

**ISTRAŽIVANJE PROCENE
KAPACITETA ZDRAVSTVENIH
RADNIKA/RADNICA I
ZDRAVSTVENIH USTANOVA
DA REAGUJU NA RODNO
ZASNOVANO NASILJE**

Prof. dr Bosiljka Đikanović
Prof. dr Bojana Matejić
Doc. dr Željka Stamenković

**ISTRAŽIVANJE PROCENE
KAPACITETA ZDRAVSTVENIH
RADNIKA/RADNICA I ZDRAVSTVENIH
USTANOVA DA REAGUJU NA RODNO
ZASNOVANO NASILJE**

Beograd, 2022

Lektura i korektura
Dr sc. Tamara Gruden

Grafički urednik
Nenad S. Lazić

Publikacija je nastala u okviru zajedničkog projekta „Integrirani odgovor na nasilje nad ženama i devojčicama u Srbiji III”, koji realizuju UNICEF, UN Women, UNFPA i UNDP u partnerstvu sa Vladom Republike Srbije, na čelu sa Koordinacionim telom za rodnu ravnopravnost. Integrirani odgovor na nasilje nad ženama i devojčicama u Srbiji usmeren je na razvoj društvenog i institucionalnog okruženja koje će doprineti nultoj toleranciji i iskorenjavanju nasilja nad ženama u Srbiji. Zajedničkim delovanjem agencija Ujedinjenih nacija i Vladinih tela doprinosi se rešavanju problema nasilja u porodici i partnerskim odnosima, unapređuje podrška ženama, devojčicama i njihovim porodicama i stvara okruženje koje ne toleriše nasilje. Projekat se sprovodi uz podršku Vlade Švedske.

Stavovi izneti u ovoj publikaciji predstavljaju stavove autora i ne odražavaju nužno stavove Ujedinjenih nacija, navedenih agencija UN, Vlade Republike Srbije niti Vlade Švedske.



Влада Републике Србије



SADRŽAJ:

Obrazloženje istraživanja	7
Sažetak kvalitativnog dela istraživanja	8
Sažetak kvantitativnog dela istraživanja	9
Kvalitativni deo istraživanja: dubinski intervjui	13
Rezultati kvalitativnog dela istraživanja	15
Preduslovi za reagovanje na rodno zasnovano nasilje u zdravstvenim ustanovama	15
Redovno pohađanje višednevnih edukacija i specijalizovanih treninga za rodno zasnovano nasilje	15
Postojanje podrške rukovodstva zdravstvene ustanove	17
Delovanje Tima za zaštitu od rodno zasnovanog nasilja i postojanje internih procedura	18
Praksa i iskustva u reagovanju	20
Prioritetno zbrinjavanje slučajeva fizičkog nasilja	21
Dokumentovanje nasilja	22
Multisektorska saradnja.....	24
Lični kontakti i kolegijalna podrška	27
Reagovanje tokom epidemije COVID-19	29
Izazovi u pružanju adekvatnog odgovora	31
Neadekvatni uslovi za rad.....	31
Nedostatak mehanizama za kontinuiranu saradnju, edukaciju, monitoring i evaluaciju	33
Lična uverenja, stavovi i vrednosti relevantni za rodno zasnovano nasilje	34
Preporuke za unapređenje odgovora zdravstvenih radnika u sprečavanju i zaštiti od rodno zasnovanog nasilja	35

Kontinuirani rad na unapređenju znanja i veština zdravstvenih radnika za reagovanje na rodno zasnovano nasilje	36
Aktivnosti na podizanju svesti o rodnoj ravnopravnosti i rodno zasnovanom nasilju	37
Unapređenje multisektorske saradnje na lokalnom nivou, uključivanje lokalne samouprave i lokalnih medija	38
Unapređenje nastavnih kurikuluma	38
Kvantitativni metod: upitnik	41
Rezultati kvantitativnog dela Istraživanja	41
Socijalno-demografska i geografska struktura uzorka	41
Starosna struktura	41
Polna struktura	41
Geografska distribucija uzorka istraživanja	42
Profesionalni profil učesnika u istraživanju	42
I deo: Samoprocena pripremljenosti zdravstvenih radnika/radnica da reaguju na rodno zasnovano nasilje	46
Uslovi na radu	46
Prethodna edukacija o rodno zasnovanom nasilju	47
Samoprocena spremnosti za reagovanje na rodno zasnovano nasilje.....	49
Uticaj epidemije COVID-19 na rodno zasnovano nasilje	51
Stavovi prema skriningu na rodno zasnovano nasilje	53
Upoznatost sa protokolom za postupanje i principima dobre prakse	55
II deo: Prakse – prepoznavanje i reagovanje na rodno zasnovano nasilje	58
Učestalost identifikovanja rodno zasnovanog nasilja u praksi	58
Dobre prakse	61
Dostupnost štampanog materijala o rodno zasnovanom nasilju	63
Prisustvo podrške odgovoru na rodno zasnovano nasilje unutar zdravstvene ustanove	68
Lično iskustvo sa nasiljem.....	70

Završni komentari učesnika/učesnica istraživanja	72
Razumevanje (poimanje) rodne (ne)ravnopravnosti.....	72
Rodno zasnovano nasilje unutar zdravstvenih ustanova	72
Izloženost nasilju od strane pacijenata.....	74
Potreba za snažnijom edukacijom o rodnoj ravnopravnosti i nasilju	75
Neophodnost multsektorske saradnje i sveobuhvatne podrške žrtvama nasilja	76
Preporuke.....	77

OBRAZLOŽENJE ISTRAŽIVANJA

Zdravstvene ustanove su često prva, a ponekada i jedina instanca kojoj se obraćaju osobe sa iskustvom rodno zasnovanog nasilja, što su najčešće žene, pacijentkinje u svim životnim dobima. Tom prilikom fokus je na zbrinjavanju njihovih zdravstvenih potreba, pri čemu izloženost nasilju lako ostaje neprepoznata i neadresirana. Izostanak komunikacije o nasilju predstavlja propuštenu priliku za davanje podrške žrtvama i stvaranje podržavajućeg okruženja koje pravi razliku u celokupnoj društvenoj reakciji na nasilje. Zdravstveni radnici/radnice (u daljem tekstu: zdravstveni radnici/ce) imaju obavezu da u okviru svoje profesionalne odgovornosti zaštite žrtve nasilja na adekvatan način, što predstavlja višeslojnu stručnu kompetenciju.

Od 2015. godine, kancelarija Populacionog fonda Ujedinjenih nacija u Srbiji, u saradnji sa Ministarstvom zdravlja i stručnim timom okupljenim oko partnerske organizacije Centar za promociju zdravlja žena, pruža kontinuiranu podršku izgradnji kapaciteta zdravstvenog sektora za odgovor na rodno zasnovano nasilje. Od 2016. godine ovi su treninzi organizovani kao aktivnosti Populacionog fonda Ujedinjenih nacija u okviru zajedničkog projekta „Integrirani odgovor na nasilje nad ženama i devojčicama u Srbiji (faza II i III)” koji Vlada Srbije sprovodi sa UN agencijama, a podržava Vlada Švedske. Metodologija obuke koju je razvio VAWE i regionalna kancelarija UNFPA prilagođeni su nacionalnom kontekstu. U saradnji sa Centrom za promociju zdravlja žena na tom osnovu je sproveden veliki broj osnovnih i naprednih treninga u različitim okruzima Srbije.

U toku trenutne, treće faze zajedničkog projekta, a u cilju daljeg jačanja kapaciteta zdravstvenog sistema da odgovori na nasilje prema ženama i devojčicama, uključujući i nove izazove u kontekstu epidemije COVID-19, UNFPA u Srbiji želi da:

- ♦ sprovede detaljnu procenu trenutnog stanja kapaciteta i potreba zdravstvenih radnika/ustanova da reaguju na rodno zasnovano nasilje, na nacionalnom nivou;
- ♦ mapira ključne izazove sa kojima se zdravstveni radnici suočavaju u identifikaciji rodno zasnovanog nasilja i pružanja sveobuhvatne podrške osobama sa iskustvom nasilja, uključujući i period epidemije COVID-19;
- ♦ identifikuje ključne faktore koji doprinose uspešnom odgovoru zdravstvenih ustanova na rodno zasnovano nasilje; i

- ♦ proceni postojeće modele supervizorske i ostalih vidova podrške zdravstvenim radnicima u reagovanju na rodno zasnovano nasilje.

U tu svrhu je sprovedeno sveobuhvatno nacionalno istraživanje čije su metode (kvalitativni i kvantitativni metod) i rezultati detaljno prikazani u ovom izveštaju, kao i preporuke za dalje pravce delovanja na unapređenju kapaciteta zdravstvenih radnika i zdravstvenih ustanova da reaguju na rodno zasnovano nasilje u okviru svoje profesionalne odgovornosti.

SAŽETAK KVALITATIVNOG DELA ISTRAŽIVANJA

Kvalitativni deo istraživanja je sproveden putem strukturiranih intervjuja sa šest zdravstvenih radnica sa najmanje 15 godina radnog staža, od kojih su četiri izabrane doktorke, specijalistkinje opšte medicine, zaposlene u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, i jedna doktorka specijalistkinja socijalne medicine, zaposlena u Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, što je obezbedilo perspektivu sistema. Sve sagovornice karakteriše visok stepen ličnih i profesionalnih kompetencija za reagovanje na rodno zasnovano nasilje. Kao najvažniji preduslov za reagovanje na rodno zasnovano nasilje (RZN) u svojoj profesionalnoj praksi zdravstvene radnice (doktorke) su navodile pohađanje specijalizovanih treninga i edukacija, u više navrata, u toku kojih su senzibilisane na ovaj problem, osnažene da reaguju, i osposobljene za primenu Posebnog protokola Ministarstva zdravlja Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju.

Intervjui su pokazali da u nekim zdravstvenim ustanovama tokom poslednjih desetak godina postoje multidisciplinarni timovi za sprečavanje i zaštitu od rodno zasnovanog nasilja, ali je njihovo funkcionisanje bilo varijabilno. Kretalo se u rasponu od proaktivnog pristupa i sprovođenja aktivnosti na sva tri nivoa prevencije, do formalnog postojanja koje se u potpunosti oslanjalo samo na jednu osobu. Multisektorska saradnja sa policijom i centrima za socijalni rad je takođe različita: u nekim sredinama opisana je kao odlična, dok je u drugim bio evidentan nedostatak zajedničkog razumevanja problema rodno zasnovanog nasilja i percepcije bezbedonosnog rizika u kome se nalazi žrtva. Neuključenost zdravstvenog sektora u integrisani odgovor na rodno zasnovano nasilje i nedostatak povratnih informacija o statusu prijave sumnje na nasilje su navedeni da negativno utiču na motivaciju i entuzijazam zdravstvenih radnika za reagovanje.

Zdravstvene radnice su se u reagovanju na nasilje u najvećoj meri oslanjale na neformalnu kolegijalnu podršku, kao i na kontakte koje su izgradile tokom edukacija. Evidentirani slučajevi rodno zasnovanog nasilja u njihovoj kliničkoj praksi bili su u vezi sa eksplicitnom potvrdom aktuelnog fizičkog nasilja, dok su svi drugi oblici nasilja (kontinuirano psihičko nasilje, pretnje i zastrašivanje, ekonomsko nasilje) najčešće ostajali potpuno neadresirani, bilo zbog nespremnosti žrtve da samoinicijativno govori o

tome; velikog broja pacijenata i izuzetno kratkog raspoloživog vremena tokom posete lekaru, kada se rešavaju samo one „goruće“ zdravstvene potrebe, ili zbog nedostatka dovoljno efikasnih mehanizama za reagovanje, zaštitu i podršku žrtvama nasilja.

Tokom epidemije COVID-19 i promenjenih uslova rada, intervjuisane zdravstvene radnice su imale značajno manji broj obraćanja u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem, koje se zbrinjavalo prioritarno, jednako kao i pre epidemije. Intervjuisane zdravstvene radnice smatraju da je za unapređenje kapaciteta zdravstvenih ustanova da reaguju na rodno zasnovano nasilje neophodno kontinuirano sprovođenje edukacija, naročito za mlađe kadrove, kao i kvalitetno i efikasno umrežavanje zdravstvenih radnika na lokalnom nivou sa ostalim sektorima za zaštitu, što je ključni faktor adekvatnog integrisanog odgovora na rodno zasnovano nasilje.

SAŽETAK KVANTITATIVNOG DELA ISTRAŽIVANJA

Kvantitativni deo nacionalnog istraživanja procene kapaciteta zdravstvenih radnika/ca i saradnika/ca i zdravstvenih ustanova da reaguju na rodno zasnovano nasilje sproveden je putem upitnika, čiji je link za onlajn popunjavanje prosleđen tokom marta 2022. godine, u vreme relativnog zatišja epidemije COVID-19. U istraživanju je učestvovalo **1686 zdravstvenih radnika/ca**, od čega 83% žena i 17% muškaraca. Prosečna starost učesnika/ca istraživanja bila je 46,2 godine (+/- 11 godina). Regionalna distribucija je bila relativno ravnomerna: skoro 30% zdravstvenih radnika/ca bilo je iz Beogradskog regiona; nešto manje (28,5%) iz Vojvodine; 20,9% iz Šumadije i Zapadne Srbije, zatim 19,6% iz Južne i Istočne Srbije, dok je 19 zdravstvenih radnika/ca (1,1%) navelo da radi na teritoriji Kosova i Metohije.¹ U uzorku je bilo ukupno **61,4% lekara/ki**; **34,8% medicinskih sestara/tehničara**, i **3,9% zdravstvenih saradnika/ca**. Na primarnom nivou zdravstvene zaštite bilo je zaposleno 61,2% zdravstvenih radnika/ca; na sekundarnom ili tercijarnom nivou 32,6%, dok je 6,2% radilo u privatnoj praksi.

Skoro polovina zdravstvenih radnika/ca (46,9%) na svom uobičajenom radnom mestu viđa više od 30 pacijenata/pacijentkinja dnevno. Stepem opterećenja na svom radnom mestu opisuje ocenom 9 ili 10/10 skoro svaki treći zdravstveni radnik/ca (30%), u uobičajenim uslovima rada, dok su tokom epidemije COVID-19 te ocene davane skoro duplo češće (59,3%).

Šest od deset (60%) učesnika ovog istraživanja navodi da do sada nisu pohađali neko predavanje, obuku ili seminar koji se odnosio na rodno zasnovano nasilje/nasilje u porodici/partnersko nasilje/nasilje prema ženama. Preostalih 40% su potvrdili pohađanje edukacije, i to najčešće jedan put (23,4%), zatim dva ili tri puta (12,6%), a

¹ Sva pozivanja na Kosovo i Metohiju biće shvaćena u kontekstu Rezolucije 1244 Saveta bezbednosti OUN (1999).

četiri puta i više navodi 3,5% zdravstvenih radnika/ca. U skladu s time, više od polovine zdravstvenih radnika/ca relativno nisko samoprocenjuje svoju spremnost da prepozna (53,6%), a zatim i da reaguje (59,1%) na rodno zasnovano nasilje u svojoj praksi, dodeljujući ocene 1–3/5. Nedovoljno **poznavanje procedura i principa dobre prakse** u reagovanju na rodno zasnovano nasilje navelo je 63,7% zdravstvenih radnika/ca (ocene 1–3/5).

