11 8270 Krško	074904951 074904952	gpcsd.krsko@gov.si
Laško	Kidričeva ulica 2 a 3270 Laško	037343100 037343120	gpcsd.lasko@gov.si
Lenart	Ilaunigova ulica 19 2230 Lenart v Slovenskih goricah	027200300 027200309	gpcsd.lenar@gov.si
Lendava	Glavna ulica 73 (Fóutca 73) 9220 Lendava/Lendva	025789840 025789841	gpcsd.lenda@gov.si
Litija	Ljubljanska cesta 12 1270 Litija	018900380 018900381 018983561	gpcsd.litij@gov.si
Ljubljana Bežigrad	Einspilerjeva ulica 6 1000 Ljubljana	013001800 013001819 013001830	gpcsd.ljbez@gov.si Spletno mesto CSD Ljubljana Bežigrad
Ljubljana Center	Dalmatinova 2 1000 Ljubljana	014750800 014750816 012316190	gpcsd.ljcen@gov.si
Ljubljana Moste - Polje	Zaloška cesta 69 1000 Ljubljana	01 5873400 015873444	gpcsd.ljmos@gov.si Spletno mesto CSD Ljubljana Moste Polje
Ljubljana Šiška	Celovška 150 1000 Ljubljana	015839800 015194080	info.csdsiska@gov.si Spletno mesto CSD Ljubljana Šiška
Ljubljana Vič - Rudnik	Tržaška 40 1000 Ljubljana	012002140 012002112	gpcsd.ljvic@gov.si
Ljutomer	Rajh Nade ulica 2 a 9240 Ljutomer	025858660 025858670	gpcsd.ljuto@gov.si Spletno mesto CSD Ljutomer
Logatec	Tržaška 50a 1370 Logatec	017590670 017590675	gpcsd.logat@gov.si
Maribor	Zagrebška 72 2000 Maribor	022506600 022523054	gpcsd.marib@gov.si Spletno mesto CSD Maribor
Metlika	Naselje Borisa Kidriča 5a 8330 Metlika	073691482 073691483 073691485	gpcsd.metli@gov.si
Mozirje	Šmihelska cesta 2 3330 Mozirje	038391460 038391478	gpcsd.mozir@gov.si Spletno mesto CSD

CSD	Naslov	Telefon in faks	E-pošta/spletni naslov
			Mozirje
Murska Sobota	Slovenska ulica 44 9000 Murska Sobota	025351140 025351170	gpcsd.mursk@gov.si Spletno mesto CSD Murska Sobota
Nova Gorica	Delpinova ulica 18b 5000 Nova Gorica	053302900 053302913	gpcsd.gorica1@gov.si Spletno mesto CSD Nova Gorica
Novo mesto	Resslova 7b 8000 Novo mesto	073932640 073932671	gpcsd.novom@gov.si Spletno mesto CSD Novo mesto
Ormož	PTUJSKA CESTA 12 2270 Ormož	027410560 027410572	gpcsd.ormoz@gov.si
Pesnica	Pesnica pri Mariboru 43 a 2211 Pesnica pri Mariboru	026544220 026544230	gpcsd.pesni@gov.si
Piran (Pirano)	Obala 114 (Lungomare 114) 6320 Portorož/Portorose	056712300 056712309	gpcsd.piran@gov.si
Postojna	Novi trg 6 6230 Postojna	057001200 057001211	gpcsd.posto@gov.si Spletno mesto CSD Postojna
Ptuj	Trstenjakova 5a 2250 Ptuj	027875600 027787771	gpcsd.ptuj@gov.si Spletno mesto CSD Ptuj
Radlje ob Dravi	Mariborska cesta 7 2360 Radlje ob Dravi	028879730 028879740	gpcsd.radlj@gov.si Spletno mesto CSD Radlje ob Dravi
Radovljica	Kopališka cesta 10 4240 Radovljica	045371400 045371428	gpcsd.radov@gov.si Spletno mesto CSD Radovljica
Ravne na Koroškem	Gozdarska pot 17 2390 Ravne na Koroškem	028216350 028216351	gpcsd.ravne@gov.si Spletno mesto CSD Ravne na Koroškem
Ribnica	Škrabčev trg 17 1310 Ribnica na Dolenjskem	018361003 018361028	gpcsd.ribni@gov.si Spletno mesto CSD Ribnica
Ruše	Hmeljarska ulica 8 2342 Ruše	026730150	gpcsd.ruse@gov.si Spletno mesto CSD Ruše
Šentjur	Ulica Dušana Kvedra 11 3230 Šentjur	037462520 037462525	gpcsd.sentj@gov.si Spletno mesto CSD Šentjur

CSD	Naslov	Telefon in faks	E-pošta/spletni naslov
Sevnica	Trg svobode 9 8290 Sevnica	078161240 078161250	gpcsd.sevni@gov.si
Sežana	Kosovelova 4/b 6210 Sežana	057074200 057074200	gpcsd.sezan@gov.si Spletno mesto CSD Sežana
Škofja Loka	Partizanska cesta 1d 4220 Škofja Loka	045170100 045170110	gpcsd.skofj@gov.si Spletno mesto CSD Škofja Loka
Slovenj Gradec	Ozka ulica 1 2380 Slovenj Gradec	028850100 028850100	csdsg.tajnistvo@gov.si Spletno mesto CSD Slovenj Gradec
Slovenska Bistrica	Ljubljanska cesta 16 2310 Slovenska Bistrica	028050760 028050762 028050777	gpcsd.slovb@gov.si
Slovenske Konjice	Mestni trg 18 3210 Slovenske Konjice	037580880 037580890	gpcsd.slovk@gov.si
Šmarje pri Jelšah	Rogaška cesta 38 3240 Šmarje pri Jelšah	038181650 038181664	gpcsd.smarj@gov.si Spletno mesto CSD Šmarje pri Jelšah
Tolmin	Cankarjeva ulica 6 5220 Tolmin	053881719 053881071 053810014	gpcsd.tolmi@gov.si
Trbovlje	Mestni trg 5a 1420 Trbovlje	035634016 035629342	gpcsd.trbov@gov.si
Trebnje	Goliev trg 11 8210 Trebnje	073481570 073481580	gpcsd.treb@gov.si
Trzič	Usnjarska 3 4290 Trzič	045971200 045971201	gpcsd.trzic@gov.si Spletno mesto CSD Trzič
Velenje	Prešernova 10 3320 Velenje	038984500 038984502 038984540	gpcsd.velen@gov.si Spletno mesto CSD Velenje
Vrhnika	Ljubljanska 16 1360 Vrhnika	017506277 017506270 017506280	gpcsd.vrhni@gov.si Spletno mesto CSD Vrhnika
Zagorje ob Savi	Cesta zmage 7 1410 Zagorje ob Savi	035660250 035660249	gpcsd.zagor@gov.si Spletno mesto CSD Zagorje ob Savi
Žalec	Mestni trg 5 3310 Žalec	037131250 037131280	gpcsd.zalec@gov.si Spletno mesto CSD Žalec

8.2 Materinski domovi

Materinski domovi so namenjeni za pomoč materam z mladoletnimi otroki do 14 leta starosti, nosečnicam, porodnicam ter samskim ženskam, ki so se znašle v trenutni ali dalj časa trajajoči stiski, in nimajo druge možnosti bivanja. Materinski domovi omogočajo bivanje in nudijo tako pomoč za reševanje prehodne stiske, kot tudi dolgotrajnejšo pomoč. Namen strokovnega dela je v strokovni podpori uporabnicam, da si čim hitreje uredijo samostojno življenje zunaj materinskega doma.

Gorenjska regija:

Društvo za pomoč ženskam in otrokom žrtvam nasilja, Varna hiša Gorenjske – Materinski dom Gorenjske

p.p. 23, 4270 Jesenice
telefon: 051 200 083
e-pošta: [vh.gorenjska\(at\)siol.net](mailto:vh.gorenjska(at)siol.net)

Goriška regija:

Zavod Karitas Samarijan – Materinski dom Solkan in Dom Karitas na cesti

Skalniška 1, 5250 Solkan
telefon: 05 330 02 34, 041 331 639
e-pošta: [karitas.samarijan\(at\)siol.net](mailto:karitas.samarijan(at)siol.net)

Osrednjeslovenska regija:

Center za socialno delo Ljubljana Šiška – Materinski dom Ljubljana

Celovška 195, 1000 Ljubljana
telefon: 01 283 37 45, 01 583 98 00, dežurni GSM: 051 422 024
e-pošta: [materinski.dom\(at\)gov.si](mailto:materinski.dom(at)gov.si)

Zavod Pelikan Karitas – Materinski dom Gumnišče

Gumnišče 5, 1291 Škofljica
01 366 7721, 031 333 477
materinski.dom@karitas.si

Zavod Pelikan Karitas – Materinski dom Ljubljana

Litijska cesta 24, 1000 Ljubljana
01 366 77 21
materinski.dom@karitas.si

Podravska regija:

Center za socialno delo Maribor – Materinski dom Maribor

Na Jelovcu 22, 2354 Brestenica
telefon: 02 623 25 26, 02 623 25 52, 051/ 260 159
e-pošta: [gpcsd.maribor\(at\)gov.si](mailto:gpcsd.maribor(at)gov.si), materinski.dom@triera.net, info@materinski-dom.si

Materinski dom Žalec – Nadškofijska Karitas Maribor
Savinjska cesta 1, 3310 Žalec
Telefon: 05 908 03 63

Savinjska regija:

JZ Socio – Javni zavod za socialno varstvene dejavnosti Celje – Materinski dom
Stanetova 4, 3000 Celje
telefon: 03 492 40 42
e-pošta: [socio\(at\)siol.net](mailto:socio(at)siol.net)

Materinski dom Mozirje – Andrejev dom, Nadškofijska Karitas Maribor
Podvrh 23
3330 Mozirje
telefon: 03 583 15 30

8.3 Varne hiše

Varne hiše omogočajo ženskam in otrokom, ki doživljajo kakršno koli obliko nasilja (psihično, fizično ali spolno), možnost umika in nastanitve. So varen prostor, kamor se lahko zatečejo in s podporo svetovalk na novo uredijo življenje. Lokacija varnih hiš je tajna.