Dve trećine (66,7%) zdravstvenih radnika/ca se barem jednom godišnje susreće sa slučajevima rodno zasnovanog nasilja u svojoj praksi, u uobičajenim uslovima tj. pre epidemije COVID-19. Kada je u pitanju procena uticaja epidemije COVID-19 na rodno zasnovano nasilje u društvu uopšte, čak 44,4% zdravstvenih radnika/ca smatra da se tokom epidemije povećala učestalost i intenzitet rodno zasnovanog nasilja. Uprkos tome što su resursi zdravstvenog sistema i pažnja zdravstvenih radnika/ca bili predominantno orijentisani ka zbrinjavanju kovid pozitivnih pacijenata ili vakcinaciji protiv COVID-19 (što su navele sagovornice u intervjuima), indikativno je, a i u skladu sa gore navedenom procenom, da je skoro svaki treći zdravstveni radnik/ca (31,1%) naveo/la da su češće imali sumnju na prisustvo rodno zasnovanog nasilja kod svojih pacijenata tokom epidemije COVID-19, u odnosu na uobičajene uslove tj. pre epidemije.

Kada su u pitanju stavovi zdravstvenih radnika/ca o komunikaciji sa pacijentima/pacijentkinjama o rodno zasnovanom nasilju, najveći procenat (47,9%) se slaže sa time da bi bilo korisno upitati svaku pacijentkinju o izloženosti nasilju (skrining), mada 42,8% smatra da nema uslova za to.

Skoro polovini zdravstvenih radnika/ca (49,7%) nije dostupan pisani protokol tj. uputstvo za postupanje u slučaju rodno zasnovanog nasilja na njihovom radnom mestu, bilo da eksplicitno navode da uputstvo ne postoji (18%), ili da oni ne znaju za njega (31,7%).

Vođenje evidencije o slučajevima sumnje na rodno zasnovano nasilje u zdravstvenoj ustanovi je zakonska obaveza koja je bila nepoznata najmanje polovini zdravstvenih radnika/ca (54,6%), bilo da eksplicitno negiraju vođenje evidencije (21,1%) ili da ne znaju za to (33,5%).

Postojanje Tima za zaštitu i zbrinjavanje žrtava rodno zasnovanog nasilja na nivou zdravstvene ustanove bila je nepoznanica za čak 64,8% zdravstvenih radnika/ca, bilo da su eksplicitno negirali postojanje tima (31,3%), ili su odgovorili sa „ne znam” (33,5%).

Kada je u pitanju uspostavljanje komunikacije o rodno zasnovanom nasilju, nešto više od jedne trećine zdravstvenih radnika/ca (35,1%) nikada nije samoinicijativno povele razgovor o rodno zasnovanom nasilju sa pacijentkinjama, bez nekog posebnog povoda, dok je to ponekada ili često uradilo 47,7% učesnika/ca istraživanja. Međutim, u slučaju da sumnjaju na nasilje, a **72% zdravstvenih radnika/ca je potvrdilo da ponekada ili često sumnja na rodno zasnovano nasilje kod svojih pacijentkinja**, najveći broj njih je, čak 66,3% (ili 91,8% od gore navedenog broja) reagovalo na njega i stupilo u razgovor o tome sa pacijentima. Ovakav rezultat reagovanja (otpočinjanje

razgovora) u više od 90% slučajeva sumnji na nasilje je konzistentan i sa nalazima iz kvalitativnog istraživanja, koji su ukazali na praksu prioritarnog rešavanja tj. zbrinjavanja slučajeva rodno zasnovanog nasilja u zdravstvenim ustanovama, iako ti slučajevi iz prakse predstavljaju samo „vrh ledenog brega“ učestalosti izloženosti različitim oblicima rodno zasnovanog nasilja u porodici i društvu.

Prethodno navedeni podaci o niskom stepenu spremnosti za prepoznavanje i reagovanje na rodno zasnovano nasilje (53,6% i 59,1%), kao i nepoznavanje principa dobre prakse i procedura za reagovanje (63,7%), ukazuje na **visok stepen nesigurnosti zdravstvenih radnika/ca u njihovim odgovorima na rodno zasnovano nasilje, i veliki prostor za unapređenje monitoringa i supervizije reagovanja na nasilje, koji trenutno ne postoji.** Ovakav nalaz je konzistentan i sa nalazima iz intervjua, gde su doktorke navodile da, usled nedostatka povratne informacije o kvalitetu njihovog rada i kolegijalne podrške, odnosno monitoringa i supervizije, ni same nisu sigurne koliko dobro reaguju na rodno zasnovano nasilje koje identifikuju kod svojih pacijenata, i da su periodične edukacije iz ove oblasti veoma važne i dragocene. Čak 55,9% zdravstvenih radnika/ca navodi da se o problemu i slučajevima rodno zasnovanog nasilja ne diskutuje na redovnim sastancima i stručnim kolegijumima unutar ustanove, a 37,2% zdravstvenih radnika/ca o ovoj temi ne razgovara ni neformalno sa kolegama.

Kao reakcija na prepoznato rodno zasnovano nasilje, **80% zdravstvenih radnika/ca je navelo da usmeno osuđuje svaki vid nasilja, iskazuje razumevanje i daju podršku pacijentkinjama sa iskustvom nasilja.** U nešto manjem procentu (69%) su razgovarali sa žrtvom o njenoj bezbednosti, a još manje, 54%, dalo je upute i informacije o izvorima podrške za žrtve nasilja. Kontaktiranje nadležnih službi (policija, centar za socijalni rad, sigurna kuća) ponekada ili često je bilo navedeno u 46,1% slučajeva, dok skoro 30% zdravstvenih radnika nikada nije kontaktiralo nadležne službe za podršku. **Multisektorska saradnja i podrška je ocenjena kao nedovoljna od strane čak 41,4% zdravstvenih radnika/ca** (ocene 1–2/5), što je takođe u skladu sa nalazima iz intervjua, i ukazuje na to da resursi u zajednici često ne postoje i/ili nisu funkcionalni, odnosno da sektori nisu uvezani na efikasan način. Lošu ili veoma lošu saradnju sa policijom navelo je 34% zdravstvenih radnika/ca, a sa centrom za socijalni rad čak 40,3%. Postojanje specijalizovanih organizacija za podršku žrtvama nasilja navelo je 30,8% zdravstvenih radnika/ca, a dobru saradnju sa njima imalo je 9,4% njih.

Više od polovine zdravstvenih radnika koji su zaposleni na primarnom nivou zdravstvene zaštite (51,5%) nije znalo za postojanje usluge „Zbrinjavanje osobe izložene nasilju“, koja je definisana u Pravilniku o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite. U skladu s tim nalazom, 39,1% zaposlenih na primarnom nivou zdravstvene zaštite navodi da nikada nisu evidentirali pruženu uslugu „Zbrinjavanje osobe izložene nasilju“. Dalje, svaki četvrti zdravstveni radnik/ca (27,2%) nije nikada upisao pacijentkinjine izjave o izloženosti nasilju u zdravstveni karton. Svaki treći zdravstveni radnik/ca (34,8%) nikada nije dokumentovao povrede u mapu tela, dok je fotografisanje povreda bila najređa praksa zdravstvenih radnika:

ponekada ili često je to radilo 10,4% njih, dok 57,8% nije nikada. Jasno je da je evidentiranje rodno zasnovanog nasilja manje u odnosu na aktuelnu praksu, što ukazuje na postojanje značajnog prostora za unapređenje odgovora zdravstvenih radnika/ca na rodno zasnovano nasilje u njihovom kliničkom radu i u ovom aspektu.

Kada je u pitanju postojanje pisanih/štampanih informacija o rodno zasnovanom nasilju i izvorima za pomoć i podršku, skoro svaki četvrti zdravstveni radnik/ca nije nikada dao/dala upute i informacije o izvorima podrške za žrtve nasilja (24,4%). **Više od polovine zdravstvenih radnika (52,8%) je navelo da u ustanovi u kojoj su zaposleni ne postoje pisani informativni sadržaji u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem**, a tamo gde postoje, češći su u čekaonicama (25,9%) nego u ordinacijama (18,1%). Ovakav nalaz ponovo ukazuje na nedostatak adekvatne systemske podrške zdravstvenim radnicima u zdravstvenim ustanovama kada je u pitanju i primarna i sekundarna prevencija rodno zasnovanog nasilja.

Da je podrška menadžmenta zdravstvene ustanove važna ili veoma važna u reagovanju na rodno zasnovano nasilje smatra tri četvrtine zdravstvenih radnika/ca (74,9%). Međutim, barem **svaki treći (36,3%) navodi da menadžment njihove zdravstvene ustanove ne pridaje dovoljno pažnje ovom problemu**. Važnost podrške menadžmenta zdravstvenih ustanova naglašena je i u intervjuima sa zdravstvenim radnicama, i tamo gde ona postoji pravi značajnu razliku u celokupnom kapacitetu zdravstvene ustanove ne samo da reaguje na rodno zasnovano nasilje, već i da promoviše rodnu ravnopravnost i nultu toleranciju na nasilje.

Analiza odgovora zdravstvenih radnika/ca na poslednje, otvoreno pitanje da, ukoliko žele, komentarišu istraživanje ili neki njegov aspekt koji smatraju relevantnim, pokazuje da je veliki broj zdravstvenih radnica u komentarima imao potrebu da ukaže na rodnu neravnopravnost unutar zdravstvenih ustanova i izloženost seksualnom uznemiravanju i seksističkim komentarima od strane muških kolega (na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, pogotovo na hirurškim odeljenjima), kao i verbalnom nasilju i agresiji od strane pacijenata, naročito prema ženama zdravstvenim radnicama, na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Ovi fenomeni su refleksija celokupnog društvenog odnosa prema ženama, što ukazuje da su i zdravstvene ustanove okruženje u kome je itekako potrebno podizanje svesti o nedopustivosti rodno zasnovanog vredanja i uznemiravanja, kako među kolegama, drugim zdravstvenim radnicima, tako i među pacijentkinjama i pacijentima. Izvestan broj komentara se odnosio i na naglašavanje potrebe za kontinuiranom edukacijom iz ove oblasti, i važnost multi-sektorske saradnje.

KVALITATIVNI DEO ISTRAŽIVANJA: DUBINSKI INTERVJUI

Kvalitativni deo istraživanja je sproveden putem strukturiranih dubinskih intervju sa zdravstvenim radnicama (u daljem tekstu: sagovornice) čije su karakteristike detaljnije opisane u sledećem delu („Učesnice u kvalitativnom istraživanju“). Intervjue su vodile dve ekspertkinje za kvalitetnu analizu sadržaja i istraživačkim iskustvom u oblasti rodno zasnovanog nasilja i odgovora zdravstvene službe, u skladu sa naturalističkom paradigmom i pravilima dobre prakse za sprovođenje kvalitativnih istraživanja.

Intervjui su sprovedeni onlajn, putem komunikacione platforme Zoom. Tokom svakog intervju vođene su detaljne beleške koje su zatim prekućane, a uz dozvolu učesnica izvršeno je i zvučno snimanje intervju, na osnovu kojih su pripremljeni transkripti. Beleške i transkripti su poslužili kao osnovne jedinice kvalitativne analize sadržaja, koja je vršena u skladu sa okvirnim metodom za analizu kvalitativnih podataka u multidisciplinarnim istraživanjima.² Kvalitativna analiza sadržaja je sprovedena kroz iterativni proces iščitavanja transkripta, identifikovanja tema i kategorija, kodiranja i indeksiranja sadržaja, i na kraju interpretacije. Za menadžment kvalitativnim podacima korišćen je programski paket, tj. softver MAXQDA.

Učesnice u kvalitativnom istraživanju

U ovom delu istraživanja učestvovalo je pet zdravstvenih radnica koje su, na osnovu prethodnog iskustva u radu sa njima identifikovane kao „šampionke dobre prakse“, odnosno kao osobe koje su veoma kompetentne da profesionalno reaguju na rodno zasnovano nasilje u svojoj kliničkoj praksi (svih pet), ali i više od toga: jedna zdravstvena radnica je aktivistkinja, pokretač zajednice i utemeljivačica brojnih građanskih inicijativa u svom gradu koje se odnose na unapređenje položaja žena i pružanje podrške ranjivim populacionim grupama. Sve sagovornice su imale najmanje 15 godina radnog staža. Većina njih (četiri od pet) je u nekoliko navrata pohađala specijalizovane edukacije i treninge iz oblasti rodno zasnovanog nasilja i reagovanja na njega u zdravstvenim ustanovama, a takođe četiri od pet su i specijalistkinje opšte medicine, i zaposlene su kao izabrane doktorke u domovima zdravlja, u Službi za zdravstvenu zaštitu odraslog stanovništva. Regionalna distribucija i profesionalne karakteristike sagovornica prikazane su u tabeli I.

2 Gale, N.K., Heath, G., Cameron, E. et al. (2013) Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol* 13, 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>

Tabela I. Regionalna i profesionalna struktura intervjuisanih zdravstvenih radnica

Region	n (N=5)
Beogradski region – uže gradsko jezgro	1
Beogradski region – prigradske opštine	1
Šumadija i Zapadna Srbija	2
Južna i Istočna Srbija	1
Zanimanje	
Specijalistkinja opšte medicine, izabrana lekarka	4
Zdravstvena radnica – saradnica	1
Nivo zdravstvene zaštite na kome su zaposlene	
Primarni nivo	4
Sekundarni nivo	1
Prethodna edukacija iz rodno zasnovanog nasilja (pohađanje akreditovanih treninga)	
Da	4
Ne	1

Osim ovih pet eksplorativnih intervjua realizovanih sa zdravstvenim radnicama koje obavljaju kliničku praksu i u direktnom su kontaktu sa pacijentkinjama, sproveden je i dodatni, eksplanatorni intervju sa doktorkom koja je zaposlena u Institutu za javno zdravlje Srbije, i koja je direktno uključena u osmišljavanje i realizaciju sistemskih rešenja za unapređenje procesa pružanja zdravstvene zaštite osobama koje su izložene rodno zasnovanom nasilju, kao i drugim oblicima interpersonalnog nasilja od javnozdravstvenog značaja (zlostavljanje i zanemarivanje dece, na primer). S obzirom da se ovaj intervju i pitanja koja su postavljana u njemu u određenoj meri razlikuju od prethodnih, najvažniji nalazi iz ovog intervjua biće sporadično prikazivani u analizi, tamo gde bude bilo potrebno dodatno objašnjenje ili obezbeđena šira perspektiva.

REZULTATI KVALITATIVNOG DELA ISTRAŽIVANJA

Kvalitativna analiza sadržaja sprovedenih intervjuja ukazuje na četiri velike teme koje su dominirale u razgovorima:

- A. Preduslovi za reagovanje na rodno zasnovano nasilje u zdravstvenim ustanovama
- B. Praksa i iskustva u reagovanju
- C. Izazovi u pružanju adekvatnog odgovora, i
- D. Preporuke za unapređenje odgovora zdravstvenih radnika/ca u sprečavanju i zaštiti od rodno zasnovanog nasilja.