Gorenjska regija:

Društvo za pomoč ženskam in otrokom žrtvam nasilja Varna hiša Gorenjske – Varna hiša za ženske in otroke žrtve nasilja Gorenjske
p.p. 575, 4000 Kranj
telefon: 051 200 083
e-pošta: [vh.gorenjska\(at\)siol.net](mailto:vh.gorenjska(at)siol.net)

Goriška regija:

Zavod Karitas Samarijan – Varna hiša Karitas za Primorsko
Skalniška 1, 5250 Solkan
telefon: 05 330 02 34, 041 332 038
e-pošta: [karitas.samarijan\(at\)siol.net](mailto:karitas.samarijan(at)siol.net)

Obalno-kraška in notranjska regija:

Center za socialno delo Sežana – Regijska varna hiša Kras
telefon: 070 754 530 in 05 6202 442
faks: 05 6202 442
e-pošta : [vhkras\(at\)gmail.com](mailto:vhkras(at)gmail.com)

Jugovzhodna Slovenija:

Društvo življenje brez nasilja in krivic za podporo žrtvam kaznivih dejanj – Varna hiša Novo mesto

p.p. 345, 8000 Novo mesto
telefon: 07 332 68 95, 031 393 614
e-pošta: varnahisa.nm@gmail.com

Koroška regija:

Društvo regionalna varna hiša Celje – Varna hiša

p.p. 347, 3000 Celje
telefon: 03 492 63 57
e-pošta: [varna.hisace\(at\)siol.net](mailto:varna.hisace(at)siol.net), varna.hisa(at)siol.net

Enota Slovenj Gradec 02/ 882 9435, 031 234 404

Osrednjeslovenska regija:

Društvo SOS telefon za ženske in otroke žrtve nasilja – Zatočišče za ženske in otroke

p.p. 2726, 1001 Ljubljana
telefon: 01 524 19 93, 080 11 55
e-pošta: [drustvo-sos\(at\)drustvo-sos.si](mailto:drustvo-sos(at)drustvo-sos.si)

Društvo za nenasilno komunikacijo – Varna hiša za ženske in otroke žrtve nasilja

Miklošičeva 36, 1000 Ljubljana
telefon: 031 736 726
e-pošta: [drustvo.nenasilje\(at\)siol.net](mailto:drustvo.nenasilje(at)siol.net)

Društvo ženska svetovalnica Ljubljana - Krizni center Ženske svetovalnice

telefon: 031 233 211
e-pošta: kc@svetovalnica.org, [info\(at\)drustvo-zenska-svetovalnica.si](mailto:info(at)drustvo-zenska-svetovalnica.si)

Podravska regija:

Center za socialno delo Maribor – Varna hiša Maribor

Dvorakova ul. 5, 2000 Maribor
telefon: 02 250 66 00 (centrala CSD), 02/480 11 86 ali 87 (varna hiša)
e-pošta: [gpcsd.maribor\(at\)gov.si](mailto:gpcsd.maribor(at)gov.si), varnahmb@t-2.net

Center za socialno delo Ptuj – Varna hiša Ptuj

Trstenjakova 5a, 2250 Ptuj
telefon: 02 787 56 00
e-pošta: [gpcsd.ptuj\(at\)gov.si](mailto:gpcsd.ptuj(at)gov.si)

Pomurska regija:

Društvo varnega zavetja – Varna hiša Pomurja

p.p. 18, 9240 Ljutomer
telefon: 02 584 83 90
e-pošta: vh.ljutomer@siol.net

Savinjska regija:

Društvo regionalna varna hiša Celje – Varna hiša

p.p. 347, 3000 Celje
telefon: 03 492 63 57
e-pošta: varna.hisace@siol.net, varna.hisa@siol.net

Enota Velenje 03/ 897 6690, 031 243 071

Spodnjeposavska regija:

Center za socialno delo Krško, Zavetišče Pepcin dom

Cesta krških žrtev 1, 8270 Krško
telefon: 07 490 49 51, 07 492 25 53, 07 492 59 68
e-pošta: gpcsd.krsko@gov.si

8.4 Krizni centri

Krizni center za mlade	Naslov	Telefon
CSD Celje	Ipavčeva 8, 3000 Celje	tel.: (03) 493 05 30 gsm: 031 576 150 e-pošta: kcm.celje@siol.net
CSD Ljubljana Bežigrad	Ravbarjeva 11a, 1000 Ljubljana	tel.: (01) 236 12 22 (01) 236 12 23 gsm: 041 419 121 041 419 122 e-pošta: kcmlj@siol.net
CSD Maribor	Trubarjeva 27, 2000 Maribor	tel.: (02) 250 26 60 gsm: 051 324 211 e-pošta: kcm-mb@gov.si
CSD Murska Sobota	Lendavska ulica 15a, 9000 Murska Sobota	tel.: (02) 534 85 82, gsm: 031 304 601 e-pošta: kcm.ms@siol.net
CSD Slovenj Gradec	Ozka ulica 1, 2380 Slovenj Gradec	tel.: (02) 885 01 11 gsm: 041 962 029 e-pošta: csdsg.krizni.center@gov.si
CSD Radovljica	Alpska cesta 15, 4248 Lesce	tel.: (04) 531 69 30 gsm: 040 436 531,

		040 436 530 e-pošta: krizni.center@telemach.net
CSD Krško	Ulica Mladinskih delovnih brigad 14, 8273 Leskovec pri Krškem	tel.: (07) 490 51 77 gsm: 051 611 940 e-pošta: kcmkrsko@kabel.net
CSD Grosuplje Hiša Palčica	Brvace 1, 1290 Grosuplje	gsm: 059 922 866, 040 194 192, 040 194 193 e-pošta: hisa.palcica@gmail.com
CSD Nova Gorica (Krizni center za otroke in mladostnike 10-ka)	Marušičeva 6, 5000 Nova Gorica	tel.: (05) 3300 29 00 08 20 52 460 gsm: 051 635 115 e-pošta: kc-gorica@siol.net
CSD Koper (Krizni center za otroke in mladostnike)	Kolarska ulica 10, 6000 Koper	tel.: (05) 663 45 90 (05) 663 45 99 gsm: 041 303 203 e-pošta: kcm.koper@gov.si

Krizni center za odrasle žrtve nasilja

Krizni center za odrasle žrtve nasilja	Naslov	Telefon	E-pošta
Krizni center v Ljubljani (Društvo ženska svetovalnica)	Cesta v Mestni log 55 1000 Ljubljana	031233211 (dosegljivi vse dni v letu 24 ur)	kriznicenter@gmail.com, kc@svetovalnica.org
Krizni center za odrasle žrtve nasilja Maribor (CSD Maribor)	Zagrebska cesta 72 2000 Maribor	022506630 022208198 031776102	gpcsd.maribor@gov.si
Krizni center – Varna hiša na obali (CSD Piran)	Obala 114 6330 Piran	056712300 059039590 040303669	csd.piran-kc@gov.si

8.5 Klinično-forenzična ambulanta

Če je potrebna pomoč pri dokumentiranju poškodb ali znakov nasilja ali zlorabe in postopku zavarovanja bioloških dokazov, je 24 ur na voljo klinično-forenzična ambulanta.

Organizirana je na **Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova ulica 2**. Omogoča sodnomedicinski pregled žrtev telesnega ali spolnega nasilja, prihod na oddelek ali v druge urgentne ambulante zaradi dokumentiranja poškodb ali drugih znakov nasilja ali zlorabe ter odvzema brisa za zaščito in nadaljnjo analizo bioloških vzorcev

kaznivih dejanj ali sumov kaznivih dejanj. V ambulanti tudi svetujejo, kako ravnati v posameznih primerih nasilja ali zlorabe ali sumov nasilja ali zlorabe ter glede dokumentiranja in zavarovanja dokazov kaznivega dejanja. Imajo tudi povezavo s službo za pravne nasvete in dežurnim toksikologom. Dežurni specialist sodne medicine v tej ambulanti je dosegljiv na **telefonski številki 01 543 72 22**.

Ambulanta ne omogoča nobenega zdravljenja.

9. ZAKONSKE PODLAGE IN OBVEZNOSTI

Prijavna dolžnost strokovnih delavcev in delavk v zdravstvu

Prijavna dolžnost strokovnih delavcev in delavk v zdravstvu je zakonsko opredeljena z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). V skladu z njim so strokovni delavci in delavke v zdravstvu primere suma nasilja v družini (zlasti, ko gre za mladoletno osebo, starejše, invalidne in druge nemočne osebe) dolžni prijaviti pristojnemu centru za socialno delo in/ali policiji oziroma državnemu tožilstvu. Prav tako so zdravstveni zavodi oziroma organizacije dolžne izvesti potrebne postopke in ukrepe za zaščito žrtve, ji ustrezno pomagati ter zagotoviti spoštovanje njene integritete. Najpogosteje so žrtve nasilja v družini otroci, ženske, starejše in invalidne osebe. ZPND prav tem družbenim skupinam, ki so zaradi pomanjkanja družbene moči najpogosteje žrtve nasilja v partnerskih, družinskih in sorodstvenih odnosih, namenja posebno pozornost.

5. člen ZPND (dolžnost ravnanja)

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

6. člen ZPND (dolžnost prijave)

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

(2) Vsakdo, zlasti pa strokovni delavci oziroma delavke v zdravstvu ter osebe 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.