U okviru ove četiri teme identifikovane su brojne podteme i kategorije odgovora, koje su detaljno opisane i dokumentovane u tekstu koji sledi.

Preduslovi za reagovanje na rodno zasnovano nasilje u zdravstvenim ustanovama

Kada su u pitanju preduslovi za profesionalno i kvalitetno reagovanje na rodno zasnovano nasilje u svakodnevnoj kliničkoj praksi, tri kategorije odgovora se ističu kao naročito značajne, i svaka od njih je detaljno opisana u tekstu koji sledi:

1. Redovno pohađanje višednevnih edukacija i specijalizovanih treninga za rodno zasnovano nasilje
2. Postojanje podrške rukovodstva zdravstvene ustanove
3. Delovanje Tima za zaštitu od rodno zasnovanog nasilja i postojanje internih procedura.

Redovno pohađanje višednevnih edukacija i specijalizovanih treninga za rodno zasnovano nasilje

Skoro sve sagovornice sa ponosom navode da su imale priliku da svoje kompetencije, znanja i veštine iz ove oblasti steknu na specijalizovanim edukacijama i treninzima, i to ne samo jednom, već tipično u više navrata, od strane različitih organizatora. Pohađanje specijalizovanih programa, koji su nekada bili i višednevni, imalo je velik značaj i uticaj na njihovo profesionalno formiranje i spremnost da reaguju kada se susretnu sa nasiljem kod svojih pacijenata, ali isto tako i na lično osnaživanje kako bi i same izašle iz kruga nasilja kome su bile izložene. Timski rad i diskusije u maloj

grupi sa predavačima i predavačicama, razmatranje studija slučaja u multisektorskim grupama, međusobno upoznavanje i umrežavanje sa kolegama iz različitih sektora unutar iste lokalne zajednice – sve su to iskustva koja su se trajno utkala u njihov lični i profesionalni identitet, što se zadržalo kao značajan kapital iz kojeg crpe motivaciju za rad, i stavove i vrednosti nulte tolerancije na rodno zasnovano nasilje. Prva, formativna iskustva iz oblasti rodno zasnovanog nasilja sticale su pre 15 i više godina, na edukacijama koje ocenjuju kao izuzetno kvalitetne.

„Pa to je bilo 2003, 2004, 2005. godine, da da, imali smo edukaciju na lokalnom nivou, i tada baš smo napravili i timove (...) Nekako smo ostali kao timovi, dobri i saradljivi”.

(Intervju #5)

„Prvi put je to možda bilo 2005. ili 2004. godine, mislim da smo u hotelu Park imali sedmodnevni trening, od ponedjeljka do nedelje. To je bilo fantastično, bila je uključena Divna, Lukrecija, Otašević, još nekoga smo imali od psihologa. Baš je bio ovako fin i zanimljiv tim i mi smo bili obuzeti ovom temom sedam dana. Dakle, svi koji smo tada bili pozvani, vratili smo se sa stavovima duboko usadenim vezano za tu temu”.

(Intervju #2)

Ovako formirane stručne kompetencije predstavljaju polaznu tačku za adekvatno profesionalno reagovanje, i oko toga se slažu sve sagovornice. Za neke od njih, uspostavljeni kontakti i komunikacija sa predavačima i predavačicama tokom seminara i treninga i dan-danas su veliki i značajan izvor podrške, koje neformalno mogu da konsultuju kada imaju potrebu za tim:

„Ja stvarno nešto što ne znam, imam potrebu da pitam (...) pa sam i ja zvala doktora, ovaj profesora Savića, da pitam oko nekih elemenata (...)”.

(Intervju #5)

Tipično je da naše sagovornice nisu samo jednom, već, kao što je i gore navedeno, u više navrata imale priliku da produbljuju svoja znanja i stiču veštine, i međusobno se osnažuju za sinergističko delovanje i reagovanje na rodno zasnovano nasilje u svojoj praksi i široj zajednici. Dužina pojedinačne edukacije (smatraju da je idealno ako su višednevne), i ukupan broj pohađanih treninga (sagovornice preporučuju periodično „osvežavanje” znanja) predstavljaju najbolji preduslov za adekvatno reagovanje na izuzetno složen i osetljiv problem rodno zasnovanog nasilja. Ovako edukovani zdravstveni radnici su postali najveći i najznačajniji resurs u sistemu zdravstvene zaštite,

poput „ostrva” znanja, osposobljeni i osnaženi da u koncentričnim krugovima podučavaju svoje kolege, odnosno nastupaju kao edukatori u svojim sredinama.

„Bila sam na edukaciji 2010. godine, kada je krenula edukacija Centra za promociju zdravlja žena, bili smo i kada je bila promocija prokola Ministarstva zdravlja... učestvovala sam na svim njihovim edukacijama, u nekoliko navrata... i 2011. godine... bilo je u Nišu, trodnevni seminar, pre početka COVID-a (...) onda sam učestvovala u organizaciji OEBS-a, tema je bila Rod i bezbednost (...) tri modula su bila po tri dana, vezano i za nasilje nad ženama, i uopšte za bezbednost. To je bilo opet vezano za jug Srbije, bio je Niš, Leskovac, ja mislim i Pirot da je bio”.

(Intervju #1)

Postojanje podrške rukovodstva zdravstvene ustanove

Intervjui su rasvetlili da je redovno pohađanje treninga i edukacija namenjenih zdravstvenim radnicima naročito prisutno u okruženjima gde postoji **zainteresovanost i podrška menadžmenta zdravstvene ustanove za temu rodne ravnopravnosti i rodno zasnovanog nasilja**. To je slučaj u zdravstvenim ustanovama na čijem se čelu nalaze rukovodioci/rukovoditeljke koje sagovornice opisuju kao „osvešćene” i „angažovane”, sa istinskom željom da se primene svi preporučeni standardi i preporuke za postupanje u slučaju nasilja:

„Da, naša direktorka je, da kažem, rodno senzibilisana, u smislu da ima visok nivo svesti o tome, da treba da se priča, da su potrebne edukacije, evo iz mog konkretnog primera, mogu i da potvrdim, prati sve protokole, sve preporuke i trudi se da ih ispoštuje u tom nekom i administrativnom i organizacionom nivou: glavna sestra doma zdravlja, takođe, ona je neko ko izveštava, pošto poslednjih godina naravno, znate, postoji izveštavanje prema Batutu o broju slučajeva i nasilja na decom i rodno zasnovanog nasilja (...)”.

(Intervju #3)

Sagovornice su navodile da je podrška menadžmenta zdravstvene ustanove neophodna ne samo kada je u pitanju davanje saglasnosti zdravstvenim radnicima da odustvuju s posla kako bi učestvovali na stručnim seminarima i edukacijama (idealno za više njih, u cilju izgradnje tima), već i u formiranju stručnih timova unutar zdravstvene ustanove za zaštitu žena od rodno zasnovanog nasilja.

„ (...) imamo i dobru saradnju sa menadžmentom, to moram da kažem, jer šta god smo mi planirali uvek su nam izašli u susret (...)”.

(Intervju #1)

Delovanje Tima za zaštitu od rodno zasnovanog nasilja i postojanje internih procedura

U intervjuima smo saznali da su **stručni timovi za zaštitu od rodno zasnovanog nasilja** postojali u nekoliko zdravstvenih ustanova. U njihov sastav su ulazili zdravstveni radnici različitih profila, a naše sagovornice su često bile ili predsednice ili članice tih timova.

„Mi od 2012. godine funkcionišemo sve vreme, tim smo napravili tako da imamo sve zastupljene (...) dve doktorice sa opšte medicine i glavna sestra opšte medicine (...) lekar i sestra sa ginekologije pošto su oni uključeni u rad sa ženama, tako da mogu neke stvari, na primer vezano za seksualno zlostavljanje možda, pre mogu da vide oni. Onda imamo patronažnu službu, tu imamo sestru patronažne službe, zato što je bilo dosta prijava sa terena, u toku njene posete bilo je i par prijava nasilja nad porođiljom... imamo psihologa i socijalnog radnika, kao i glavna sestra doma zdravlja koja nam je podrška da možemo sve što lakše da sprovedemo u delo“.

(Intervju #1)

U intervjuima nalazimo da funkcionisanje stručnih timova unutar zdravstvene ustanove nije ni približno ujednačeno, i da u velikoj meri zavisi od izgrađenih kapaciteta unutar zdravstvene ustanove, odnosno broja edukovanih zdravstvenih radnika koji mogu i žele da oforme koherentni tim. U pojedinim sredinama nalazimo odlično funkcionisanje stručnih timova, koji su organizovali interne edukacije za svoje kolege, i na najbolji mogući način iskoristili svoje kompetencije izgrađene tokom seminara i treninga. Uz podršku rukovodstva zdravstvene ustanove, članovi tima svojim znanjem, motivacijom i entuzijazmom dovode do značajnog povećanja kapaciteta zaposlenih unutar svojih zdravstvenih ustanova za reagovanje na rodno zasnovano nasilje, o čemu svedoči sledeći citat:

„Svi članovi našeg tima su prošli edukacije: prvo smo radili edukaciju edukatora, a onda su i oni učestvovali u svim našim kursevima, kao predavači iz svojih oblasti. Kada smo napravili dobru saradnju sa centrom za socijalni rad, sa tužilaštvom, sa policijom, mi smo organizovali te multisektorske seminare, gde su bili učesnici i centar za socijalni rad, i nevladine organizacije i tužilaštvo, policija ... tako da smo gledali da uvek budu svi prisutni, profesori sa sudske medicine... njih smo pozivali da bismo lakše objasnili povrede, kako popunjavati, kako što preciznije opisati povrede kako bi na sudu te povrede bile pravilno kvalifikovane (...) Mi smo čak istakli brojeve telefona tih dežurnih službi, da bi kad se nađete u takvoj jednoj situaciji mogli odmah da pozovete“.

(Intervju #1)

„Mi smo svake godine 10. decembra³ organizovali jednu akciju u domu zdravlja, ištampamo flajere, i delimo ženama koje budu prisutne. Pre početka korone smo napravili jednu pozorišnu predstavu u holu doma zdravlja, i film smo bili pustili o nasilju nad ženama. Bilo je jako lepo organizovano, jedno pola sata, možda i više, neki odlomci iz predstave u vezi nasilja nad ženama. Delili smo i bedževe 'Nisi sama' i 'Stop nasilju nad ženama'. Tako da smo svake godine, do korone, to onako, baš onako organizovali, i na početku, i 25. novembra⁴ i 10. decembra. Ali gledali smo da i u toku godine stalno pričamo o tome i stalno imamo podsećanje, edukacije vezano za nasilje, da se ne zaboravi, da je stalno prisutna“.

(Intervju #1)

Kada se posmatra delatnost timova unutar različitih zdravstvenih ustanova, iz intervjuja saznajemo da ona nije ni ujednačena niti kontinuirana, i da je u nekim okruženjima bila najaktuelnija i najintenzivnija pre desetak godina i više, što korelira sa trenutkom izdavanja Posebnog protokola Ministarstva zdravlja za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju, a da je kasnije entuzijazam izgubio na intenzitetu. Tada se o rodno zasnovanom nasilju razgovaralo na stručnim kolegijumima, kada su i date instrukcije za postupanje. Instrukcije za postupanje su ostale urezane u sećanju doktorki koje su bile zaposlene u to vreme, ali s obzirom da ova tema kasnije uglavnom nije bila predmet razmatranja niti spominjanja uopšte na stručnim kolegijumima, novozaposleni zdravstveni radnici su prepušteni samima sebi, odnosno konsultaciji sa starijim kolegama, s obzirom da nisu imali priliku da to čuju „iz prve ruke“ (više o tome i u delu Izazovi).

„Pre desetak godina, imali smo stručni sastanak, kolegijum, ne edukaciju, i svakoj jedinici je skrenuta pažnja, imali smo zvanično obaveštenje sa telefonima, imenima, ja sad ne mogu u detalje, možda negde mogu to i naći, ali svakako to je nama bilo jedno veliko olakšanje. Mi to sad uglavnom znamo, ali pitanje je znaju li mladi lekari, koji su tek primljeni. Znaju da postoji postupak prijavljivaja i da za to postoji sistem postupanja, ali svakako da mogu okrenuti mene da pitaju šta treba“.

(Intervju #4)

„Imate jako puno mladih kolega sada, cela jedna generacija starijih kolega je otišla u penziju i mislim da oko 20 novih mladih lekara je došlo koji nemaju veze sa ovom temom“.

(Intervju #2)

3 Međunarodni dan ljudskih prava, prim. aut.

4 Međunarodni dan borbe protiv nasilja prema ženama, i prvi dan globalne kampanje „16 dana aktivizma protiv nasilja prema ženama“, prim. aut.

U nekim slučajevima, individualno osnažene zdravstvene radnice su delovale veoma efikasno, i bez njihovog formalnog uključenja kao članice tima, tako da se može zaključiti da je delovanje u timu lakše i sigurnije, ali isto tako da njegovo formalno postojanje, bez suštinskog delovanja, ne doprinosi unapređenom odgovoru na rodno zasnovano nasilje. To potvrđuje činjenicu da sistem prvenstveno čine ljudi, kvalifikovani profesionalci i profesionalke sa izgrađenim stručnim kompetencijama koje treba negovati i podržavati:

„Samo je pitanje ko sebe ovde vidi da bude na papiru, a ko zaista želi da se bavi ovim (...) pošto dosta ljudi iz grada mene poznaje (...) onda mi se obraćaju po privatnoj liniji, ili po liniji kolega koji znaju da sam ostala volonterski da se bavim tim poslom, u smislu pomoći“.

(Intervju #5)

Jedan od ishoda rada timova jeste i kreiranje internih procedura za postupanje u slučaju rodno zasnovanog nasilja, koje su dostavljene svim ambulantomama, kako navode dve sagovornice koje su i koordinatorke timova u svojim domovima zdravlja (sagovornica #1 i #3).

„Tim je, na čelu sa mnom, jasno formulisao internu proceduru, i svi brojevi telefona koji su ranije bili mnogo veliki problem u postupanju, su navedeni u proceduri. Procedura je podeljena svim ambulantomama, tako da je to jedan veliki važan korak, čini mi se da se tako eliminiše svaka nejasnoća“.

(Intervju #3)

Praksa i iskustva u reagovanju

U intervjuima je rasvetljeno kako sve može da izgleda praksa pružanja pomoći i zaštite žrtava rodno zasnovanog nasilja; sa čime se sve doktorke susreću u svom svakodnevnom radu, pogotovo kada je u pitanju multisektorska saradnja, kao i da li se ta praksa razlikuje tokom epidemije COVID-19. Njihovi odgovori, i najvažniji nalazi, mogu se grupisati u nekoliko podtema:

1. Prioritetno zbrinjavanje slučajeva fizičkog rodno zasnovanog nasilja, dok svi drugi oblici često ostaju neprepoznati i zanemareni
2. Dokumentovanje nasilja i vođenje evidencije
3. Varijabilan kvalitet multisektorske saradnje
4. Oslanjanje na lične kontakte zdravstvenih radnika sa stručnjacima različitih profila
5. Reagovanje tokom epidemije COVID-19.