Drugi poudarki iz ZPND – pravice žrtev nasilja v družini

Žrtev nasilja v družini ima pravico:

– do spremljevalca (7. člen ZPND): žrtev si lahko izbere osebo, ki jo bo spremljala v vseh postopkih, povezanih z nasiljem. Za to, da ima žrtev lahko v postopku spremljevalca, zadostuje, da pred začetkom postopka sama izrazi željo po tem in imenuje osebo, ki jo bo spremljala. Spremljevalec je lahko laik, oseba po izboru žrtve, ki ji ta zaupa in tej zagotavlja podporo. Spremljevalec žrtve ne zastopa. Spremljevalec ne more biti oseba, ki je v konkretnem postopku obravnavana kot povzročitelj;

– do zagovornika, ki štiti koristi žrtve v postopkih in aktivnostih (8. člen ZPND);

– do zaščite pred izpostavljanjem v javnosti oziroma medijih: o žrtvah ali povzročiteljih ne smejo biti javnosti posredovani podatki, na podlagi katerih bi lahko prišlo do razkritja identitete osebe. Posredovanje podatkov je dopustno le, če polnoletna oseba s tem izrecno

soglaša. Enako velja za starše oziroma skrbnike otrok, ki so te dolžni varovati pred izpostavljanjem javnosti;

– do prednostne, hitre, individualizirane strokovne obravnave (14., 15. člen ZPND);

– do spremstva policije ob vstopu v stanovanje zaradi zagotovitve njene varnosti (18. člen ZPND). Na prošnjo žrtve policija zagotovi žrtvi varnost ob vstopu v stanovanjske prostore, v katerih prebiva, da lahko iz njih vzame stvari, ki so potrebne za zagotavljanje njenih osnovnih življenjskih potreb in potreb njenih otrok. Zakon je pri določitvi stvari jasen, saj eksplicitno opredeljuje, da oseba lahko iz stanovanja odnese le stvari, nujne za vsakdanje življenje;

– do zaščite pred nasiljem v smislu različnih prepovedi povzročitelju, s katerimi se zagotovi njena varnost (19. člen ZPND);

– do prepustitve stanovanja v skupni rabi, torej do tega, da žrtev določeno obdobje sama uporablja stanovanje, ki je bilo sicer v skupni uporabi, in to ne glede na lastništvo oziroma stanovanjsko pravico (21. člen ZPND);

I– do stanovanjskega varstva pri nasilju ob razvezi (22. člen ZPND). Ob razvezi sme žrtev zahtevati, da mu drugi zakonec prepusti v izključno uporabo stanovanje, v katerem skupaj živita ali sta živel. Zakonec to lahko zahteva, a) ko je sam žrtev nasilja in tudi b) če partner izvaja nasilje nad njegovimi otroki;

– do brezplačne pravne pomoči. Po ZPND lahko žrtve dobijo brezplačno pravno pomoč ne glede na njihovo premoženjsko stanje, vendar izključno le zaradi vlaganja zahtevkov na sodišče – po 19. (prepoved približanja) in 21. členu (prepustitev stanovanja). Za vse druge sodne postopke, za katere je lahko povod ali razlog tudi ali predvsem nasilje v družini, pa žrtev pridobi brezplačno pravno pomoč po Zakonu o BPP – upoštevajo se torej njeni dohodki. To tudi nedvoumno izhaja iz 27. člena ZPND.

Kot novo možnost za zaščito otrok po 20. členu ZPND lahko CSD predlaga izrek prepovedi ali prepustitev stanovanja, če to prispeva k zaščiti koristi otrok.

Pogoji za izrek ukrepov po 19., 21. in 22. členu ZPND

Pri ukrepih iz 19., 21. in 22. člena gre za izjemno hud poseg v pravice posameznika, tudi v ustavno zagotovljene pravice, zato že sam ZPND postavlja določene omejitve (te zadevajo pogoje za izrek, omejitev časa trajanja, določila glede izključne uporabe stanovanja).

9.1 Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) (Uradni list RS, št. 16/2008)

Prvi del: Splošne določbe

1. člen (namen zakona)

(1) Ta zakon določa pojem nasilja v družini, določa vlogo in naloge državnih organov, nosilcev javnih pooblastil, izvajalcev javnih služb, organov samoupravnih lokalnih skupnosti (v nadaljnjem besedilu: organi in organizacije) in nevladnih organizacij pri obravnavanju nasilja v družini ter določa ukrepe za varstvo žrtev nasilja v družini.

(2) Za preprečevanje nasilja v družini in za varstvo ter pomoč žrtvi se poleg ukrepov, ki jih določa ta zakon, uporabljajo tudi ukrepi, določeni z drugimi zakoni in na njihovi podlagi izdanimi predpisi.

2. člen (opredelitev družinskih članov)

Družinske članice oziroma člani (v nadaljnjem besedilu: družinski člani) po tem zakonu so:

- zakonec ali zunajzakonska partnerica oziroma partner, bivši zakonec ali bivša zunajzakonska partnerica oziroma partner,
- partnerica oziroma partner ali bivša partnerica oziroma partner v registrirani istospolni partnerski skupnosti,
- krvna sorodnica oziroma sorodnik (v nadaljnjem besedilu: sorodnik) v ravni vrsti,
- krvni sorodniki v stranski vrsti do vštetelega tretjega kolena,
- sorodnik po svaštvu do vštetelega drugega kolena,
- posvojiteljica oziroma posvojitelj (v nadaljnjem besedilu: posvojitelj) in posvojenka oziroma posvojenec,
- rejnica oziroma rejnik (v nadaljnjem besedilu: rejnik) in rejenka oziroma rejenc,
- skrbnica oziroma skrbnik (v nadaljnjem besedilu: skrbnik) in varovanka oziroma varovanec,
- osebe, ki imajo skupnega otroka,
- osebe, ki živijo v skupnem gospodinjstvu.

3. člen (opredelitev nasilja v družini)

(1) Nasilje v družini (v nadaljnjem besedilu: nasilje) je vsaka uporaba fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana proti drugemu družinskemu članu oziroma zanemarjanje družinskega člana iz 2. člena tega zakona (v nadaljnjem besedilu: žrtve) ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročiteljice oziroma povzročitelja nasilja (v nadaljnjem besedilu: povzročitelj nasilja).

(2) Fizično nasilje je vsaka uporaba fizične sile, ki pri družinskem članu povzroči bolečino, strah ali ponižanje, ne glede na to, ali so nastale poškodbe.

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

(4) Psihično nasilje so ravnanja, s katerimi povzročitelj nasilja pri družinskem članu povzroči strah, ponižanje, občutek manjvrednosti, ogroženosti in druge duševne stiske.

(5) Ekonomsko nasilje je neupravičeno nadzorovanje ali omejevanje družinskega člana pri razpolaganju z dohodki oziroma upravljanju s premoženjem, s katerim družinski član samostojno razpolaga oziroma upravlja ali neupravičeno omejevanje razpolaganja oziroma upravljanja s skupnim premoženjem družinskih članov.

(6) Zanemarjanje je oblika nasilja, kadar oseba opušča dolžno skrb za družinskega člana, ki jo potrebuje zaradi bolezni, invalidnosti, starosti, razvojnih ali drugih osebnih okoliščin.

4. člen (posebno varstvo in skrb)

(1) Posebno varstvo pred nasiljem uživa mladoletni družinski član (v nadaljnjem besedilu: otrok).

(2) Otrok je žrtev nasilja tudi, če je prisoten pri izvajanju nasilja nad drugim družinskim članom ali živi v okolju, kjer se nasilje izvaja.

(3) Posebne skrbi pri obravnavanju nasilja in nudenju pomoči žrtvam so deležne starejše osebe in invalidi ter osebe, ki zaradi osebnih okoliščin niso sposobne skrbeti zase.

5. člen (dolžnost ravnanja)

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

6. člen (dolžnost prijave)

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

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

7. člen (spremljevalec žrtve)

(1) Žrtev nasilja si lahko izbere osebo, ki jo lahko spremlja v vseh postopkih, povezanih z nasiljem (v nadaljnjem besedilu: spremljevalec).

(2) Za prisotnost spremljevalca v postopkih iz prejšnjega odstavka zadostuje, da žrtev pred pričetkom postopka ali v postopku izjavi, da jo določena oseba spremlja in da želi, da je v postopku prisotna.

(3) Spremljevalec je lahko vsaka polnoletna oseba, ki v postopku ni obravnavana kot povzročitelj nasilja.

(4) Spremljevalec pomaga žrtvi pri zaščiti njene integritete v postopkih pred organi in organizacijami, pomaga pri iskanju rešitev in nudi žrtvi psihično oporo.

(5) Organ, ki vodi postopek, prepove osebi spremljati žrtev v postopku, če ne izpolnjuje pogoja iz tretjega odstavka tega člena oziroma, če obstoji verjetnost, da oseba ne bo mogla opravljati nalog iz prejšnjega odstavka glede na sorodstvene ali druge povezave z žrtvijo ali povzročiteljem nasilja.

8. člen (pravica žrtve do zagovornika)

Žrtev nasilja ima pravico do zagovornice oziroma zagovornika (v nadaljnjem besedilu: zagovornik), ki v skladu s posebnimi predpisi ščiti žrtvine koristi v postopkih in aktivnostih, ki jo zadevajo.

9. člen (varstvo identitete žrtve)

(1) O žrtvah ali povzročiteljih nasilja ne smejo biti javnosti posredovani podatki, na podlagi katerih bi bilo mogoče prepoznati žrtev ali njeno družino. Posredovanje podatkov je dopustno le, če polnoletna žrtev s tem izrecno soglaša.

(2) Starši ali otrokov skrbnik, rejnik, posvojitelj so dolžni v okviru izvajanja skrbi za otroka tega varovati pred izpostavljanjem javnosti.

Drugi del: Mreža in naloge organov in organizacij ter nevladnih organizacij

10. člen (vloga organov in organizacij ter nevladnih organizacij)

(1) Organi in organizacije ter nevladne organizacije so dolžne v okviru z zakoni in drugimi predpisi določenimi nalogami in pooblastili prednostno obravnavati primere nasilja, zagotavljati medsebojno obveščanje in pomoč z namenom preprečevanja in odkrivanja nasilja, odpravljanja vzrokov ter nudenja pomoči žrtvi pri vzpostavitvi pogojev za varno življenje.

(2) Ministrica oziroma minister (v nadaljnjem besedilu: minister) pristojen za delo, družino in socialne zadeve, natančneje določi postopke medsebojnega obveščanja in nudenja pomoči iz prejšnjega odstavka.

(3) Ministri, pristojni za delovanje policije, zdravstvenih organizacij, socialno-varstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodov, določijo v soglasju z ministrom pristojnim za delo, družino in socialne zadeve, pravila in postopke, ki zagotavljajo usklajeno delovanje organov in organizacij, in ki jih morajo organi in organizacije z navedenih področij upoštevati pri obravnavanju primerov nasilja.

(4) Strokovne delavke oziroma delavci (v nadaljnjem besedilu: strokovni delavci) v organih in organizacijah, ki so v okviru pravil in postopkov iz prejšnjega odstavka zadolženi za opravljanje nalog na področju nasilja, se morajo v okviru stalnega izobraževanja, izpopolnjevanja in usposabljanja obvezno redno izobraževati s področja nasilja v obsegu, ki ga določijo pristojni ministri iz prejšnjega odstavka. Odgovorne osebe v organih in organizacijah ter nevladne organizacije so dolžne zagotoviti usposabljanje vseh strokovnih delavcev, ki se v okviru svojega dela srečujejo z žrtvami oziroma povzročitelji nasilja.

(5) Center za izobraževanje v pravosodju med izobraževalne vsebine uvrsti področje nasilja v družini.

11. člen (nacionalni program)

(1) Državni zbor sprejme na predlog vlade nacionalni program preprečevanja nasilja v družini (v nadaljevanju: nacionalni program) za obdobje petih let.

(2) Nacionalni program pripravi ministrstvo, pristojno za delo, družino in socialne zadeve, v sodelovanju z drugimi ministrstvi, obsega pa zlasti:

- oceno stanja in opredelitev ključnih problemov na področju preprečevanja nasilja v družini,
- temeljne cilje, usmeritve in naloge na področju preprečevanja nasilja v družini v obdobju, ki ga obsega nacionalni program,
- nosilce akcijskih načrtov za izvajanje usmeritev in nalog iz nacionalnega programa na posameznih področjih,
- preventivne dejavnosti,
- podatke, ki se bodo v okviru dejavnosti državne statistike zbirali, obdelovali, povezovali, shranjevali, analizirali in izkazovali,
- usmeritve za izobraževanje in usposabljanje,
- zagotavljanje finančnih in drugih sredstev tudi za delovanje nevladnih organizacij.

12. člen (akcijski načrti)

(1) Akcijski načrti so izvedbeni akti nacionalnega programa, ki za posamezno področje opredelijo potrebne aktivnosti za obdobje dveh let.

(2) Predloge akcijskih načrtov na podlagi poročil o preteklem dveletnem obdobju in morebitne dodatne predloge posameznih ministrstev pripravi delovna skupina, ki jo za ta namen ustanovi ministrstvo, pristojno za delo, družino in socialne zadeve, in skupni akcijski načrt za dveletno obdobje predloži v sprejem vladi.

(3) Ministrstva pošljejo ministrstvu, pristojnemu za delo, družino in socialne zadeve, poročilo iz prejšnjega odstavka najkasneje dva meseca pred iztekom vsakokratnega akcijskega načrta.

13. člen (poročanje o izvajanju nacionalnega programa)

Vlada vsaki dve leti poroča državnemu zboru o izvajanju nacionalnega programa. V poročilu navede ukrepe in aktivnosti, izvedene v preteklem dveletnem obdobju.

14. člen (naloge centrov za socialno delo)

(1) Center za socialno delo nudi žrtvi in povzročitelju nasilja storitve po zakonu, ki ureja socialno varstvo, pri čemer je cilj obravnavanja odprava neposredne ogroženosti in skrb za žrtvino dolgoročno varnost, z odpravo vzrokov oziroma okoliščin, v katerih prihaja do nasilja, prek reševanja njenih socialnih in materialnih pogojev bivanja.

(2) Center za socialno delo lahko napoti povzročitelja nasilja v ustrezne izobraževalne, psihosocialne in zdravstvene programe, ki jih izvajajo organi in organizacije ter nevladne organizacije.

(3) Pri centru za socialno delo se za obravnavanje nasilja v družini ustanovi multidisciplinarni tim.

(4) Sestavo multidisciplinarnega tima in način dela določi minister, pristojen za delo, družino in socialne zadeve.

15. člen (načrt pomoči žrtvi)

(1) Center za socialno delo je po proučitvi okoliščin primera dolžan nuditi žrtvi oblike pomoči po zakonu, ki ureja socialno varstvo in oceniti, ali je potrebno oblikovati načrt pomoči žrtvi, ki ga oblikuje skupaj z žrtvijo. Načrt pomoči oblikuje, če je za vzpostavitev varnega okolja žrtve potrebno dlje časa trajajoče ukrepanje oziroma je potrebnih več ukrepov pomoči in v drugih primerih, če oceni, da je to potrebno.

(2) Načrt pomoči se pripravi v okviru multidisciplinarnega tima iz tretjega odstavka 14. člena tega zakona. Center za socialno delo pozove k sodelovanju v timu tudi druge organe in organizacije, ki so ali bodo v okviru področja svojega delovanja obravnavali žrtev oziroma povzročitelja nasilja ter nevladne organizacije. Odgovorne osebe organov in organizacij, ki so pozvane k pripravi načrta pomoči, so dolžne zagotoviti sodelovanje predstavnikov organov in organizacij.

(3) Če je žrtev nasilja otrok, se v načrtu pomoči predvidijo tudi ukrepi za varstvo otroka po predpisih, ki urejajo družinska razmerja.

16. člen (regijska služba za koordinacijo in pomoč žrtvam)

(1) Z namenom zagotavljanja pomoči žrtvam nasilja, izvajanja interventne službe, povezovanja dejavnosti organov in organizacij, spremljanja in analiziranja pojavov nasilja v regiji, se oblikuje regijska služba za koordinacijo in pomoč žrtvam (v nadaljnjem besedilu: regijska služba). Regijska služba izvaja storitve po zakonu, ki ureja socialno varstvo in nujne ukrepe za varovanje otrokovih koristi po zakonu, ki ureja družinska razmerja.

(2) Regijska služba vključuje interventno službo, krizne centre in regijskega koordinatorja za preprečevanje nasilja.

(3) Regijska služba se oblikuje pri centru za socialno delo, ki ga določi njegov ustanovitelj in deluje na območju posameznega centra za socialno delo ali več centrov za socialno delo. Območje delovanja regijske službe določi ustanovitelj.

17. člen (nevladne organizacije)

(1) Nevladne organizacije s področja obravnave in zaščite proti nasilju v okviru svojih programov nudijo zaščito in psihosocialno pomoč žrtvam, organizirajo programe za obravnavo povzročiteljev nasilja in sodelujejo z organi in organizacijami z različnih področij (policija, tožilstvo, sodišče, center za socialno delo, zdravstvene organizacije, vzgojno-izobraževalni zavodi).

(2) Nevladne organizacije sodelujejo z organi in organizacijami pri obravnavanju posameznih primerov žrtev in povzročiteljev nasilja. Nevladne organizacije se v okviru programov, ki jih izvajajo, vključujejo tudi v neposredno izvedbo ukrepov za zaščito žrtve.

Tretji del: UKREPI ZA ZAGOTOVITEV VARNOSTI ŽRTVE

18. člen (varovanje življenja in zagotavljanje osebne varnosti žrtve)

Policija varuje življenje in zagotavlja osebno varnost žrtve v skladu s predpisi, ki urejajo delovanje policije. Na prošnjo žrtve policija zagotovi žrtvi varnost ob vstopu v stanovanjske prostore, v katerih

prebiva, da lahko iz njih vzame stvari, ki so potrebne za zagotavljanje njenih osnovnih življenjskih potreb in osnovnih življenjskih potreb njenih otrok.

19. člen (prepovedi zaradi nasilnih dejanj)

(1) Žrtev lahko sodišču predlaga, da določi ukrepe za odvrnitev nadaljnje škode. Sodišče lahko povzročitelju nasilja, ki je žrtev telesno poškodoval, ali ji je prizadejal škodo na zdravju, ali je drugače posegel v njeno dostojanstvo ali druge osebnostne pravice, na predlog žrtve z odločbo prepove zlasti:

- vstopiti v stanovanje, v katerem živi žrtev;
- zadrževati se v določeni bližini stanovanja, v katerem živi žrtev;
- zadrževati in približevati se krajem, kjer se žrtev redno nahaja (delovno mesto, šola, vrtec ...);
- navezovati stike z žrtvijo na kakršenkoli način, vključno s sredstvi za komuniciranje na daljavo;
- vzpostaviti vsakršno srečanje z žrtvijo.

(2) Ukrepe po prejšnjem odstavku lahko sodišče izreče tudi:

a) če je povzročitelj nasilja žrtvi grozil, da jo bo poškodoval ali drugače protipravno posegel v njeno dostojanstvo ali druge osebnostne pravice;

b) če je povzročitelj nasilja protipravno vstopil v stanovanje, v katerem živi žrtev ali drugače motil njeno mirno posest;

c) če povzročitelj nasilja žrtev proti njeni izrecni volji protipravno nadleguje, na primer z zasledovanjem ali uporabo sredstev za komuniciranje na daljavo;

d) če povzročitelj nasilja žrtev proti njeni izrecni volji protipravno nadleguje z uporabo oziroma objavljanjem vseh osebnih podatkov žrtve, sodnih spisov in osebnih zapisov na svetovnem medmrežju.

(3) Ukrepe po prvem in drugem odstavku tega člena sodišče izreče tudi, če je povzročitelj nasilja dejanje izvršil v stanju prehodne nerazsodnosti, razen če se dokaže, da ni po svoji krivdi prišel v takšno stanje.

(4) Sodišče časovno omeji trajanje ukrepov iz prvega odstavka tega člena na največ šest mesecev. Žrtev lahko predlaga podaljšanje ukrepa še za največ šest mesecev.

(5) Pritožba zoper ukrep, ki ga izreče sodišče, ne zadrži izvršitve ukrepa.

20. člen (varstvo otrok)

(1) Postopek za odločitev o ukrepih iz prvega odstavka 19. člena tega zakona začne sodišče v primerih, ko je žrtev otrok, na predlog otroka, starejšega od petnajst let, staršev oziroma enega od staršev, če jim ni odvzeta starševska skrb, ali centra za socialno delo. Če so navedeni ukrepi izrečeni zaradi varstva otroka, spremlja njihovo izvajanje center za socialno delo.

(2) Center za socialno delo je dolžan izvesti tudi vse druge potrebne ukrepe za varstvo otroka v skladu z zakonom, ki ureja družinska razmerja.

21. člen (prepustitev stanovanja v skupni uporabi)

(1) Žrtev lahko sodišču predlaga, da odloči o prepustitvi stanovanja v skupni uporabi. Sodišče lahko na predlog žrtve z odločbo naloži povzročitelju nasilja, ki z žrtvijo, ki jo je telesno poškodoval ali ji je prizadejal škodo na zdravju ali je drugače posegel v njeno dostojanstvo ali druge osebnostne pravice, živi v skupnem gospodinjstvu, da mora stanovanje v skupni uporabi prepustiti žrtvi v izključno uporabo v obsegu, kot ga je imel v uporabi sam.

(2) Sodišče časovno omeji trajanje ukrepa iz prejšnjega odstavka, če sta žrtev in povzročitelj nasilja solastnika ali skupna lastnika stanovanja v skupni uporabi, če imata na zemljišču, na katerem je stanovanje v skupni uporabi, stavbno pravico, pravico užitka ali rabe, ali če sta ga skupaj najela.