Prioritetno zbrinjavanje slučajeva fizičkog nasilja

Intervjuisane doktorke bez razlike navode da kada se na prijemnom šalteru pojavi žrtva rodno zasnovanog nasilja, bilo da je eksplicitno ili implicitno prepoznata kao takva, ona ima **prioritet u prijemu i zbrinjavanju**, mada takođe navode da se oni najteži slučajevi fizičkog ili seksualnog nasilja uglavnom ne pojavljuju kod njih, kao izabranih lekarki na primarnom nivou, već se medicinski zbrinjavaju u službi hitne medicinske pomoći, ili na sekundarnom ili tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Ovakav prioritet u zbrinjavanju ostao je sačuvan i tokom epidemije COVID-19, iako navode da u protekle dve godine, od marta 2020. godine, uglavnom nisu imale situacije obraćanja u vezi sa nasiljem (o radu tokom epidemije COVID-19 biće više reči u posebnom delu ove teme).

„Mi ćemo učiniti sve da zaštitimo tu osobu... pa čak i da stanemo pred nekoga (nasilnika)”.

(Intervju #4)

Psihičko nasilje je najčešći i najskriveniji oblik rodno zasnovanog nasilja, koje ostavlja dugotrajne posledice na celokupno zdravlje. Međutim, **psihičko nasilje najčešće ostaje neprepoznato**, ili nedovoljno istraženo, pa čak i onda kada postoji sasvim osnovana sumnja na njega od strane zdravstvenih radnika. Usled nedostatka vremena da se njime detaljnije bave, kao i nedostatka adekvatnih resursa za pomoć, ova tema najčešće ostaje prećutana, od strane i jednih (pacijentkinje) i drugih (doktora), pa čak kada su u pitanju i „šampionke dobre prakse”, kao što su naše sagovornice:

„Pacijentkinja se požali ili ja posumnjam... sigurno i više od jedanput nedeljno, ali... niti one očekuju od nas, niti mi imamo vremena da obratimo pažnju (...)”.

(Intervju #4)

„Možda mi nekada nešto i promakne, kada mi ona (pacijentkinja) nešto kaže (što bi moglo da nasluti na nasilje), a ja nemam snage da to produbljujem (...)”.

(Intervju #2)

Sve to ukazuje na činjenicu da evidentirani slučajevi nasilja prema ženama predstavljaju „vrh ledenog brega”, i da je ono zapravo mnogo češće u svim svojim najčešće višestrukim oblicima, kao što je izloženost kontinuiranom psihičkom nasilju sa povremenim fizičkim nasiljem, sa ili bez ekonomskog nasilja odnosno uzimanja lično zarađenih sredstava. Ovakav kontekst svakodnevnog života je povezan sa učestalim korišćenjem bolovanja i različitim zdravstvenim tegobama, što je detaljnije opisano u iskustvu u radu jedne doktorke tokom epidemije COVID-19 (detaljnije opisano na kraju ove teme).

Dokumentovanje nasilja

Postupanje u skladu sa Posebnim protokolom Ministarstva zdravlja podrazumeva i dokumentovanje povreda nastalih kao posledica nasilja, odnosno popunjavanje izveštaja o sumnji na nasilje i upisivanje u *Knjigu evidencije/prijava o sumnji na zlostavljanje žena*⁵ (u daljem tekstu: Knjiga evidencije), što je i obaveza u skladu sa Zakonom o medicinskoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva.⁶ Njegovo poverljivo vođenje je imperativ, i tu su sve sagovornice jednoglasne da je zaista tako i u praksi, iako jedna doktorka nije upućena u njeno postojanje, niti se na službenim sastancima govorilo o rodno zasnovanom nasilju.

Uvid u evidenciju tipično ima samo koordinator tima i glavna sestra zdravstvene ustanove, koja periodično, na godišnjem nivou, izveštava zavod za javno zdravlje o broju prijava. Operacionalizacija Knjige evidencije je različita: na nekim mestima se vodi prema imenu žrtve, negde je šifrirano, a negde prema godini u kojoj je nastao dokument. U svakom slučaju, strogo se vodi računa o dostupnosti dokumenta: on može da bude dat samo žrtvi nasilja (fotokopija), ili sudskim organima, na zahtev zamjenika javnog tužioca, u toku vođenja sudskog postupka.

„Protokol (Knjiga evidencije, prim. aut.) je dostupan samo meni i njoj (glavnoj sestri opšte medicine), ona upisuje sve prijave koje stignu prema timu, jer u domu zdravlja imamo preko 60 ambulanti koje su u selima... Ali, da bismo imali podatke šta se tamo dešava, svaki od lekara kad popuni protokol (prijavu o sumnji na zlostavljanje žena, prim. aut.) donosi nama (timu) prijavu, da bismo mi kroz protokol mogli da evidentiramo žene kad nam traži sud ili tužilaštvo, ili sama žena, da možemo lakše da nađemo jer je on po abecednom redu (...)”.

(intervju #1)

Sagovornice su navodile da je tokom pripreme izveštaja o sumnji na zlostavljanje žena često konsultovanje među lekarima kako bi pravilno popunili obrazac. Pri tome, upravo su naše sagovornice (dve) bile te koje su njihove kolege najčešće kontaktirali, s obzirom da su prepoznate kao neko ko se „razume” u rodno zasnovano nasilje više od ostalih, te na neki način predstavljaju osobu za podršku. S druge strane, dve intervjuisane doktorke, iako nisu bile koordinatorke niti članice tima, takođe su dobro poznavale neophodne procedure i nisu imale potrebu za dodatnom podrškom prilikom evidentiranja, iako im nije poznato šta se dalje dešava sa popunjenom prijavom, u smislu njenog poverljivog arhiviranja u Knjigu evidencije (o važnosti međusobne saradnje i stručnog konsultovanja biće više reči u delu Izazovi). Jedna doktorka navodi da bi „bilo dobro da se na nacional-

5 Pravilnik o obrascima i sadržaju obrazaca za vođenje zdravstvene dokumentacije, evidencija, izveštaja, registara i elektronskog medicinskog dosijea. „Službeni glasnik RS”, br. 109/2016, 20/2019.

6 Zakon o medicinskoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva. „Službeni glasnik RS”, br. 123/2014, 106/2015, 105/2017, 25/2019. (Član 24, stav 16).

nom nivou napravi uniformni pristup i da interni protokoli budu jedinstveni” (Intervju #1).

Iz šestog intervjuja sa doktorkom koja je zaposlena u Institutu za javno zdravlje Srbije dobijena je informacija da je u elektronskom programu *Servis javnog zdravlja* pripremljena aplikacija za evidentiranje i automatizirano dostavljanje podataka o rodno zasnovanom nasilju. Onlajn obuka za korišćenje ove aplikacije izvedena je 6. aprila 2022. godine. Aplikacija je trenutno u fazi pilotiranja, i u njoj učestvuju sve zdravstvene ustanove iz Plana mreže zdravstvenih ustanova. Očekuje se njena uspešna primena koja će u velikoj meri doprineti unapređenju praćenja broja prijava i izveštavanja iz zdravstvenih ustanova o učestalosti sumnji na zlostavljanje žena.

Elementi dobre prakse podrazumevaju i **odgovorno šifriranje poremećaja mentalnog zdravlja** koji su u direktnoj ili indirektnoj vezi sa izloženošću rodno zasnovanom nasilju. Odgovorno šifriranje znači svest o tome da nasilje ostavlja posledice po zdravlje žrtve, te šifriranje poremećaja zdravlja kao ishoda, a ne uzroka tj. okolnosti i konteksta u kome se žrtva nalazi, može da naškodi žrtvi i izloži je dodatnoj i nepotrebnoj stigmi koja bi mogla da bude otežavajući faktor tokom sudskog postupka. Jedno takvo neželjeno iskustvo, koje je nastalo kao posledica pružanja zdravstvene zaštite u domenu mentalnog zdravlja, imala je i jedna od doktorka, koja je saopštila sledeće:

„ (...) dolazimo sada do toga da je bila greška što sam je ja uputila psihijatru, jer on to sada koristi kao ‘aha, ona sada ide kod psihijatra, znači labilna osoba’. To što je psihijatar napisao jeste da se javila jer nije znala kako da izađe na kraj sa emocijama u tom procesu, bila je uznemirena. Ne, to je sve iskorišćeno i sada kada dođe, sada se ta priča nekako širi i kaže ‘nemojte me slati kod psihijatra, jer će zloupotrebiti to na sudu’”.

(Intervju #2)

Visok stepen senzibilnosti na važnost sadržaja medicinske dokumentacije imala je i intervjuisana lekarka koja je nedavno (pre 4–5 godina) pohađala višednevni specijalizovani trening za reagovanje zdravstvenih radnika/ca na rodno zasnovano nasilje, što još jednom potvrđuje značaj pohađanja edukacija iz ove oblasti.

„Kroz klasifikaciju bolesti vi imate, kao zvanična dijagnoza, nasilje u porodici, nasilje nad ženama. Zašto bismo nekome stavljali neku drugu dijagnozu samo zato što šaljemo kod psihijatra ako ta žena trpi nasilje, posledica, uzrok... je u stvari nasilje, a posledica je što je ona trenutno rastrojena, možda depresivna, ali kad izađe iz kruga nasilja i kad se sve to sredi ona neće imati psihičke tegobe... ona nije psihijatrijski bolesnik da bismo je tako okarakterisali (...) Mi smo primenili taj model da bismo sprečili da se ta žena dalje negde u nekom procesu i dalje degradira, da je dovodimo u neke neprijatne situacije, samo zbog toga”.

(Intervju #1)

Multisektorska saradnja

Zdravstveni radnici predstavljaju veoma važnu kariku, sponu u lancu podrške institucija sistema koje čine policija, tužilaštvo, centri za socijalni rad i ostale ustanove socijalne zaštite, kao i specijalizovane agencije za pomoć i podršku u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem. Efikasna i kvalitetna multisektorska saradnja na lokalnom nivou je osnov zaštite žrtava i obezbeđivanja njihove kratkoročne i dugoročne bezbednosti. Međutim, intervjuisane doktorke i zdravstvena radnica imale su različita iskustva u vezi sa ovim aspektom.

Jedna doktorka je eksplicitno iskazala svoje nezadovoljstvo i pad entuzijazma nakon uvođenja *Zakona o sprečavanju nasilja u porodici* iz 2016. godine (donji citat), koji u sastavu grupe za koordinaciju i saradnju na lokalnom nivou nije predvideo zdravstvene radnike, iako „sastancima mogu, po potrebi, prisustvovati predstavnici obrazovnih, vaspitnih i zdravstvenih ustanova i Nacionalne službe za zapošljavanje, predstavnici drugih pravnih lica i udruženja i pojedinci koji pružaju zaštitu i podršku žrtvama”.⁷ Zanimljivo je da ostale intervjuisane zdravstvene radnice nisu spominjale ovaj zakon niti su imale svest o ovoj zakonskoj izmeni i njenim implikacijama, kao ni informaciju o postojanju grupa za koordinaciju i saradnju, koje se obrazuju na području svakog osnovnog javnog tužilaštva. To ukazuje na činjenicu da zdravstveni sektor nije adekvatno prepoznat niti je dovoljno uključen u obezbeđivanje integrisanog odgovora na nasilje prema ženama, što je propuštena mogućnost da se doprinese kvalitetnijoj zaštiti žena, i višem stepenu sigurnosti zdravstvenih radnika/ca u primeni Posebnog protokola Ministarstva zdravlja za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene rodno zasnovanom nasilju. Timski rad i osećaj pripadnosti grupi čiji članovi zajedno mogu mnogo više da urade nego svaki od njih pojedinačno, predstavlja veliku inspiraciju i motivaciju za delanje unutar svog sektora i unutar svojih mogućnosti.

„Donošenjem Zakona o nasilju u porodici prestala je bilo kakva funkcija zdravstvenim radnicima i ukinuti su vrlo lepi i konstruktivni sastanci i multisektorski timovi za nasilje (...) oni su prestali da postoje (...) tu su ostali iz tužilaštva i policije, novi su timovi formirani i ti sektori su ostali, a profesionalci iz domova zdravlja uopšte nisu bili predviđeni, sem u odnosu na konkretne slučajeve. Tu je negde moj entuzijazam opao i prosto više nije bilo mesta za svu tu neku moju aktivnost koju sam imala na nivou grada. I možda sam malo prenela i na sopstveni dom zdravlja, gde su se proredili posle toga i sastanci i planovi za edukacijama i to...”.

(Intervju #3)

Bez obzira na ovu novinu, doktorke su imale različita iskustva kada je u pitanju multisektorska saradnja i komunikacija sa službenicima, naročito sa **policijom**. Njihova iskustva su se kretala u rasponu od „odlična komunikacija, mi znamo imenom i pre-

7 Zakon o sprečavanju nasilja u porodici. „Službeni glasnik RS”, br. 94/2016, član 25–26.

zimenom koga tražimo i ko nam može pomoći u slučaju nasilja”, do „komunikacija je bila očajna, jedva smo se sporazumeli”, kada su policajci postavljali doktorkama niz pitanja koja liče na procenu bezbednosti žrtve. Ukoliko se negira postojanje nasilja baš u tom trenutku, to najčešće vodi potcenjivanju potrebe za reagovanjem, kako su to opazile sagovornice, nakon čega one uglavnom više nemaju nikakvog uvida u dalji tok dešavanja, o čemu detaljno svedoče brojni citati:

„Oni (policija) kada bi mogli, najradije bi na sve to odmahnuli rukom, na sve te neke blage slučajeve nasilja (...)”.

(Intervju #3)

„Ja do inspektora i ne dođem. Meni se javi osoba u policijskoj stanici i pita me što ste zvali. Jel' on nju sada bije i jel' on tu. I tako neka pitanja. I onda dođu dvojica policajaca i uzmu beleške i ja dalje nemam uopšte pojam šta se dešava”.

(Intervju #2)

Veoma ilustrativan primer o tome kako može da izgleda komunikacija sa policijom prikazan je i u donjem citatu, koji ukazuje na nedostatak zajedničkog razumevanja postojanja potrebe za reagovanjem, uloga koje u sistemu imaju različiti sektori, kao i nepostojanja mehanizama međusobnog informisanja koji bi obezbedili viši nivo kohezije u integrisanom odgovoru na nasilje prema ženama.

„Mi jedan broj telefona imamo, pa dobijemo centralu koja dalje posle prosleđuje vezu prema osobi koja je kompetentna (...) Dobar dan, dobar dan, želim to i to, da prijavim slučaj, imam u ordinaciji pacijentkinju... Hipotetički, ali samo da vam neku realnu sliku stvorim kako to izgleda... Doktorka ta i ta, zovem zbog toga što bih želela da prijavim, pacijentkinja se vraća kući ali nisam sigurna da neće doći do eskalacije nasilja... Na osnovu svega onoga što je ispričala, ovo je nasilje u porodici, šta predlažete, da li da sačeka pacijentkinja kod mene dok vi stignete? Kako ćemo da se organizujemo? Dakle, želim da prijavim nasilje u porodici. A on mene pita: 'Gde ste vi beše doktorka, koja je to ambulanta, do kada radite? A jel može ona da dođe ovamo?'. Tako da taj jedan kontakt koji sam imala, službenika, nisam imala sreće na koga ću da naiđem. Jedva smo se sporazumeli...”.