(3) Sodišče omeji trajanje ukrepa iz prvega odstavka tega člena na največ šest mesecev, če je povzročitelj nasilja sam ali s tretjo osebo lastnik, solastnik ali skupni lastnik stanovanja v skupni uporabi, ali če ima na zemljišču, na katerem je stanovanje, sam ali s tretjo osebo stavbno pravico, pravico užitka ali rabe, ali če ga je sam ali s tretjo osebo najel. Če žrtev v roku, ki ga določi sodišče, kljub skrbnemu prizadevanju ne more najti drugega primerne bivalnega prostora, lahko sodišče rok iz prejšnjega stavka na predlog žrtve izjemoma podaljša še za največ šest mesecev, razen če bi to povzročilo nesorazmerno težko breme za tretjo osebo.

(4) Povzročitelj nasilja, ki mora žrtvi stanovanje prepustiti v izključno uporabo, je dolžan opustiti vsa dejanja, ki bi utegnila otežiti ali ovirati takšno uporabo.

(5) Žrtev, ki ji je stanovanje prepuščeno v izključno uporabo, nosi v času izključne uporabe stanovanja stroške rednega upravljanja stanovanja.

(6) Povzročitelj nasilja lahko od žrtve zahteva primerno nadomestilo za izključno uporabo stanovanja, če je to skladno z načelom pravičnosti.

(7) Žrtev mora predlog iz prvega odstavka tega člena podati najkasneje v treh mesecih, odkar je utrpela katero od ravnanj iz prvega odstavka tega člena.

22. člen (stanovanjsko varstvo v primeru nasilja ob razvezi)

(1) Ob razvezi zakonske zveze sme zakonec, nad katerim drugi zakonec izvaja nasilje ali če izvaja nasilje nad njegovimi otroki, zahtevati, da mu drugi zakonec prepusti v izključno uporabo stanovanje, v katerem skupaj živita oziroma sta živela.

(2) Sodišče lahko dodeli stanovanje v izključno uporabo zakoncu, ki vloži zahtevo iz prejšnjega odstavka, čeprav bi sicer obstajali pogoji za dodelitev le dela stanovanja, če je to potrebno, da se ob razvezi prepreči nasilje med zakoncema ali nasilje nad otroki.

(3) Sodišče omeji trajanje ukrepa iz prejšnjega odstavka na največ šest mesecev. Na predlog žrtve lahko sodišče ukrep izjemoma podaljša še za največ šest mesecev.

(4) Zakonec, ki mu je stanovanje prepuščeno v izključno uporabo, nosi v času izključne uporabe stanovanja stroške rednega upravljanja stanovanja.

(5) Povzročitelj nasilja lahko od žrtve nasilja zahteva primerno nadomestilo za izključno uporabo stanovanja, če je to skladno z načelom pravičnosti.

(6) Zakonec, ki je drugemu zakoncu zavezan prepustiti stanovanje v uporabo, je dolžan opustiti vse, kar bi temu zakoncu oteževalo ali preprečilo uporabo stanovanja ali njegovega dela.

23. člen (izvršba)

Izvršba v primeru prepustitve stanovanja po 21. in 22. členu tega zakona se opravi po pravilih za izpraznitev in izročitev nepremičnin.

24. člen (pristojnost)

Za odločanje o ukrepih po 19. in 21. členu tega zakona je stvarno pristojno okrožno sodišče v nepravdnem postopku, če ni z zakonom določeno drugače. Sodišče obravnava zadeve prednostno, postopek je nujen, javnost je izključena.

Četrty del: BREZPLAČNA PRAVNA POMOČ

25. člen (brezplačna pravna pomoč)

Kolikor ni v tem zakonu drugače določeno, se za brezplačno pravno pomoč žrtvi nasilja uporablja zakon, ki ureja brezplačno pravno pomoč.

26. člen (pogoji za dodelitev brezplačne pravne pomoči)

(1) Do brezplačne pravne pomoči po tem zakonu je, ne glede na določbe zakona, ki ureja brezplačno pravno pomoč, upravičena oseba, za katero je bila podana ocena o ogroženosti.

(2) Mnenje o ogroženosti osebe poda pristojni center za socialno delo.

27. člen (obseg dodelitve brezplačne pravne pomoči)

Brezplačna pravna pomoč se po tem zakonu odobri za postopke, ki tečejo na predlog žrtve zaradi ukrepov po 19. in 21. členu tega zakona.

28. člen (prednostno obravnavanje)

Pristojni organ za brezplačno pravno pomoč obravnava prošnje, vložene po tem zakonu, prednostno.

Peti del: ZBIRKE PODATKOV

29. člen (uporaba določb zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov)

Za obdelavo osebnih podatkov, vsebovanih v zbirkah podatkov, ter za varstvo informacijske zasebnosti posameznika, se uporabljajo določbe zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov, če ni s tem zakonom za posamezne primere določeno drugače.

30. člen (namen obdelave osebnih podatkov)

Za potrebe pomoči žrtvi, obravnavanja povzročitelja nasilja, izdelave načrta pomoči žrtvi, njegovega izvajanja in spremljanja, za znanstveno-raziskovalne namene in za statistične namene centri za socialno delo obdelujejo osebne podatke in vodijo zbirke podatkov oseb, ki so jih obravnavali kot žrtve in kot povzročitelje nasilja po tem zakonu.

31. člen (zbirke podatkov na področju nasilja v družini)

(1) Podatke o žrtvi in povzročitelju nasilja ter podatke o vrsti obravnave nasilja, se za namene, določene v 30. členu tega zakona, vnese v obstoječe zbirke podatkov, ki jih določa zakon, ki ureja socialno varstvo.

(2) Vnos podatkov v zbirke podatkov iz prejšnjega odstavka se lahko izvrši, ko je v skladu s prvim odstavkom 15. člena tega zakona sprejeta ocena, da je potrebno izdelati načrt pomoči žrtvi.

32. člen (zbiranje podatkov)

(1) Podatki, ki jih vsebujejo zbirke podatkov iz 31. člena tega zakona, se zbirajo neposredno od posameznika ter iz uradnih zbirk, ki jih v Republiki Sloveniji vodijo za to pooblaščen organi in organizacije.

(2) Centri za socialno delo pri izvajanju nalog na podlagi tega zakona brezplačno pridobivajo podatke, ki jih potrebujejo za namene iz 30. člena tega zakona in za namene zbiranja podatkov po zakonu, ki ureja socialno varstvo, iz obstoječih zbirk podatkov naslednjih upravljavcev:

– Ministrstva za notranje zadeve – podatke o posamezniku in družinskih članih (ime in priimek, datum rojstva, podatke o državljanstvu, podatke o prebivališču), podatke o sklenjenih zakonskih zvezah, razvezah in registriranih istospolnih partnerskih skupnostih iz centralnega registra prebivalstva in podatke o gospodinjstvu iz drugih evidenc ministrstva za notranje zadeve;

– policije – podatke o izdanih odredbah za prepoved približevanja;

– izvajalcev vzgojne in izobraževalne dejavnosti – podatke o vključitvi v vzgojno izobraževalni zavod ter podatke iz zbirke podatkov o otrocih in mladostnikih, ki potrebujejo pomoč in svetovanje;

– Ministrstva za zdravje, Inštituta za varovanje zdravja in drugih izvajalcev zdravstvene dejavnosti – podatke o zdravstvenem stanju oziroma invalidnosti;

– Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Republike Slovenije – podatke o zavarovancih in uživalcih pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja;

– Javnega jamstvenega in preživninskega sklada Republike Slovenije – podatke o izplačanem nadomestilu preživnine;

– Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje – podatke o brezposelnih osebah ter o datumu in razlogih prenehanja vodenja v evidenci brezposelnih oseb in razlogih prenehanja izplačevanja materialnih pravic;

– javnih socialnovarstvenih zavodov in koncesionarjev s področja socialnega varstva – podatke o uživalcih pravic iz zakona, ki ureja starševsko varstvo in družinska razmerja ter iz zakona, ki ureja socialno varstvo, podatke o preživninah, o postavitvi pod skrbništvo in o imenovanju skrbnika, o namestitvi v rejništvo po zakonu, ki ureja izvajanje rejniške dejavnosti, o vključitvi v socialnovarstvene storitve oziroma programe in o obravnava nasilja v družini;

– delodajalcev – podatke o zaposlitvi.

(3) V primerih iz prvega in drugega odstavka tega člena posameznikov, na katere se podatki nanašajo, ni potrebno predhodno seznaniti.

(4) Centri za socialno delo zbirajo le tiste podatke, ki jih potrebujejo za obravnavo posameznega primera.

33. člen (hramba podatkov)

Osebni podatki, ki so vpisani v zbirke podatkov iz 31. člena tega zakona, se hranijo največ deset let po vpisu. Po poteku tega roka se podatki arhivirajo.

Šesti del: PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

34. člen (uporaba določbe o zagovorniku)

Določba 8. člena tega zakona se začne uporabljati z uveljavitvijo posebnega zakona, ki bo urejal pravico žrtev do zagovornika.

35. člen (rok za predložitev nacionalnega programa)

Vlada najkasneje v enem letu po uveljavitvi tega zakona predloži državnemu zboru nacionalni program iz 11. člena tega zakona.

36. člen (rok za sprejem podzakonskih predpisov)

Postopke, pravila in obseg izobraževanja iz 10. člena tega zakona morajo pristojni ministri sprejeti v enem letu po uveljavitvi tega zakona. Minister, pristojen za delo, družino in socialne zadeve, določi postopke medsebojnega obveščanja in nudenja pomoči iz 10. člena ter podzakonski predpis iz četrtega odstavka 14. člena tega zakona v enem letu po uveljavitvi tega zakona.

37. člen (rok za določitev območja)

Ustanovitelj centrov za socialno delo določi območje v okviru tretjega odstavka 16. člena tega zakona v šestih mesecih po uveljavitvi tega zakona.

Ljubljana, 1. februarja 2008

9.2 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 ravnavajo 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 pediateru 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

PRILOGA

Številka:

Datum:

Obvestilo o zaznavi nasilja v družini

Podatki o zdravstvenem zavodu oziroma izvajalcu zdravstvene dejavnosti		
Podatki o domnevni žrtvi nasilja v družini	Priimek in ime:	
	Datum rojstva:	
	Spol:	
	Naslov:	
Zapis o stanju oziroma o okoliščinah, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje v družini, in datum in čas, ko je žrtev nasilja o tem poročala:		
<p>Ali gre za sum kaznivega dejanja, o katerem je zdravstveni delavec obvestil policijo po telefonu?</p> <p style="text-align: center;">DA NE</p> <p>Ali gre za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da je žrtev nasilja otrok?</p> <p style="text-align: center;">DA NE</p> <p>Ali gre za nujni primer, ko je ogroženo življenje žrtve nasilja ali njenih otrok?</p> <p style="text-align: center;">DA NE</p> <p>Obrazložitev:</p>		
<p>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:</p> <p>Ime in priimek: Zdravstveni zavod oziroma izvajalec zdravstvene dejavnosti:</p>		
Ime in priimek zdravstvenega delavca, ki je zapis sestavil:	Zapis zaključen ob:	Podpis zdravstvenega delavca:

Podpis odgovorne osebe in žig zdravstvenega zavoda oziroma izvajalca zdravstvene dejavnosti

9.3 Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini (Uradni list RS, št. 31/2009)

<p>Poglavji:</p> <p>Uvodna določba (1. člen)</p> <p>Postopki medsebojnega obveščanja in nudenja pomoči (2., 3., 4., 5. člen)</p>	
<p>Pravilnik določa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • postopke medsebojnega obveščanja in nudenja pomoči med organi in organizacijami, tudi NVO, • organiziranost, sestavo in način dela multidisciplinarnih timov (pri CSD), • vlogo CSD pri obravnavi nasilja v družini, organiziranost regijskih služb za koordinacijo in pomoč žrtvam nasilja ter • izobraževanje strokovnih delavcev. (1. člen) 	<p>CSD, ki je krajevno pristojen za obravnavo konkretnega primera nasilja,</p> <ul style="list-style-type: none"> • vodi koordinacijo medinstitucionalnega sodelovanja. (2. člen)
<ul style="list-style-type: none"> • Vsi organi¹ so ob zaznavi nasilja v družini dolžni v štiriindvajsetih urah od seznanitve z okoliščinami obvestiti CSD. • Kadar gre za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da je žrtev nasilja otrok, so organi v roku iz prejšnjega odstavka dolžni obvestiti CSD, policijo ali državno tožilstvo. • Informacija o nasilju se pošlje v pisni ali elektronski obliki in sporoči po telefonu. Informacijo po telefonu je treba sporočiti tudi pisno najpozneje v treh dneh. V informaciji je treba navesti vsa strokovna opažanja, iz katerih je 	<p>Z žrtvami nasilja je treba</p> <ul style="list-style-type: none"> • ravnati obzirno in spoštovati njihovo dostojanstvo. (3. člen)

¹ Skladno z opredelitvijo iz 1. člena pravilnika, se **pojem organi** na tem mestu **nanaša tudi na organizacije, nosilce javnih pooblastil, organe samoupravnih lokalnih skupnosti, NVO.**

<p>mogoče sklepati, da se izvaja nasilje v družini.</p> <p>NALOGE CSD po prejemu obvestila:</p> <ul style="list-style-type: none"> • izvede vse potrebno za zaščito žrtve in pomoči v okviru svojih pristojnosti; • zbira informacije o ogroženosti žrtve od vseh organov, od katerih se pričakuje, da bi s takimi informacijami razpolagali; • če pri zbiranju informacij ugotovi obstoj okoliščin, ki kažejo na storitev kaznivega dejanja ali to izhaja iz obvestila, CSD obvesti policijo, s katero uskladi začetne aktivnosti in delovanje skladno s pristojnostmi in pravili stroke, • v roku petih dni je organu, ki je posredoval obvestilo o zaznavi nasilja, dolžan posredovati povratno informacijo o opravljenih začetnih aktivnostih.² (4. člen) 	<p>PRI NEPOSREDNI OGROŽENOSTI, ko je POTREBNA TAKOJŠNA ZAŠČITA žrtve,</p> <ul style="list-style-type: none"> • so vsi organi dolžni TAKOJ po telefonu obvestiti CSD oziroma policijo. Najpozneje v 24 urah pa informacijo sporočiti še v pisni obliki. • CSD in policija takoj medsebojno izmenjata informacije o prejetem obvestilu v pisni oziroma elektronski obliki ali po telefonu in se obvestita ter uskladita³ o začetnih aktivnostih. (5. člen)
---	--

Vloga in delovanje CSD ter organiziranost in delo multidisciplinarnih timov in regijskih služb:

vloga in delovanje CSD pri obravnavi nasilja v družini (6. člen),

vloga, sestava in način dela multidisciplinarnega tima (7., 8., 9., 10., 11. člen).

VLOGA CSD

- **CSD deluje z namenom:**
povečati varnost žrtve nasilja,
preprečevati novo nasilje,
motivirati žrtev za vključitev v pomoč in sprejemati ukrepe za zaščito pravic in koristi žrtve.
CSD pri obravnavi nasilja sodeluje z organi.

- **CSD takoj po prejemu informacije** o nasilju prouči okoliščine primera in **zbere vse že znane informacije v okviru CSD.**

Na podlagi tako zbranih informacij **izdela oceno ogroženosti** žrtve in **oceni potrebo po pripravi načrta** pomoči žrtvi.

Če oceni, da je pri tem potrebno sodelovanje drugih organov, se pri CSD **oblikuje multidisciplinarni tim** v skladu z 8. členom pravilnika.

Pobudo za oblikovanje tima lahko da CSD⁴ tudi vsak organ iz 1. člena tega pravilnika.

- Pri **potrebi po takojšnji intervenciji** se: **takoj poskrbi za varnost žrtve**, nato pa se **izvedejo aktivnosti** iz prejšnjega odstavka.

- Kadar je o nasilju v družini **obveščen samo CSD**, odgovorni **strokovni delavec** informacijo o zaznanem nasilju **takoj sporoči policiji**. Kadar gre za sum storitve kaznivega dejanja, kjer je **žrtev nasilja otrok**, se **takoj vloži prijava na**

² CSD navede le, da je začel aktivnosti za zaščito žrtve ali postopek za zaščito otrok. **Omejiti se je treba na obvestilo o začetni obravnavi**, ni treba navajati natančnih informacij o družini, razlogih nasilja ipd. – varstvo dostojanstva obravnavane osebe.

³ »Skladno s pristojnostmi in pravili stroke« – taka formulacija pomeni tako »zaščito«, ki preprečuje konflikte ali pritiske, povezane z usklajevanjem izvedbe nalog, do katerih lahko pride zaradi razlik v postopkih in ciljih ukrepanja obeh služb.

⁴ Kar pomeni, **da je sklicatelj vedno CSD**, drugi organi in organizacije pa so lahko pobudniki.

policijo ali **državno tožilstvo**,

CSD pa izvede vse ukrepe za zaščito žrtve skladno s strokovnimi smernicami.⁵ (6. člen)

VLOGA TIMA

Naloge multidisciplinarnega tima, ki so usmerjene v **zagotovitev dolgoročne varnosti** žrtve, so:

- izmenjava informacij za razjasnitev okoliščin, potrebnih za zaščito in pomoč žrtvi po telefonu, e-pošti in na sejah, ki jih sklicuje CSD,
- usklajevanje aktivnosti,
- seznanitev žrtve z vsemi oblikami pomoči, ki jo zagotavljajo organi;
- izdelava načrta pomoči žrtvi in spremljanje njegovega izvajanja; če je to glede na izdelano oceno ogroženosti žrtve potrebno,
- zagotavljanje najustreznejše zaščite žrtvi,
- sprejemanje odločitev za izvajanje pomoči. (7. člen)

NAMEN TIMA

Multidisciplinarni tim sestavlja skupina strokovnjakov z namenom zagotoviti celovito pomoč in zaščito posamezni žrtvi.

Oblikuje se, če nosilec primera (CSD) presodi, da je za določitev ocene o potrebnosti izdelave načrta pomoči ali za njegovo oblikovanje in izvajanje potrebno sodelovanje drugih organov. CSD te organe pozove k sodelovanju v timu.

CSD poleg nosilca primera **določi še najmanj enega člana tima izmed delavcev CSD**. Član tima je **lahko tudi regijski koordinator za obravnavo nasilja (RKN)**.⁶

Organi, ki jih CSD pozove k sodelovanju v timu v konkretnem primeru, **so se na vabilo CSD dolžni odzvati** in določiti predstavnika, ki bo član tima. Člani so za svoje delo v timu odgovorni organom, ki so jih določili v tim.

Tim vodi strokovni delavec CSD, ki je nosilec primera. (8. člen)

USTANOVITEV TIMA

Tim je ustanovljen, ko se sestane **na svoji prvi seji**. Seja se **skliče v najkrajšem možnem času** oziroma **najpozneje v treh dneh po določitvi** njegovih **članov**. Člani tima so se dolžni udeleževati sej na podlagi **vabila**, ki ga pošlje CSD. Tim se sestaja na sejah, kjer sprejema sklepe o svojih odločitvah v obravnavanem primeru, glede na okoliščine primera pa lahko člani tima komunicirajo tudi na drug primeren način (po telefonu, elektronski pošti ...).

Na sejah se o delu tima **piše zapisnik**, ki vsebuje mnenje tima in sprejete sklepe. Če člani tima komunicirajo na drug primeren način, o poteku dogovorov naredi zapisnik vodja tima. Zapisnik je **uradni dokument**, varovan v skladu s predpisi, ki urejajo zbiranje in varstvo osebnih podatkov ter vodenje in hrambo dokumentacije. Zapisnik **se pošlje članom** tima. Na sejah tima je **javnost izključena**.

Tim zagotavlja usklajeno, enotno in učinkovito delovanje sodelujočih organov. **Organi**, katerih predstavniki sodelujejo kot člani tima, **morajo zagotoviti, da se bodo sklepi**, sprejeti na sejah tima, **uresničevali**. Skupaj z žrtvijo se na podlagi sprejetih odločitev aktivno izvajajo vključitve v razpoložljive oblike pomoči.

Na določeno sejo tima je **lahko povabljen tudi strokovnjak s posebnimi znanji**, ki lahko pripomore k boljši obravnavi žrtve ali razjasnitvi nekaterih vprašanj, **ni pa član tima**. (9. člen)

NALOGE TIMA

Tim na podlagi ocene ogroženosti **pripravi načrt pomoči** žrtvi, ki mora biti **uskklajen** z njenimi sposobnostmi in željami.

Načrt pomoči je seznam aktivnosti in ukrepov, ki ga **v sodelovanju z žrtvijo** oblikujejo člani tima. Na sejo tima, na kateri se sprejme načrt pomoči, se povabi **žrtev**, ki jo **lahko spremlja spremljevalec**.

V načrtu pomoči žrtvi je treba **jasno opredeliti oblike pomoči**, način **spremljanja**, **trajanje** in **cilje** obravnave.