(Intervju #3)

U jednom intervjuu navedeno je negativno iskustvo u kontaktu sa ženom policajcem tj. policajkom, koja joj je rekla „ja nemam vremena za to”, što je veoma iznenadilo sagovornicu, no pripisala je to njenom (policajkinom) strahu, bez obzira što se nalazi u toj ulozi. Povodom policajkine reakcije, sagovornica je napravila adekvatnu kompa-

raciju sa reakcijom žrtve, i njen uticaj na celokupnu situaciju: „(...) ali zamislite žrtve koje su uplašene, zastrašene, i kada nama jedno takvo lice ne odreaguje, kako ćemo onda dalje da im pomognemo?” (Intervju #5).⁸

S druge strane, u nekim sredinama nalazimo da je zdravstveni sektor samoinicijativno uspostavio veoma dobru i funkcionalnu komunikaciju sa lokalnom grupom za koordinaciju i saradnju, koju čine policija, centar za socijalni rad i okružno javno tužilaštvo, čime je načinjen značajan iskorak u povećanju zaštite i bezbednosti žrtava nasilja, o čemu svedoči sledeći citat:

„Sa policijom smo napravili dogovor ako je akutno nasilje, oni odmah dolaze, ako se radi o hroničnom nasilju, mi napišemo prijavu da oni mogu da bolje ispitaju... čak i sa tužilaštvom smo kasnije napravili dogovor, tako da oni mogu da daju nalog da se vidi o kakvom se nasilju radi, ako žena baš i nije spremna da prijavi (...) mi damo prijavu tužilaštvu ili policiji da oni to malo bolje ispitaju o čemu se radi”.

(Intervju #1)

Takođe, primećeno je da se modalitet saradnje „po imenu i prezimenu” češće primenjuje i sprovodi u manjim sredinama, gde je generalno moguće brže i efikasnije odreagovati na nasilje i zaštititi žrtvu:

„Saradnja sa policijom je odlična, po imenu znam čak četiri službenika koje mogu da kontaktiram u slučaju potrebe”.

(Intervju #4)

„Brzina reagovanja je karakteristika manje sredine i bolje upućenosti ljudi u lancu podrške žrtvama nasilja jednih na druge, i to je prednost u odnosu na Beograd”.

(Intervju #2)

Kada su u pitanju **centri za socijalni rad**, njih doktorke opažaju kao trome i relativno neresponsivne institucije koje nisu osposobljene za brzo reagovanje na zbrinjavanje i zaštitu žrtve. Vrlo često nemaju skoro nikakav kontakt sa njima, upravo zbog toga što nisu imale pozitivno iskustvo. Analiza intervjuja je pokazala da tamo gde postoji nezadovoljstvo saradnjom sa policijom, prisutno je i nezadovoljstvo u vezi sa centrima za socijalni rad.

⁸ Bez obzira na to, sagovornica je poznavala dalju proceduru, i uspela da prijavi nasilje kod nadležnog policajca i njenog šefa (prim. aut.).

„Centar za socijalni rad je troma institucija, oni hoće, ali sama procedura, preduслови koji treba da se ispune, način organizacije, sve je to tromo“.

(Intervju #3)

Specijalizovane organizacije civilnog društva za zaštitu i podršku žrtvama nasilja su, tamo gde postoje, veoma snažan i kvalitetan resurs, sa kumuliranim znanjem i veštinama za pružanje direktne podrške i rad sa žrtvama nasilja. Međutim, intervjui su pokazali da u sredinama u kojima su zaposlene intervjuisane doktorke ti resursi uglavnom nisu bili prisutni, ili one nisu bile informisane o njihovim aktivnostima. Relativni izuzetak je jedna sagovornica, zdravstvena radnica koja je aktivistkinja i pokretač brojnih inicijativa civilnog društva u svojoj zajednici, koja je navela da joj se neformalno obraćaju žene iz njene sredine i okruza za pomoć u vezi sa nasiljem, prepoznajući je kao nekog kome mogu da se požale i ko može da im pomogne na „ljudskom nivou“ sa razumevanjem i empatijom za situaciju u kojoj su se našle, i da im dâ smernice za konkretno reagovanje, bilo da traže pomoć za sebe ili svoje bližnje. Ova sagovornica nastupa u ličnom kapacitetu, ne kao predstavnica institucija sistema, već prvenstveno kao osoba za savetovanje i podršku, koju za to kvalifikuje lično iskustvo nasilja koje je imala, pohađanje brojnih edukacija i proces osnaživanja kroz koji je lično prošla da bi konačno izašla iz kruga nasilja, ali i poznavanje institucija sistema i načina na koji reaguju:

„Verujte da dođu na vrata. Evo skoro mi je bila jedna mama, prepoznala je porodično nasilje kod svoje ćerke i čak suprug je, njen zet, odveo ćerku u drugi grad (...) ona je došla kod mene, zapamtila me je jer je gledala emisiju u kojoj sam govorila o svom iskustvu nasilja, znala je gde radim i došla je da pita šta joj je činiti, i kojim putem da dođe do svog deteta, da bi je iščupala iz tog drugog grada i vratila je u porodicu, da ne bi bila maltretirana. Tako da smo napravili sve po protokolu, normalno. Policija, centar za socijalni rad, prijavljivanje ovde u ovom gradu (...) pa sam ja zvala i doktora, ovaj profesora Savića, da pitam oko nekih elemenata (...)“.

(Intervju #5)

Lični kontakti i kolegijalna podrška

Iako su sve sagovornice u intervjuima dobro informisane i motivisane za primenu dobrih praksi kada je u pitanju postupanje u slučaju rodno zasnovanog nasilja, i njima je potrebna podrška i konsultacije. U sredinama u kojima je dobro razvijena multi-sektorska saradnja, postojanje funkcionalne saradnje sa drugim institucijama im daje potreban nivo sigurnosti u sprovođenju potrebnih aktivnosti. Osim toga, postojanje timova unutar zdravstvene ustanove je takođe veoma važan resurs za međusobnu

podršku. Čak i u sredinama gde on više formalno i ne funkcioniše ostao je izgrađen kapacitet u vidu osnaženih kolega, čije postojanje daje osećaj sigurnosti:

„Ja nisam sigurna da više funkcioniše Tim za nasilje u porodici, ali imam na koga da se oslonim, imam koga da pozovem u situacijama kada imam dilemu. Nije loše što imam mogućnost da pozovem koleginicu, bilo koju od psihijatara. One su moja prva linija za konsultovanje, i lično i profesionalno“.

(Intervju#4)

Osim toga, kao veliki olakšavajući faktor u radu na koji se oslanjaju sagovornice navode svoje **lične kontakte** sa ekspertima različitih profila (gore pomenuti prof. Savić), i njihovu dostupnost za *ad hoc* konsultacije. Ovi kontakti su najčešće izgrađeni tokom interakcije predavača/ica polaznika i polaznica specijalizovanih edukacija i treninga, i dodatno osnaživani sa svakim narednim ciklusom obuka. Važnost ostvarenih interakcija je ogromna, kako za lični rast i prevazilaženje problema u privatnom životu, tako i kao podrška u svakodnevnom radu sa pacijentkinjama, ili u neformalnoj podršci u zajednici.

„Mene su osnažile upravo Ženski centar, AŽC u Beogradu i u mom gradu, kroz tu obuku. A verujte da se ništa nisam razlikovala od žrtava (...)“.

(Intervju #5)

„Ja uradim sve što je do mene. Ne do mene, nego sve. Ja čak pozovem i doktoru Stanislavu i kažem ova pacijentkinja treba da ide na suđenje, a totalno je rastrojena (...) dajte mi nekog dobrog psihologa, da se pripremi kako da se ponaša na tom suđenju. Za par pacijentkinja smo tražili čak i pravnu pomoć. Znači ja imam osobe kojima mogu da se obratim da tim osobama pomognem, i van toga što ne postoji sistem u mom domu zdravlja. Ne osećam da sam ja tu nešto isfrustrirana, ali žao mi je što to ne postoji u širem obimu“.

(Intervju #2)

Nekada kontakti sa profesionalcima na lokalnom nivou potiču i od prepoznavanja zajedničkih interesovanja i spontanog sinergističkog delovanja, što navodi jedna doktorka:

„Meni je podrška advokat Biočanin, koji je angažovan da daje besplatne pravne savete osobama koje su bile izložene nasilju“.

(Intervju #3)

Ovakvi primeri dobre prakse ukazuju na veliku potrebu za kontinuiranom supervizijskom podrškom kada je u pitanju rodno zasnovano nasilje, čak i onda kada su u pitanju „treneri trenera“, odnosno najedukovaniji zdravstveni radnici i „šampioni dobre prakse“.

Reagovanje tokom epidemije COVID-19

Epidemija COVID-19 koja je aktuelna od marta 2020. godine i zahvatila ceo svet neminovno je uticala i na pojavu i reagovanje na rodno zasnovano nasilje. Kako bi se sprečilo širenje virusa, protivepidemijske mere obuhvatale su preporuke za smanjenje kretanja ljudi i izolaciju u kućnim uslovima (engl. *lock down*), u većoj ili manjoj meri tokom protekle dve godine, u skladu sa aktuelnom epidemiološkom situacijom. U Republici Srbiji, vanredno stanje proglašeno je 15. marta i trajalo je do 6. maja 2020. godine. Tokom ovog perioda na snazi je bila apsolutna zabrana kretanja osoba starijih od 65 godina, kao i prestanak bilo kakvih aktivnosti koje su obuhvatale više pojedinaца na jednom mestu. Ovakvi promenjeni uslovi života i rada i prinuđenost svih članova porodice na duži boravak u istom prostoru često su doveli do eskalacije tenzija i manifestacije nasilja, o čemu svedoči povećan broj poziva koje je primio Nacionalni SOS telefon u periodu od marta 2020. godine, u poređenju sa januarom i februarom iste godine, odnosno pre proglašenja početka pandemije.⁹ Na porast nasilja nad ženama u ovim novim okolnostima ukazivale su i međunarodne organizacije.¹⁰

Iskustva zdravstvenih radnica tokom tog perioda bila su prilično ujednačena, i sve sagovornice navode potpuno izmenjene uslove rada, i činjenicu da je od početka pandemije sav fokus bio na zdravstvenim potrebama u vezi sa obolevanjem od COVID-19: rad u kovid ambulancama, testiranje sumnji na COVID-19 i zbrinjavanje obolelih pacijenata, a kasnije i rad na vakcinalnim punktovima, što je psihofizički bilo prilično iscrpljujuće iskustvo:

„Godinu dana nisam ništa upisala u karton (...). Deset meseci sam provela na vakcinalnom punktu, od čega pet meseci bez ijednog dana odmora (...).“

(Intervju #3)

„Tokom COVID-a narušen je sistem rada izabranog lekara (...), zbog potrebe za zamenama kolega, često se dešavalo da radim u 'tuđoj kartoteci'.

(Intervju #4)

9 Postupanje nadležnih institucija i službi za suzbijanje nasilja u porodici u Republici Srbiji tokom Covid-19 epidemije, posebno u periodu vanrednog stanja. Istraživački izveštaj. Viktimološko društvo Srbije (VDS): maj 2021, str. 14.

10 UN Women (2020).

Sagovornice navode da su sve druge aktivnosti koje čine sadržaj rada lekara u službi opšte medicine bile u drugom planu, a samim tim i prepoznavanje i reagovanje na slučajeve rodno zasnovanog nasilja. Takođe navode i da se izgubio kontinuitet sastajanja članova tima tokom epidemije COVID-19. Tokom epidemije one nisu zapazile porast obraćanja u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem, već upravo suprotno: broj žena koje su imale iskustvo sa nasiljem i to saopštile izabranim doktorkama se značajno smanjio. Poređenja radi, saopštena učestalost slučajeva nasilja tokom intervjua, pre i tokom epidemije COVID-19, prikazana je u tabeli II, gde se jasno vidi opisani trend.

Tabela II. Učestalost obraćanja u vezi sa nasiljem, pre i tokom epidemije COVID-19

	Do 2020. godine	Tokom epidemije COVID-19
Sagovornica #1 (koordinatorka Tima za zaštitu od RZN u svom domu zdravlja)	30–40 slučajeva godišnje (uvid u Evidenciju na nivou ustanove)	U 2020. godini: 25 žena U 2021. godini: 10 žena (do 25.11.)
Sagovornica #2	2–3 žene godišnje (samo kod sagovornice)	Nije imala slučajeve tokom epidemije
Sagovornica #3 (koordinatorka Tima za zaštitu od RZN u svom domu zdravlja)	Nekoliko žena godišnje	Nije radila u svojoj ambulanti, nije imala slučajeve
Sagovornica #4	Barem jedna žena nedeljno (samo kod sagovornice)	2020. godina: 21 žena u Evidenciji 2021. godina: 15 žena
Sagovornica #5	5–10 žena godišnje	Oko 20 žena tokom 2020. i 2021. godine (samo kod nje se javilo)

Kako navode sagovornice, svaka sumnja na nasilje imala je prioritet u reagovanju i zbrinjavanju, jednako kao i pre epidemije COVID-19. One smatraju da se u aktuelnoj situaciji epidemije nije smanjila učestalost nasilja prema ženama u društvu, a da smanjeni broj prijava najverovatnije reflektuje izmenjen rad izabranih lekara i njihova drugačija dostupnost u redovnoj praksi, tako da se pacijentkinje koje imaju ovaj problem verovatno pre obraćaju policiji nego zdravstvenim radnicima.

Jedna doktorka je navela iskustvo iz prakse da je tokom epidemije jedna njena dugogodišnja pacijentkinja, čiji je muž upravo preminuo, imala potrebu da podeli sa doktorkom kroz šta je prolazila dok je on bio živ, i da je zapravo bila izložena nasilju. U pitanju je bila pacijentkinja koja je dugo godina dolazila sa nespecifičnim tegobama i nezadovoljstvom koje je projektovala na posao koji obavlja, često tražeći bolovanje.

Pacijentkinja prvi put otvoreno ukazuje na problem sa nasilnim suprugom nakon izuzetno teškog perioda za čitavu porodicu (suprug je imao težak oblik bolesti, bio na bolničkom lečenju, pa otpušten na kućno lečenje tokom koga je i preminuo). Do tada, naša sagovornica je samo donekle bila upućena u poremećene porodične odnose svoje pacijentkinje. Ovakvo iskustvo ukazuje na visok stepen poverenja koje pacijenti imaju u svoje lekare, ali isto tako i rasvetljava kompleksnu prirodu dugogodišnje izloženosti nasilju, i nedostatak kapaciteta žrtve da adresira taj izuzetno složeni problem za čije rešavanje je potrebna efikasna društvena podrška na svim nivoima.

„(...) ja nju poznajem od ranije, vrlo često je dolazila onako nezadovoljna, tražila bolovanje, svoje probleme tražila u poslovnom okruženju (...) sećam se da je jednom spomenula da želi da napusti svoj posao i da je sve nervira u kući... sada shvatam, kada razvijem film unazad, nakon što joj je suprug preminuo od COVID-19... kada mi je rekla da je svaki dan morala ispred bolnice da se fotografije, kao dokaz da je bila, jer on saopštava kako niko njega ne posećuje i kako su oni na njega zaboravili i pustili ga da umre. Kada je bio otpušten kući, taj period žena opisuje kao vrlo, vrlo težak”.

(Intervju #2)

Izazovi u pružanju adekvatnog odgovora

Tokom intervjuja sagledano je sa kojim se sve izazovima susreću zdravstveni radnici/ce, prvenstveno izabrani lekari, u pružanju pomoći i podrške u slučaju rodno zasnovanog nasilja. Njihovi odgovori se mogu grupisati u nekoliko kategorija:

1. Neadekvatni uslovi za rad, prvenstveno u smislu preopterećenosti (ali i nedostatak tehničke opremljenosti)
2. Nedostatak kontinuiteta u bavljenju ovom temom i edukacijom; nedostatak kontinuiteta dobrih praksi i transgeneracijskog prenošenja znanja u multi-sektorskim timovima, kao i mehanizama za monitoring i evaluaciju reagovanja na rodno zasnovano nasilje
3. Lični stavovi profesionalaca kada je u pitanju rodno zasnovano nasilje.

Neadekvatni uslovi za rad

Preopterećenost brojem pacijenata je naglašena kao značajan faktor koji predstavlja izazov u svakodnevnom radu. Sve sagovornice su bez razlike navodile da uobičajeno broj obraćanja prelazi 40 pacijenata dnevno, a da nekada dostiže i 60, u situacijama kada menjaju odsutne kolege i pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu pacijentkinja-

ma kojima nisu njihovi izabrani lekari. U aktuelnom radnom okruženju fokus je na kliničkom radu i zbrinjavanju akutnih poremećaja zdravlja, kako bi se što efikasnije odgovorilo na zdravstvene potrebe velikog broja pacijenta i pacijentkinja koje viđaju na dnevnom nivou.

„Znači, umesto 2200 pacijenata, ja trenutno (tokom kovida, prim. aut.), imam 4400 pacijenata... i priznajem da moj kvalitet rada na početku i na kraju smene nije bio isti”.

(Intervju #2)

„Otprilike 5–6 minuta imamo po pacijentu, mislim da je to jako kratak vremenski period da dobro sagledate pacijenta i sve ono što je bitno za pregled”.

(Intervju #1)

Reagovanje na akutne slučajeve fizičkog nasilja jeste prioritet, i to je već opisano u prethodnom nalazu. Međutim, sve druge aktivnosti koje nisu „goruće”, a važne su i tiču se rodno zasnovanog nasilja, često ostaju neadresirane. To se odnosi na izostanak pokušaja uspostavljanja razgovora o nasilju kada doktorka intuitivno naslućuje da bi to mogao da bude problem koji utiče na zdravlje i blagostanje pacijentkinje, a ona ga ne spominje samoinicijativno. Ovi nalazi ukazuju da je broj prijavljenih slučajeva sumnji na nasilje u zdravstvenom sektoru i uopšte samo „vrh ledenog brega”, ispod kojeg se nalazi mnogo veći broj žena koje svakodnevno trpe psihičko nasilje, a koje neretko eskalira i u fizičko nasilje:

„Često su to žene koje se često javljaju lekaru, nekada kao hitni slučajevi, somatizovane tegobe, vrtoglavica i slična stanja, ali ako same ne govore o tome, stvarno je potrebno određeno vreme, i retko kad je moguće u prvom kontaktu uopšte doći do nekog saznanja, postići da žena o tome progovori. Nažalost, vrlo često te žene vam se neće otvoriti dok ne nastane neki konkretan problem, odnosno neće potražiti pomoć (...)”.

(Intervju #4)

Osim ovoga, neke sagovornice su navodile da u područnim ambulantama često nedostaju osnovna sredstva za rad, kao što je računar, i da je u takvim uslovima teško da naprave bilo kakav iskorak u pružanju zdravstvene zaštite, iako baš u tim manjim sredinama navode da se izabrani lekari, kao jedini dostupni resurs u zajednici, suočavaju sa neophodnošću rešavanja širokog spektra potreba pacijenata i pacijentkinja koji žive i/ili rade na toj teritoriji, uključujući psihološku i socijalnu podršku u različitim kriznim ličnim i porodičnim situacijama:

„Nema dana da se neko u ambulanti ne isplače“.

(Intervju #4)

Dodatni razlog za relativno oklevanje uspostavljanja razgovora na ovu temu može da bude i činjenica da multisektorska saradnja nije jednako razvijena u svim sredinama, i da kontaktiranje i komunikacija sa službenicima u policijskim stanicama neretko predstavlja izvor stresa za izabrane lekare, s obzirom da je često obeleženo međusobnim nerazumevanjem, postavljanjem nerelevantnih pitanja i odsustvom zainteresovanosti za reagovanje, o čemu je već bilo reči u analizi rezultata. Sve ovo ukazuje na značaj multisektorske saradnje i uspostavljanja adekvatnih i funkcionalnih mehanizama reagovanja, što se naročito prepoznaje u sredinama u kojima je u prošlosti bila uspostavljena funkcionalna multisektorska saradnja ali koja se nije kontinuirano održala, o čemu će biti više reči u nastavku.

Nedostatak mehanizama za kontinuiranu saradnju, edukaciju, monitoring i evaluaciju

Nedostatak kontinuiteta dobrih praksi i transgeneracijskog prenošenja znanja u multisektorskim timovima je specifičan izazov o kome su govorile sagovornice koje imaju dugu institucionalnu memoriju u vezi sa reagovanjem na rodno zasnovano nasilje u svojim sredinama. Inicijalno edukovani profesionalci u lokalnim sredinama (pre petnaestak godina, i više) iz svih sektora činili su tim čiji su se članovi međusobno dobro poznavali, upravo zahvaljujući zajedničkom pohađanju specijalizovanih treninga koji su ih senzibilisali na rodno zasnovano nasilje i motivisali za preuzimanje profesionalnih odgovornosti, svako u svom domenu. Ovakvi timovi bili su preteča dobrih praksi koje su institucionalizovane u vidu usvajanja posebnih sektorskih protokola za postupanje u slučaju nasilja prema ženama, kao i memorandumu o saradnji u lokalnim zajednicama u cilju reagovanja na nasilje, a koji su definisali korake u multisektorskoj komunikaciji. Međutim, sa smenom generacija i odlaskom profesionalaca u penziju, ili promenom službe, inicijalno uspostavljeni kontakti i funkcionalna saradnja su se izgubili, a novi timovi jednostavno nisu izgrađeni, što sagovornice smatraju velikim nedostatkom koji bi trebalo da se nadomesti kroz novi ciklus zajedničkih multisektorskih edukacija.

„Imate jako puno mladih kolega sada, cela jedna generacija starijih kolega je otišla u penziju i mislim da oko 20 novih mladih lekara je došlo koji nemaju veze sa ovom temom“.

(Intervju #2)

„Ja nisam skorije čitala protokol da mogu da se prisetim da li je po protokolu sve odrađeno (...) mi nismo dugo pričali o ovoj temi i treba neko da vas vrati (...)”.

(Intervju #2)

Sve to ukazuje da, iako je u poslednjih 15 godina značajno unapređen zakonski okvir za reagovanje na nasilje i donesene brojne smernice za rad profesionalaca koje bi trebalo da unaprede institucionalni odgovor na nasilje, najveći „kapital” sistema jesu edukovani pojedinci u timu čiji se članovi međusobno poznaju.

Rezultati istraživanja su ukazali i na **nedostatak mehanizama za monitoring i evaluaciju reagovanja na rodno zasnovano nasilje u lekarskoj praksi**, odnosno povratne informacije o kvalitetu njihovog rada, i eventualnoj primeni određenih korektivnih mera, kako bi se obezbedila najbolja moguća zaštita žrtava nasilja i multisektorska saradnja:

„Znate kako, ovde vam niko ništa ne brani, vi uradite sve, po svojoj savesti, ali nemate vi sada neku povratnu informaciju. Da li je to što ste uradili dobro, da li treba da nastavite sa takvim radom, ili preispitujem se, šta se dešava kada ja to prijavim. Kako se ja tu kotiram, niko o tome nikada nije govorio, da li se kotiram kao lekar koji se u svašta meša, koji je paničar, koji bez veze prijavljuje neke stvari, iako te stvari nisu bez veze... I još mi zaista smeta, jer sam ja ovako izolovana (u ambulanti na terenu, prim. aut.), nemam komunikaciju sa svojim kolegama iz doma zdravlja, pa ni na pauzi... Mi nemamo već dugi vremenski period sastanke, i kada smo ih imali na opštoj medicini, mi opet iz ambulanti nismo bili prisutni. Možda smo imali neki kolegijum, ali to (rodno zasnovano nasilje, prim. aut.) nije bila tema, niti je taj kolegijum bio da se iznesu možda neki problemi i slučajevi, da nazovem to tako, o kojima bi mogli da raspravljamo... Da se kaže: ‘Kolege, imao sam takav i takav incident, evo da znate kako smo mi rešili taj problem. Pa ako budete u toj prilici, otprilike možete postupiti tako, ili možete me pozvati, pa da vam kažem šta sam ja u tom slučaju uradio’”.

(Intervju #2)

Lična uverenja, stavovi i vrednosti relevantni za rodno zasnovano nasilje

Lični stavovi i negiranje profesionalne odgovornosti u vezi sa reagovanjem na rodno zasnovano nasilje su bili navedeni kao specifični izazovi sa kojima su se kolegice susretale u svom radu, tipično na počecima, pre desetak godina i više, sa uvođenjem Posebnog protokola Ministarstva zdravlja za zaštitu i postupanje u slučaju rodno zasnovanog nasilja, kada je postalo jasno da zdravstveni radnici imaju ulogu i profesionalnu odgovornost u zaštiti i zbrinjavanju žrtava rodno zasnovanog nasilja. Međutim, da se osvešćenost po tom pitanju i potreba za reagovanjem ne može uzimati zdra-

vo za gotovo ukazuju njihovi navodi da mlađe kolege, koje nisu pohađale specifične edukacije, ne prepoznaju u dovoljnoj meri svoju profesionalnu odgovornost (što je već bilo navedeno u ovoj analizi), a upitno je i kakvi su im i stavovi po pitanju rodno zasnovanog nasilja.

„Osećam da sam sama na pustom ostrvu. Sam stav zdravstvenih radnika i njihova osvešćenost nedostaju, ako bismo svi isto razmišljali bilo bi bolje...”

(Intervju #3)

Često je prisutna apatija i nezainteresovanost, a jedna sagovornica navodi da je ova tema „skrajnuta, i u u zapećku”, kao i da su „muške kolege sklone minimiziranju problema” (Intervju #3), da „nedostaje empatija i motivacija za pomoć i podršku žrtvama” (Intervju #5).

„Nisu svi lekari senzibilisani na rodno zasnovano nasilje, i ne razumeju problem. Za neke je i bolje da im žene pacijentkinje i ne spominju to. Nisu svi lekari završili obuku”.

(Intervju #5)

Preporuke za unapređenje odgovora zdravstvenih radnika u sprečavanju i zaštiti od rodno zasnovanog nasilja

Osim izazova koji su navedeni u prethodnom delu, i koje je potrebno sistematski adresirati kako bi se prevazišli, sagovornice su dale i još neke preporuke za unapređenje prakse reagovanja na rodno zasnovano nasilje, i one se odnose na nekoliko aspekata koji su dominirali u intervjuima sa sagovornicama. To su:

1. Potreba za kontinuiranim radom na unapređenju znanja i veština zdravstvenih radnika za reagovanje na rodno zasnovano nasilje
2. Sprovođenje aktivnosti na podizanju svesti o rodnoj ravnopravnosti i rodno zasnovanom nasilju, na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou prevencije
3. Unapređenje multisektorske saradnje na lokalnom nivou, uključivanje lokalne samouprave i lokalnih medija
4. Unapređenje nastavnih kurikuluma.

Kontinuirani rad na unapređenju znanja i veština zdravstvenih radnika za reagovanje na rodno zasnovano nasilje

Jedna od najvažnijih preporuka za unapređenje prakse zdravstvenih radnika u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem odnosila se na potrebu za **kontinuiranim osvežavanjem znanja i veština u oblasti RZN**, naročito kod mlađeg kadra, koji su nedavno zaposleni, a koji nisu izgradili potrebne kompetencije za reagovanje na nasilje tokom redovnog školovanja, s obzirom na nisku zastupljenost tih sadržaja u nastavnim kurikulumima.¹¹ Osim toga, oni još nisu imali priliku da pohađaju tematske edukacije i treninge. Ovu preporuku je navelo svih pet sagovornica (što je uočljivo i u prethodno elaboriranim rezultatima):

„Mladi lekari, početnici, nisu spremni da postupaju u situacijama kada se sretnu sa problemom nasilja kod svojih pacijenata“.

(Intervju #4)

„Bilo bi korisno da se za mlađi kadar ponovo organizuju onakve edukacije kao što smo i nekada imali“.

(Intervju #5)

Potreba za kontinuiranom edukacijom iz ove oblasti ne odnosi se samo na mlađe kadrove, već i na sve zdravstvene radnike koji treba da periodično osvežavaju svoja znanja, **kako bi bili upoznati sa novinama**, ali i međusobno razmenjivali iskustva i dobre prakse u reagovanju na rodno zasnovano nasilje. Tako, na primer, jedna sagovornica navodi da većina zdravstvenih radnika nije upoznata sa činjenicom da je u Pravilniku o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite¹² uvedena usluga „Zbrinjavanje osobe koja je izložena nasilju“, sa detaljnim objašnjenjem sadržaja šta sve čini tu uslugu (uzimanje anamnestičkih podataka, fizikalni pregled po organima i sistemima u skladu sa tegobama i procenom lekara, upućivanje na laboratorijske analize, dijagnostičke procedure, specijalističko-konsultativne preglede, bolničko lečenje po potrebi, postavljanje radne ili konačne dijagnoze, određivanje terapije, unos podataka u medicinsku dokumentaciju u skladu sa odgovarajućim protokolom. Postupanje u skladu sa protokolom – prijava tužilaštvu i nadležnom Centru za socijalni rad u skladu sa protokolom, kao i stručnom timu u Ustanovi).¹³

11 Strategija za sprečavanje i borbu protiv rodno zasnovanog nasilja prema ženama i nasilja u porodici za period 2021–2025. godine. Opis stanja i analiza problema (deo 6.1.3. Obrazovanje). „Službeni glasnik RS“, br. 47/21.

12 Pravilnik o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Službeni glasnik RS“, br. 70/2019, 42/2020 i 74/2021. Član 4, Preventive, dijagnostičke i terapijske usluge, redni broj 72. „Zbrinjavanje osobe izložene nasilju“.

13 Ibid.

Šesta sagovornica u ovom istraživanju, kolegistica zaposlena u Institutu za javno zdravlje, navodi da je, iz perspektive sistema, uvođenje ove usluge veliki iskorak u institucionalizaciji i prepoznavanju pružanja zdravstvenih usluga u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem, koji omogućava praćenje učestalosti i detaljniju analizu.