⁵ »Skladno s strokovnimi smernicami« se nanaša na doktrino dela na tem področju. V okviru Socialno zbornice Slovenije se pripravlja tudi besedilo teh smernic.

⁶ RKN – kratica za regijskega koordinatorja za obravnavo nasilja.

Tim **opredeli naloge** in vloge **vklučenih organov** pri izvedbi načrta pomoči.

Tim lahko v sodelovanju z žrtvijo **spremeni načrti** pomoči, če je to potrebno zaradi novih oziroma spremenjenih okoliščin.

Če je **žrtev nasilja otrok**, je na sejo tima za izdelavo načrta pomoči **povabljen roditelj**, ki otroka ne ogroža, če je njegova udeležba v otrokovo korist, oziroma otrokov **skrbnik**.

V okviru načrta pomoči žrtvi **se posebej za otroka naredi ocena ogroženosti** in predvidijo ustrezni ukrepi za delo z družino in otrokom, pri čemer je **najprej treba poskrbeti za otrokovo varnost**.

V načrtu pomoči žrtvi je treba **določiti, kako trajno zaščititi otroka** in **pomagati družini** za spremembe v ravnanju. (10. člen)

DELO TIMA

Tim na vsaki seji preveri potek in **spremlja uresničevanje svojih sklepov**, ki so bili sprejeti z načrtom pomoči žrtvi, in pomaga pri usmerjanju nadaljnjega dela organov.

Na sejah se **člani tima med seboj obveščajo o vseh aktivnostih**, ki jih sami in njihovi organi izvajajo za pomoč žrtvi, ter **opravijo evalvacijo načrta in učinkovitosti postopkov**, pri čemer ves čas obravnave primera spremljajo morebitne nastale spremembe in jih ustrezno upoštevajo pri svojem delu.

Odgovorni **strokovni delavec na CSD o izrečenih ukrepih za zaščito otrok** žrtev nasilja **obvešča tim**.

Na timu se:

- **opravi evalvacija** dosežene **ravni sprememb** v družini in **položaja otroka**,
- **ponovno** se pripravi **ocena ogroženosti**, **preverijo se potrebe po nadaljevanju procesa obravnave** in pomoči oziroma po trajanju ukrepov za zaščito otroka. (11. člen)

Člani tima morajo vse podatke, ki jih pridobijo pri obravnavanju posameznega primera, **varovati kot zaupne**.

Delo tima se v neki zadevi **zaključí**, ko je **načrt** pomoči žrtvi **uresničen** oziroma ko je žrtvi **zagotovljena varnost**.

O tem pošlje **CSD vsem članom tima obvestilo**. (12. člen)

10. UPORABLJENI VIRI

- Ai, A. L., Park, C. L. *Possibilities of the Positive Following Violence and Trauma. Journal of Interpersonal Violence*, 2005; 20: 242–250.
- Ainsworth, M. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Earlbaum, 1978.
- Allen, J. G. *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. Chichester – New York: John Wiley and Sons, Ltd, 2001.
- Allen, M. H. *Emergency Psychiatry*. Washington, DC: Review of Psychiatry, 2005.
- American Nurses Association. *Position Statement on Physical Violence Against Women*. Washington, DC: American Nurses Association; 1994.
- American Medical Association. *American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence*. *Arch Fam Med* 1992; 1: 39–47.
- Archer, J. *Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review*. *Psychological Bulletin*, 2000; 126 (5): 651–680.
- Bagshaw, D., Chung, D. *Women, men and domestic violence. Partnership against domestic violence*. Commonwealth of Australia. Canberra: Office for Status of Women, Department of the Prime Minister and Cabinet, april 2000.
- Bandura, A. *The social learning perspective: Mechanism of aggression*. V: Toch. H. (ur.), *Psychology of crime and criminal justice*. N. Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1979.
- Belsky, J., Youngblade, L., Pensky, E. *Childrearing history, marital quality, and maternal affect: Intergenerational transmission in a low-risk sample*. *Development and Psychopathology*, 1990; 1: 291–304.
- Black, M. C. *Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians*. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2011; 5: 428–439.
- Boscolo, L., Bertrando, P. *The times of time. A new perspective in Systemic Therapy and Consultation*. New York, London: W. W. Norton & Company, 1995.
- Bowlby, J. *Attachment and loss*. New York: Basic Books, 1969.
- Božac Deležan, L. *Ko je najnevarnejša institucija zakon, najnevarnejši prostor dom, najnevarnejša oseba partner*. V: Kozmik, V., Dobnikar, M. (ur.). *Strokovna izhodišča s predlogi rešitev za sistemsko ureditev varstva pred nasiljem v družini*. Ljubljana: Inštitut za primerjalno pravo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 1999.
- Brcar, P. *Družinsko nasilje in zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov. Nasilje v družini – poti do rešitev. Posebno poročilo Varuha človekovih pravic*. Ljubljana: Urad Varuha človekovih pravic, 2004: 54–57.
- Brecelj-Kobe, M., Rujevič, J., Udovič, B. *Nasilje in spolna zloraba v družini*. Ljubljana: Pogovori z ljudmi v duševni stiski, 2002.
- British Columbia Handbook for Action on Child Abuse and Neglect for Service Providers*. Ministry of Children and Family Development British Columbia, 2007.
- Bukatko, D., Daehler, M. W. *Child Development* (2. izdaja). Boston, Toronto: Houghtov Mifflin Company, 1995.
- Burke, L. K., Follingstad, D. R. *Violence in lesbian and gay relationships: theory, prevalence, and correlational factors*. *Clinical psychology review*, 1999;19 (5): 487–512.
- Butchart, A., Phinney Harvey, A. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneve: WHO and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.
- Caliso, J. A., Milner, J. S. *Childhood physical abuse, childhood social support, and adult child abuse potential*. *Journal of Interpersonal Violence*, 1994; 9: 27–44.

- Campbell, J. et al. *Voices of strength and resistance: a contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering*. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999; 13: 743–762.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect*. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995; 34: 541–565.
- Connell, R. W. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press, 1995.
- Covell, D., Abramovich, R. *Understanding emotion in the family: Children's and parents' attributions of happiness, sadness, and anger*. *Child development*, 1987; 58: 985–991.
- Cusinato, M. *Parenting Styles and Psychopathology*. V: Abate L (ur.). *Family psychopathology. The relational roots of dysfunctional behavior*. New York: The Guilford Press, 1998.
- Cvetežar, I. Š., Lešnik Mugnaioni, D., Ažman, M. *Odnos do nasilja nad ženskami v ginekoloških ambulantah*. Neobjavljeno gradivo.
- Davidson, T. *Conjugal crime: Understanding and changing the wife beating pattern*. New York: Hawthorn, 1978.
- Davison, S. E. *The management of violence in general psychiatry*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2005; 11: 362–370.
- Dodge, K. A., Bates, J. E., Pettit, G. S. *Mechanisms in the Cycle of Violence*. *Science*, 1990; 250: 1678–1683.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Valente, E. *Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995; 104: 1–12.
- Dutton, D. G., Golant, S. K. *The batterer: A psychological profile*. New York: Basic Books, 1995.
- Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., Bartholomew, K. *Intimacy anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships*. *Journal of Applied Social Psychology* 1994; 24: 1367–1386.
- Dutton, M. A. *Battered women's strategic response to violence: the role of context*. V: Edelson, J. L., Eisikovits, Z. C. (ur.). *Future intervention with battered women and their families*. London, Sage, 1996: 105–124.
- Dutton, D. G. *Trauma symptoms and PTSD profiles in perpetrators of abuse*. *Journal of Traumatic Stress*, 1995; 8: 299–316.
- Držgin, Z. *Spolna zloraba v otroštvu in materinstvo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.
- European Women's Lobby. *Study: Unveiling the Hidden Data on Domestic Violence in the European Union. Final report*. Brussels: European Women's Lobby, 1999.
- Feldman, C. M. *Childhood Precursors of Adult Interpartner Violence*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1997; V4, N4: 307–334.
- Feldman, C. M., Ridley, C. A. *The etiology and treatment of domestic violence between adult partners*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1995; 2: 317–348.
- Freire, P. *Cultural action and conscientization*. Harvard: *Educational Review*, 1970; 40 (3): 452–477.
- Finkelhor, D., Lewis, I. *An epidemiological approach to the study of child molestation*. *NY Acad Sci*, 1998; 528: 64–78.
- Friedrich, W. N. *Child Sexual Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons*. University of Montreal, 1995.
- Furniss, T. *The multiprofessional book of child sexual abuse*. London: Ritlege, 1991:254–277.
- Furniss, T., Bingley-Miller, L., Bentovim, A. *Therapeutic approach to sexual abuse*. *Archives of Disease in Childhood* 1984; 59. zv. (9): 865–870.

- Garcia-Moreno, C. et al. *WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses.* Ženeva: WHO, 2005.
- Gartland, D., Hemphill, A., Hegarty, K., Brown, S. J. *Intimate partner violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study.* *Matern Child Health*, 2011; 15(5):570–578.
- Gelles, R. *Family violence.* Beverly Hills: CA: Sage, 1976.
- Glick, D., Berman, E. M., Clarkin, J. F., Rait, D. S. *Marital and family therapy.* 4. izdaja, Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000: 529–562.
- Green, A. *Childhood sexual and physical abuse.* V: Wilson, J. P., Raphael, B., ur. *International handbook of Traumatic stress syndroms.* New York: Plenum press, 1993.
- Hagemann-White, C., Katenbrink, J., Rabe, H. *Combating violence against women. Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member States.* Strasbourg: Council of Europe, 2006.
- Hague, G., Malos, E. *Domestic Violence, Action for Change.* Cheltenham: New Clarion Press, 1993.
- Henderson, H. *Domestic Violence and Child Abuse. Sourcebook.* Detroit: Omnigraphics, 2000.
- Holden, G. W., Ritchie, K. L. *Linking extreme marital discord, child rearing and child behavior problems: Evidence from battered women.* *Child development*, 1991; 6: 311–327.
- Holtzworth-Munroe, A., Hutchinson, G. *Attributing negative intent to wife behavior: The attributions of maritally violent versus nonviolent men.* *Journal of Abnormal Psychology*, 1993; 102: 206–211.
- Hotaling, G. T., Sugarman, D. B. *Prevention of wife assault.* V: Ammerman, R. T., Hersen, H., *Treatment of family violence: a sourcebook*, str. 30–56. New York: Wiley, 1990.
- Howe, A., Crilly, M. *Violence in the community: a health service view from a UK accident and emergency department.* *Public Health*. 2002; 116:15–21.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. *Children of battered women.* Newbury Park, CA: Sage, 1990.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., Sluszarzck, M. *Family violence and child maladjustment.* *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143: 74–77.
- Janssen, P., Hagit, D. W., McGregor, M. *Assessment for Intimate Partner Violence: Where Do We Stand?* *J Am Board Fam Med*; 2006; 19: 413–415.
- Johnson, M. P., Ferraro, K. J. *Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions.* *Journal of Marriage and the Family*; 2000; 62: 948–963.
- Jouriles, E. N., Murphy, C. M., O'Leary, K. D. *Interspousal aggression, marital discord, and child problems.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1989, 57: 453–455.
- Kaplan, I. & Sadock, B. *Problems related to abuse or neglect.* V: *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry* – 8. izdaja. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997: 847–856.
- Kazenski zakonik. Uradni list RS, št. 55/2008 z dne 4. 6. 2008.
- Kempe, C. H. *Sexual abuse another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson Aldrich lecture.* *Pediatrics*, 1978; 87: 264
- Kersnik, J., Tušek Bunc, K. *Nasilje in zanemarjanje v družini – vloga družinske medicine. Nasilje v družini – poti do rešitev. Posebno poročilo Varuha človekovih pravic*, 2004.
- Kobal, M. *Psihopatologija za varnostno in pravno področje.* Visoka policijsko-varnostna šola Ljubljana, 2000; 108–122.
- Košir, A. *Etične dileme medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi starostnika.* *Diplomsko delo.* Ljubljana, 2003.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. *World report on violence and health.* Ženeva: World Health Organization, 2002.