Aktivnosti na podizanju svesti o rodnoj ravnopravnosti i rodno zasnovanom nasilju

Jedna sagovornica naglašava da su aktivnosti u domu zdravlja orijentisane na sekundarnu prevenciju nasilja, odnosno zbrinjavanje žrtve, a da **rad na primarnoj prevenciji** u najvećoj meri izostaje. Primarnu prevenciju rodno zasnovanog nasilja prvenstveno vidi kao kontinuiranu aktivnost u kojoj učestvuju svi segmenti društva, putem promovisanja dobre komunikacije i partnerskih odnosa u kojima dominira uzajamno poštovanje i uvažavanje:

„(...) da se ne govori samo o nasilju nad ženama i posledicama, već da se promovišu lepi partnerski odnosi. Šta je lepo, kako se neguje, ja bih takve flajere da delim ženama i muškarcima. To je primarna prevencija“.

(Intervju #4)

Značaj primarne prevencije naročito dolazi do izražaja kada su u pitanju mlađe osobe, za koje smatraju da su u većoj meri osveščene i da ne žele da trpe nasilje:

„Mlađe žene se pre odlučuju da nešto promene, dok starije žene, pogotovo one sa sela, navikle su da trpe. Istovremeno, žene koje su finansijski zavisne od muža neuporedivo ređe će se odlučiti da išta promene“.

(Intervju #4)

Štampani informativni materijali kao što su brošure, leci i posterii mogu da budu veoma koristan izvor informacija o rodno zasnovanom nasilju, a navođenje kontakata za pomoć i podršku smanjuje osećaj izolovanosti, straha i beznađa kod žrtava, što bi odgovaralo **sekundarnoj prevenciji** nasilja. Sagovornice smatraju da bi prisustvo edukativnog štampanog materijala u zdravstvenim ustanovama bilo veoma korisno u dugoročnom podizanju svesti o nedopustivosti nasilja, uz napomenu da „nije svaki le-tak za svakoga“, i da posedovanje istog može negativno da utiče na bezbednost žene:

„Nije svaki flajer za svaku ženu. Zaista je jako važno da budemo oprezni ukoliko se plašimo za tu ženu... neko (nasilnik) može to videti kod nje u kući, pa da ona nagrabus“.

(Intervju #4)

U kontekstu **tercijarne prevencije nasilja**, odnosno u osnaživanju žena sa iskustvom nasilja u intervjuima je spomenut i predlog osnivanja **grupa samopomoći**, u kojima bi tipično veliku ulogu imale žene koje su prošle kroz nasilje, i svojim primerom ohrabrile ostale da istraju:

„(...) mislim da živi primeri ljudi koji su prošli i koji su se osnažili su najbolji modeli, i najviše empatije imaju i saosećajnosti prema ljudima koji to preživljavaju. Ne kažem ja da neki drugi nemaju, ali nekako ta saosećajnost je važna, da se razumemo (...)”.

(Intervju #5)

Unapređenje multisektorske saradnje na lokalnom nivou, uključivanje lokalne samouprave i lokalnih medija

Edukacija opšte javnosti putem medija je takođe naglašena kao veoma važan segment. Osim toga, sagovornice smatraju da bi lokalna samouprava trebalo da ima svoj deo odgovornosti u nastojanjima za unapređenje integrisanog društvenog odgovora na rodno zasnovano nasilje, kroz pružanje određene (finansijske i druge) podrške aktivnostima (na primer, za edukaciju određene grupe stručnjaka ili za štampanje materijala). Uključivanje lokalnih medija kao platforme za razgovore o rodno zasnovanom nasilju bi takođe bilo veoma korisno, a naglašena je i potreba edukacije medija *per se* o senzitivnom izveštavanju o rodno zasnovanom nasilju i rodnoj ravnopravnosti. Takođe je navedeno da bi „bilo dobro da se u medijima saopštavaju izrečene kaznene mere za nasilnike“ (Intervju #5).

„Neka poruka za unapređenje odgovora jeste bolje uvezivanje svih aktera na lokalnom nivou. Međusektorska saradnja, kvalitetnija i bolja, prvenstveno putem zajedničke edukacije, prepoznavanje problema, osveščivanje, kompetentan i kvalitetan kadar na mestima gde je to potrebno i gde se zahteva... mislim da bi to ponajviše doprinelo boljem i kvalitetnijem odgovoru na rodno zasnovano nasilje”.

(Intervju #5)

Unapređenje nastavnih kurikuluma

U kontekstu primarne prevencije, jedna od preporuka odnosila se i na to da je neophodno unapređenje nastavnih kurikuluma u osnovnim i srednjim školama, gde je potrebno da se priča o rodnoj ravnopravnosti i izgradnji parterskih i porodičnih odnosa u kojima

dominira međusobno poštovanje i uvažavanje. Na taj način stvorile bi se nove generacije mladih koji imaju izgrađene ispravne stavove i koji bi dugoročno dali najveći doprinos izgradnji društva sa nultom tolerancijom na rodno zasnovano nasilje.

„Mislím da bi trebalo i u osnovnim školama početi da pričamo, i u srednjim školama, prosto da imamo to u nekom okviru, da li je to biologija, hemija, gde god da smeste, znači priču o porodičnom nasilju i ta deca od malih nogu da se uključuju i da prepoznaju“.

(Intervju #5)

KVANTITATIVNI METOD: UPITNIK

U periodu od 10. marta do 3. aprila 2022. godine sprovedeno je kvantitativno istraživanje putem upitnika koji je postavljen na onlajn platformi *RadCap* Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Link prema upitniku je diseminiran ciljnoj grupi tj. zdravstvenim radnicima svih profila, putem nekoliko različitih mehanizama i kanala komunikacije:

- ♦ slanjem Pozivnog pisma za učestvovanje u istraživanju na adrese svih zdravstvenih ustanova iz Plana mreže zdravstvenih ustanova, tj. zdravstvenih ustanova koje su u državnom vlasništvu, u nekoliko navrata, tipično jednom nedeljno (pošiljalac: Kancelarija Populacionog fonda Ujedinjenih nacija u Srbiji)
- ♦ slanjem Pozivnog pisma za učestvovanje u istraživanju strukovnim udruženjima, tj. komorama zdravstvenih radnika i saradnika
- ♦ slanjem Pozivnog pisma za učestvovanje u istraživanju saradnicama na terenu, tj. zdravstvenim radnicama koje imaju brojne kontakte svojih koleginica i kolega na terenu, naročito na primarnom nivou zdravstvene zaštite, koje su ujedno na taj način i lično promovisale istraživanje.

REZULTATI KVANTITATIVNOG DELA ISTRAŽIVANJA

Socijalno-demografska i geografska struktura uzorka

Zaključno sa 3. aprilom 2022. godine, elektronska baza podataka sadržala je ukupno 1741 upis. Od tog broja, 55 osoba tj. upisa nije ispunilo uslov za dalju prohodnost i kretanje kroz upitnik (informisani pristanak za učestvovanje u istraživanju). Kada se oni izuzmu, broj validno i u celosti popunjenih upitnika bio je **1686**.

Starosna struktura

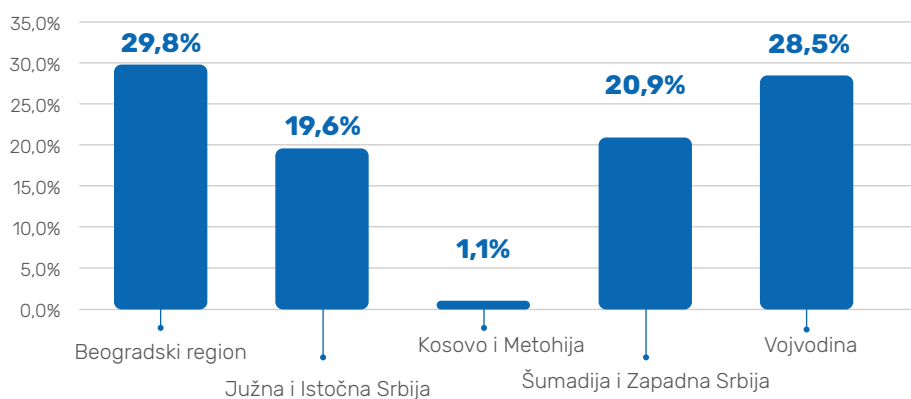
Prosečna starost učesnika u istraživanju bila je 46,2 godine (standardna devijacija, SD 11 godina); najveći broj učesnika (mod) su takođe imali 46 godina, a raspon starosti kretao se od 18 do 77 godina.

Polna struktura

U istraživanju je učestvovalo **83% žena** (ili 1400) i **17% muškaraca** (286), što približno odgovara i polnoj strukturi zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja i jeste bila u fokusu ovog istraživanja.

Geografska distribucija uzorka istraživanja

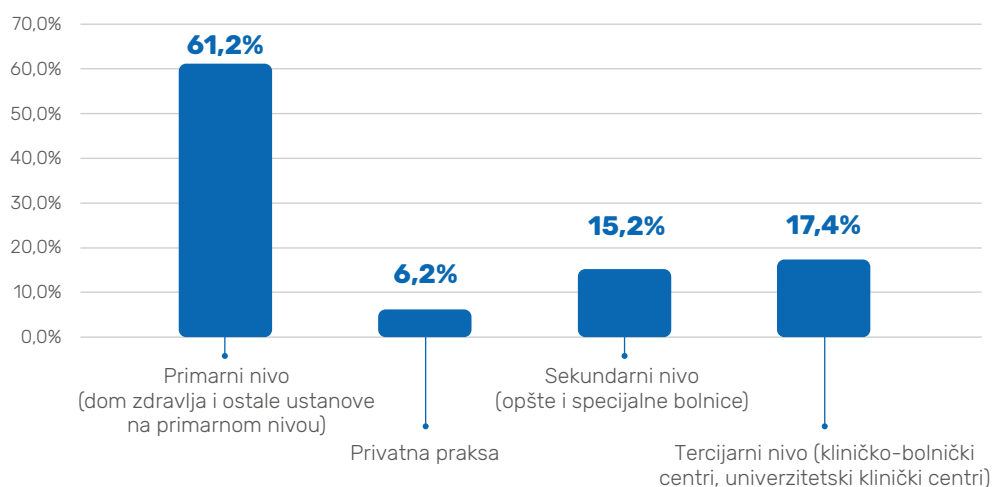
Skoro 30% zdravstvenih radnika je iz Beogradskog regiona, nešto manje (28,5%) je iz Vojvodine; skoro svaki peti učesnik iz istraživanja je iz Šumadije i Zapadne Srbije (20,9%) ili Južne i Istočne Srbije (19,6%), dok 19 zdravstvenih radnika (1,1%) navodi Kosovo i Metohiju¹⁴ (grafikon 1).



Grafikon 1. Geografska distribucija ispitanika

Profesionalni profil učesnika u istraživanju

U ustanovama zdravstvene zaštite na primarnom nivou zaposleno je 61,2% zdravstvenih radnika iz uzorka ili 1032 zdravstvena radnika; na sekundarnom nivou 15,2%, a na tercijarnom 17,4%. U privatnoj praksi bilo je zaposleno 6,2% (grafikon 2).



Grafikon 2. Distribucija ispitanika prema nivou zdravstvene zaštite

¹⁴ Sva pozivanja na Kosovo i Metohiju biće shvaćena u kontekstu Rezolucije 1244 Saveta bezbednosti OUN (1999).

U istraživanju je učestvovalo ukupno **61,4% lekara** (od čega najviše lekara specijalista, 38,5%; zatim lekara opšte medicine 14,2%, i 8,7% lekara na specijalizaciji), **34,8% medicinskih sestara/tehničara**, i **3,9% zdravstvenih saradnika**. Od zdravstvenih saradnika, najčešći profil bili su socijalni radnik (18/65 ili 27,7%) ili psiholog (15/65 ili 23,1%), i ostali profili (25/65 ili 38,5%)¹⁵ (tabele 1 i 2).

Tabela 1. Profesionalni profil svih učesnika u istraživanju

Profesionalni profil	n	%
Lekar na specijalizaciji	146	8,7
Lekar opšte medicine	240	14,2
Lekar specijalista	649	38,5
Medicinska sestra/tehničar (srednja, viša i visoka stručna sprema)	586	34,8
Zdravstveni saradnik	65	3,9

Tabela 2. Profesionalni profil

Profesionalni profil	n	%
Logoped/defektolog/specijalni pedagog	3	0,2
Psiholog /psihološkinja	15	0,9
Socijalni radnik/ca	18	1,1
Zdravstveni radnik – ostalo	25	1,5
Zdravstveni saradnik/ca u oblasti javnog zdravlja	4	0,2

U odnosu na ceo uzorak od 1686 učesnika, distribucija zaposlenih na primarnom nivou zdravstvene zaštite prema službi u kojoj su zaposleni pokazuje da je najviše njih zaposleno u Službi za zdravstvenu zaštitu odraslih stanovnika (518 ili 30,7%), zatim u Službi za zdravstvenu zaštitu predškolske/školske dece sa razvojnim savetovalištem/save-

¹⁵ Najverovatnije administrativno-tehničko osoblje, mada nije precizirano. S obzirom da oni nisu u direktnom kontaktu sa pacijentima, nisu bili u fokusu ovog istraživanja.

tovalištem za mlade (115 ili 6,8%), Službi hitne pomoći (76 ili 4,5%), Službi polivalentne patronaže (73 ili 4,3%), i Službi za zdravstvenu zaštitu žena (41 ili 2,4%) (tabela 3).

Tabela 3. Struktura zdravstvenih radnika prema službama na primarnom nivou zdravstvene zaštite

Služba u kojoj su zaposleni zdravstveni radnici angažovani na primarnom nivou zdravstvene zaštite	n	%
Opšta medicina (Služba za zdravstvenu zaštitu odraslih stanovnika)	518	30,7
Pedijatrija (Služba za zdravstvenu zaštitu predškolske/školske dece sa razvojnim savetovalištem/savetovalištem za mlade)	115	6,8
Služba hitne pomoći	76	4,5
Služba polivalentne patronaže	73	4,3
Specijalističko-konsultativna služba u domu zdravlja	54	3,2
Ginekologija (Služba za zdravstvenu zaštitu žena)	41	2,4
Medicina rada (Služba za zdravstvenu zaštitu radnika)	26	1,5
Služba kućnog lečenja i nege	17	1,0
Služba stomatološke zdravstvene zaštite	21	1,2
Služba za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju	4	0,2
Služba za laboratorijsku dijagnostiku	9	0,5
Služba za pravne i ekonomsko-finansijske poslove	2	0,1
Služba za rentgen i ultrazvučnu dijagnostiku	9	0,5
Drugo	67	4,0

Struktura zaposlenih u specijalističko-konsultativnim službama (54 ili 3,2%) ukazuje da je najveći broj zaposlenih, svaki treći (22/65 ili 33,8%) zaposlen u Službi za zaštitu mentalnog zdravlja (tabela 4).

Tabela 4. Struktura zdravstvenih radnika prema specijalističko-konsultativnim službama na primarnom nivou zdravstvene zaštite

Specijalističko-konsultativna služba u domu zdravlja	N	%
Interna medicina	9	0,5
Odeljenje zaštite mentalnog zdravlja (psihijatrija)	22	1,3
Oftalmologija	3	0,2
ORL	6	0,4
Socijalna medicina	4	0,2
Drugo	10	0,6

Kada je u pitanju odeljenje¹⁶ na kome su zaposleni na sekundarnom ili tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, najveći broj je označio „drugo“ (svaki deseti ili 11,3%), zatim odeljenje interne medicine (112 ili 6,6%), odeljenje hirurgije (66 ili 3,9%) i odeljenje psihijatrije (58 ili 3,4%) (tabela 5).