- MacMillan, H. et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 2009; 302: 493–501.
- Manly, J. T., Cicchetti, D., Barnett, D. The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology*, 1994; 6: 121–143.
- McCord, J. Aggression in two generations. V: Huesmann, L. R. (ur.). *Aggressive behavior: Current perspective*. New York: Plenum Press, 1994.
- McFarlane, J., Campbell, J. C., Sharps, P., Watson, K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol*, 2002; 100: 27–36.
- Mezey, G. C. Domestic violence. V: Gelder, M. G. et al. (ur.) *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 2. izdaja. Oxford: University Press, 2009: 1981–1983.
- Moracco, K. et al. Preventing intimate partner violence: screening is not enough. *JAMA*, 2009; 302: 568–569.
- Moyer, V. A. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: A U. S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2013; 158(6): 478–486.
- Olds, D. L. The Prenatal Early Infancy project: Preventing child abuse and neglect in the context of prompting maternal and child health. In: Wolfe, D. A., McMahon, R. J., Peters, R. D. (ur.). *Child Abuse: New directions in prevention and treatment across the life span*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997.
- Orel, R. in Breclj-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: 91–97.
- Osofsky, J. D. The Future of children. *Domestic Violence and children*, 1999; 9 (3): 33–49.
- Patronažna zdravstvena nega skupin prebivalstva, ki so še posebej ogroženi, in vizija patronažnega varstva v prihodnosti. Zbornik predavanj. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Sekcija patronažnih medicinskih sester, Debeli rtič, 2004.
- Perel-Levin, S. Screening for elder abuse at primary health care level. Ženeva: WHO, 2008.
- Pistole, M. C. Adult Attachment Styles: Some thoughts on Closeness – Distance Struggles. *Family Process*, 1994; 33: 147–159.
- Planinšek, I., Klemenc, D. Obravnavanje nasilja v zdravstveni negi. Strokovni posvet Nasilje v družini – poti do rešitev, 19. november 2003. Zbornik povzetkov. Ljubljana: Urad Varuha človekovih pravic, 2003.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 2002; 325: 314–326.
- Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja nasilja v družini 2009–2014 (ReNPPND0914). Uradni list RS, št. 41/2009 z dne 1. 6. 2009.
- Richardson, J., Feder, G., Eldridge, S., Chung, W. S., Coid, J., Moorey, S. Women who experience domestic violence and women survivors of childhood sexual abuse: a survey of health professionals' attitudes and clinical practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 468–470.
- Rodriguez, N., Ryan, S. W. Posttraumatic Stress Disorder in a Clinical Sample of Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Child and Neglect*, 1996; 20. zv., št.10: 943–952.
- Rodriguez, M., Bauer, H., McLoughlin, E., Grumbach, K. Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse: Practices and Attitudes of Primary Care Physicians. *The Journal of the American medical Association*, 1999; 5: 282.
- Rosenbaum, A., Cohen, P., Forsstrom-Cohen, B. The ecology of domestic aggression toward adult victims. V: Ammerman, R. J., Hersen, M. (ur.). *Treatment of family violence: a sourcebook*, str. 30–56. New York: Wiley, 1991.

- Rus Makovec, M. *Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2003.
- Saltzman, L. E., Salmi, L. R., Branche, C. M., Bolen, J. C. *Public Health Screening for intimate violence*. *Violence Against Women*, 1997; 3: 319–331.
- Satel, S. L. *It is Always His Fault*. V: Henderson, H. (ur.). *Domestic Violence and Child Abuse. Sourcebook*. Detroit: Omnigraphics, 2000.
- Straus, M. A., Gelles, R. J. *Physical violence in American families: Risk factors and adaptation to violence in 8145 families*. New Brunswick: Transaction Publishers, 1990.
- Scabini, E., Cigoli. V. *The role of theory in the study of family psychopathology*. V: Abate L (ur.). *Family psychopathology. The relational roots of dysfunctional behavior*. New York: The Guilford Press, 1998.
- Sedmak, M., Kralj, A., Medarič, Z., Simčič, B. *Nasilje v družinah v Sloveniji. Rezultati raziskave*. Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper. Koper, 2006.
- Sedmak, M., Kralj, A. *Nevarna zasebnost: nasilje v družinah v Sloveniji*. *Družbosl. razpr.* 2006, letn. 22, št. 53, 93–110.
- 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: 505–510.
- Selič, P. *Nasilje in zloraba v družini – ali so zdravniki družinske medicine poklicani, da ukrepajo?* V: Petek, D., Kopčavar Guček, N. (ur.). *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini*. Zbornik predavanj. 33. srečanje delovnih skupin, Ljubljana, 25. do 26. 5. 2007. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, 2007: 124–129.
- Sethi, D., Marais, S., Seedat, M., Nurse, J., Butchart, A. *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. Ženeva, WHO, 2004.
- Solomon, J., George, C., De Jong, A. *Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school*. *Development and Psychopathology*, 1995; 7: 447–467.
- Spangaro, J. M. *The NSW Health routine screening for domestic violence program*. *NSW Public Health Bulletin*, 2007; 18 (5–6): 86–89.
- Spangler, G., Grossman, K. *Individual and physiological correlates of attachment disorganization in infancy*. V: Solomon, J., George, C. (ur.). *Attachment disorganization*. New York: Guilford, 1999.
- Stets, J. E., in Straus, M. A. *The marriage licence as a hitting license: A comparison of assaults in dating, cohabitating, and married couples*. V: Pirog-Good, M. A., in Stets, J. E. (ur.). *Violence in dating relationships: Emerging social issues*. New York: Praeger, 1989: 33–52.
- Straus, M. A., Kantor, G. K. *Corporal punishment of adolescents by parents: A risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating*. *Adolescence*, 1994; 29: 543–561.
- Straus, M. A., Yodanis, C. L. *Corporal punishment in adolescence and physical assaults on spouses in later life: What accounts for the link?* *Journal of Marriage and the Family*, 1996; 58: 825–841.
- Straus, M. A. *Children as witnesses to marital violence: A risk factor for lifelong problems among a nationally representative sample of American men and women*. V: Schwarz DF (ur.). *Children and violence*. Columbus, OH: Ross Laboratories, 1992.
- Svetovno zdravniško združenje. *Deklaracija o slabem ravnanju in zanemarjanju otrok*. *Zdravstveni vestnik*, 1996; 65: 610–612.
- Takač, I., Kos, D., Arko, D. *Spolna zloraba*. *Zdrav. vestn.*, 2012; 81: 801–806.

Taket, A. et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ* 2003; 327: 673–676.

TEACH VIP curriculum (electronic resource). Ženeva: World Health Organization; 2005.

The Family Violence Prevention Fund. National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings. San Francisco: The Family Violence Prevention Fund, 2004.

The Family Violence Prevention Fund. Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening. San Francisco: The Family Violence Prevention Fund, 1999.

Updike, N. Hitting the Wall. V: Henderson H (ur.). Domestic Violence and Child Abuse. Sourcebook. Detroit: Omnigraphics, 2000.

Uradni list RS, št. 110/2003.

Uradni list RS, št. 16/2008.

Van der Kolk, B. A. Psychological trauma. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987.

Veselič, Š. Nasilje intimnega partnerja v obdobju nosečnosti in zgodnjega starševstva. V: Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009.

Waalén, J., Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Petersen, R., Saltzman, L. E. Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *Am J Prev Med*, 2000; 19: 230–237.

Walker, G., Goldner, V. The wounded prince and the women who love him. V: Burck, C., Speed, B. (ur.). Gender, Power and Relationship. London: Routledge, 1995.

Walker, L. The battered Woman Syndrome. New York: Springer, 1984.

WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report on initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Ženeva: World Health Organization; 2005.

WHO. Missing voices. Views of older persons on elder abuse. Ženeva: WHO, 2002.

World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Ženeva: WHO; 2013.

Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989; 106, 3–28.

Wolfe, D. A. Preventing Violence in Relationships: Psychological science Addressing Complex Social Issues. *Canadian Psychology*, 2006; 47: 44–54.

Wolfe, D. A., McGee, R. Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment. *Development and Psychopathology*, 1994; 6: 165–181.

Wolfe, D. A., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A., Grasley, C., Reitzel-Jaffe, D. Dating violence prevention with at-risk youth. A controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003; 71: 279–291.

Wolf-Smith, J. H., LaRossa, R. After he hits her. *Family relations*, 1992; 41, 324–329.

World Health Organization. Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention 2005: changing the face of violence prevention. Ženeva: WHO, 2005.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), Uradni list RS, št. 16/2008 z dne 15. 2. 2008.

Zink, T. et al. Cohort, period, and aging effects: a qualitative study of older women's reasons for remaining in abusive relationships. *Violence against women*, 2003; 9: 1429–1441.

Žemva, B. Zgodnji in kasni znaki trpinčenja pri otroku. Nujna stanja v otroški psihiatriji. Izbrana poglavja iz pediatrije 10. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 1998: 79–84.