Tabela 5. Struktura zdravstvenih radnika prema službama na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite

Odeljenje/služba u kojoj su zaposleni ispitanici angažovani na sekundarnom ili tercijarnom nivou zdravstvene zaštite	n	%
Interna medicina	112	6,6
Hirurgija (opšta i ostale hirurške grane)	66	3,9
Psihijatrija	58	3,4
Ginekologija i akušerstvo	40	2,4
Dijagnostičke službe	54	3,2
Pedijatrija	22	1,3
Služba hitne pomoći	8	0,5
Drugo	190	11,3

16 Nekada je u pitanju i specijalna bolnica a ne odeljenje, pa je shodno tome i definisan profil zdravstvenih radnika.

IDEO: SAMOPROCENA PRIPREMLJENOSTI ZDRAVSTVENIH RADNIKA/RADNICA DA REAGUJU NA RODNO ZASNOVANO NASILJE

Uslovi na radu

Najveći procenat zdravstvenih radnika/ca (46,9%) na svom uobičajenom radnom mestu, na dnevnom nivou viđa više od 30 pacijenata/pacijentkinja, dok od 6 do 30 pacijenata/ca viđa 41,4% učesnika/ca ovog istraživanja (tabela 6).

Tabela 6. Prosečan broj pacijenata/pacijentkinja koje zdravstveni radnici viđaju na dnevnom nivou

Prosečan broj pacijenata/pacijentkinja koje zdravstveni radnici viđaju na dnevnom nivou	n	%
do 5	77	4,6
6–30	698	41,4
31–40	285	16,9
41–50	250	14,8
51–60	110	6,5
Više od 60	146	8,7
Ne radim sa pacijentima	120	7,1

Čak 30% zdravstvenih radnika je stepen zahtevnosti i opterećenja na svom svom radnom mestu i pre epidemije COVID-19 ocenilo najvišom ocenom 9 ili 10 (od maksimalnih 10); 23,7% opisuje ocenom 8/10; 25,9% ocenom 6 ili 7/10, dok 19,5% ocenama od 1 do 5 (tabela 7).

Tabela 7. Procena zahtevnosti posla i opterećenje na radnom mestu PRE epidemije COVID-19

Zahtevnost posla i opterećenje na radnom mestu PRE epidemije COVID-19	n	%
1 (najmanje opterećenje)	22	1,3
2	10	0,6

Zahtevnost posla i opterećenje na radnom mestu PRE epidemije COVID-19	n	%
3	34	2,0
4	42	2,5
5	237	14,1
6	144	8,5
7	293	17,4
8	399	23,7
9	241	14,3
10 (najveće opterećenje)	264	15,7

Prethodna edukacija o rodno zasnovanom nasilju

Kao izvor informisanja o rodno zasnovanom nasilju najveći procenat zdravstvenih radnika/ca (92,4%) navodi medije odnosno sredstva javnog informisanja, zatim čitanje literature (76,5%), kao i rad u praksi (69,1%). Svaki četvrti zdravstveni radnik/ca (26,8%) navode da su pohađali seminar o rodno zasnovanom nasilju, a skoro svaki treći zdravstveni radnik/ca (31,9%) da su se o rodno zasnovanom nasilju informisali na stručnim sastancima ili konferencijama (tabela 8).

Manje od polovine zdravstvenih radnika/ca navodi da se o rodno zasnovanom nasilju informisalo tokom redovnog školovanja (44,2%). Skoro polovina svih zdravstvenih radnika/ca (46,9%) je o rodno zasnovanom nasilju saznala i kroz iskustvo bliskih osoba, što potvrđuje dobro poznatu činjenicu da je rodno zasnovano nasilje veoma često, i da je praktično prisutno i u najbližem okruženju, čiji su svedoci, direktno ili indirektno, i sami zdravstveni radnici/ce kao deo opšte populacije.

Tabela 8. Osnovni izvori informisanja o rodno zasnovanom nasilju

Izvor informisanja o rodno zasnovanom nasilju	n	%
Preko medija	1558	92,4
Kroz iskustvo bliskih osoba	791	46,9
Čitanjem literature	1289	76,5

Izvor informisanja o rodno zasnovanom nasilju	n	%
Pohađanjem seminara o rodno zasnovanom nasilju	452	26,8
Na stručnim konferencijama, sastancima	538	31,9
Kroz rad u praksi	1165	69,1
Tokom redovnog školovanja (u srednjoj školi/na fakultetu)	745	44,2

Ovi podaci su konzistentni sa rezultatima odgovora na pitanje: „Da li ste do sada pohađali neko predavanje/obuku/seminar koji se odnosi na rodno zasnovano nasilje/nasilje u porodici/partnersko nasilje/nasilje prema ženama?“, gde **60% učesnika/ca istraživanja negira** dosadašnje učešće u takvim sadržajima. Skoro svaki četvrti zdravstveni radnik/ca (23,4%) je barem jednom prisustvovao takvim sadržajima, dok **16,1%** navodi da su učestvovali dva ili više puta (tabela 9).

Tabela 9. Iskustvo sa pohađanjem predavanja/obuke/seminara koji se odnose na rodno zasnovano nasilje/nasilje u porodici/partnersko nasilje/nasilje prema ženama

Pohađanje predavanja/obuke/seminara koji se odnose na rodno zasnovano nasilje/nasilje u porodici/partnersko nasilje/nasilje prema ženama	n	%
Da, jednom	394	23,4
Da, više puta (2–3 puta)	213	12,6
Da, mnogo puta (4 puta i više)	59	3,5
Ne	1020	60,5

Od onih koji su do sada učestvovali u edukacijama, više od dve trećine zdravstvenih radnika/ca (67,7%) je visoko vrednovala korisnost tih edukacija, ocenjujući ih sa ocenom 7, 8, 9 ili 10 od 10, pri čemu je više od jedne trećine (36,5%) dalo najviše ocene 9 ili 10 (243/666 tabela 10).

Tabela 10. Procena korisnosti edukacije za rad ispitanika u praksi

Procena korisnosti edukacija za rad u praksi	(N=666)	%
1	11	1,65
2	12	1,8
3	30	4,50
4	24	3,60
5	97	14,56
6	41	6,15
7	88	13,21
8	120	18,01
9	66	9,90
10	177	26,57

Samoprocena spremnosti za reagovanje na rodno zasnovano nasilje

Kada je u pitanju samoprocena spremnosti zdravstvenih radnika/ca **da prepoznaju** rodno zasnovano nasilje (RZN) u svom svakodnevnom radu, čak svaka peta osoba (20,6%) navodi da nije pripremljena, ili uopšte nije pripremljena za to (ocena 1 ili 2); svaka treća osoba (33%) svoju pripremljenost procenjuje sa ocenom 3/5, dok preostalih 46,4% samoprocenjuje svoju spremnost za prepoznavanje nasilja sa ocenama 4 ili 5/5 (tabela 11).

Tabela 11. Samoprocena znanja i spremnosti da se prepozna RZN u svakodnevnom radu

Samoprocena znanja i spremnosti da se prepozna RZN u svakodnevnom radu	n	%
1 (ne znam da prepoznam RZN)	119	7,1
2	228	13,5

Samoprocena znanja i spremnosti da se prepozna RZN u svakodnevnom radu	n	%
3	556	33,0
4	459	27,2
5 (znam da prepoznam RZN)	324	19,2

Samoprocena ličnog nivoa znanja o adekvatnom postupanju u slučaju rodno zasnovanog nasilja pokazuje još niže rezultate: čak 29% daje ocene 1 ili 2/5; 30,1% navodi ocenu 3/5, dok preostalih 41% navodi ocene 4 ili 5/5 (tabela 12).

Tabela 12. Samoprocena spremnosti da se postupi u slučaju RZN

Samoprocena spremnosti da se postupi u slučaju RZN	n	%
1 (ne znam da adekvatno postupim)	192	11,4
2	297	17,6
3	507	30,1
4	389	23,1
5 (znam adekvatno da postupim)	301	17,9

Kada je u pitanju nivo prioriteta koji se u svakodnevnom radu pridaje rodno zasnovanom nasilju, skoro svaki četvrti zdravstveni radnik/ca (24,6%) su naveli da je to najviši mogući nivo prioriteta (ocena 10/10), što zajedno sa nivoom prioriteta 9/10 čini **35,7%** zdravstvenih radnika/ca koji daju visok nivo prioriteta ovom problemu (tabela 13). Međutim, zabrinjavajuće je da identičan procenat zdravstvenih radnika/ca (35,7%) označava da RZN ima nizak prioritet u njihovom radu (ocene od 1 do 5/10), iako bi ovaj podatak trebalo dovesti u vezu sa prirodom njihovom radnog mesta i službe u kojoj su zaposleni (postojanje direktnog kontakta sa pacijentima/pacijentkinjama ili ne), kako bi se bliže sagledala mogućnost i prilika da se RZN zaista i identifikuje u njihovoj praksi. No, s obzirom na visoku učestalost ovog fenomena, sasvim je sigurno da među populacijom pacijentkinja neka od njih može da bude izložena akutnom ili hroničnom nasilju.

Tabela 13. Procena prioriteta koji RZN ima u radu ispitanika

Prioritet koji RZN ima u radu zdravstvenih radnika	n	%
1 (najmanji mogući prioritet)	73	4,3
2	56	3,3
3	99	5,9
4	86	5,1
5	288	17,1
6	102	6,0
7	173	10,3
8	207	12,3
9	187	11,1
10 (najviši mogući nivo prioriteta)	415	24,6

Uticaj epidemije COVID-19 na rodno zasnovano nasilje

Globalna epidemija bolesti COVID-19 predstavlja izuzetno veliki izazov sa kojim se suočilo celo čovečanstvo i sve strukture u društvu, a najveći profesionalni teret su podneli zdravstveni radnici i radnice, koji su bili „na prvoj liniji fronta” u borbi sa ovom opakom bolešću. U ovom istraživanju, **59,3%** zdravstvenih radnika/ca je stepen zahtevnosti i opterećenje na radnom mestu tokom epidemije bolesti COVID-19 procenilo sa najvišim ocenama – devet ili deset, što je skoro dupli porast u odnosu na stepen samoprocene opterećenja u redovnim radnim uslovima (30%). Radno opterećenje od 1 do 5/10 navelo je 11,7%, što je niže od iste u redovnom režimu (tabela 14).

Tabela 14. Procena zahtevnosti posla i opterećenja na radnom mestu TOKOM epidemije COVID-19

Zahtevnost posla i opterećenje na radnom mestu TOKOM epidemije COVID-19	n	%
1 (najmanje opterećenje)	16	,9
2	18	1,1
3	25	1,5

Zahtevnost posla i opterećenje na radnom mestu TOKOM epidemije COVID-19

	n	%
4	22	1,3
5	116	6,9
6	81	4,8
7	145	8,6
8	264	15,7
9	350	20,8
10 (najveće opterećenje)	649	38,5

Nešto više od jedne trećine ispitanika/ca je navelo da nije bilo angažovano u kovid ambulantom odnosno u stacionarnim ustanovama gde su lečeni isključivo pacijenti oboleli od COVID-19, dok je svaki četvrti ispitanik/ca naveo/la da su mnogo puta, gotovo stalno, radili u ovim uslovima (tabela 15).

Tabela 15. Angažovanje zdravstvenih radnika/ca u kovid ambulantom ili na odeljenjima gde se leče isključivo pacijenti/pacijentkinje oboleli od COVID-19

Rad u kovid ambulantom ili na odeljenjima gde se leče isključivo pacijenti oboleli od COVID-19

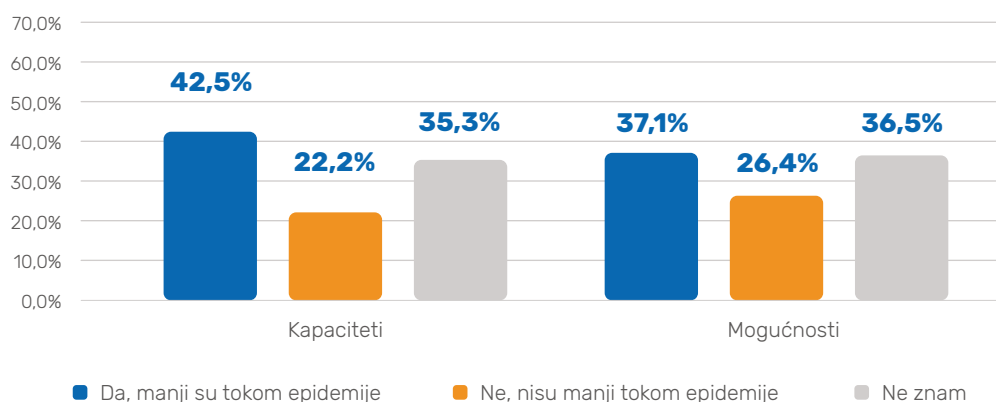
	n	%
Da, jednom	90	5,3
Da, mnogo puta/skoro stalno	425	25,2
Da, nekoliko puta/u više navrata	550	32,6
Ne	621	36,8

Na pitanje o uticaju epidemije COVID-19 na učestalost i intenzitet rodno zasnovanog nasilja u društvu uopšte, većina zdravstvenih radnika/ca (44,4%) procenjuje da se nasilje povećalo tokom trajanja epidemije ili da je ostalo isto (22,8%), trećina nema formirano mišljenje (31,8%), dok najmanji broj ispitanika/ca smatra da se nasilje smanjilo tokom epidemije (1,0%) (tabela 16).

Tabela 16. Procena uticaja epidemije COVID-19 na učestalost i intenzitet rodno zasnovanog nasilja u društvu uopšte

Uticaj epidemije COVID-19 na učestalost i intenzitet rodno zasnovanog nasilja u društvu uopšte	n	%
Nasilje je ostalo isto kao i pre epidemije COVID-19	385	22,8
Nasilje se povećalo tokom epidemije COVID-19	748	44,4
Nasilje se smanjilo tokom epidemije COVID-19	17	1,0
Ne znam	536	31,8

Na pitanje o kapacitetima¹⁷ i mogućnostima¹⁸ zdravstvenih radnika/ca da prepoznaju i reaguju na rodno zasnovano nasilje, zdravstveni radnici/ce su se većinski izjasnili da su i kapaciteti i mogućnosti manji tokom epidemije COVID-19 (grafikon 3).



Grafikon 3. Stavovi zdravstvenih radnika/ca o kapacitetima i mogućnostima da prepoznaju i reaguju na RZN tokom epidemije COVID-19

Stavovi prema skriningu na rodno zasnovano nasilje

Kada je u pitanju lični nivo komfora da sa pacijentkinjama razgovaraju o izloženosti rodno zasnovanom nasilju, 27,2% ispitanika/ca je navelo da se ne oseća komforno odnosno pripremljeno da o tome razgovara (procena 1–2/5), što zajedno sa 33,6%

17 Kapacitet – uslovi na radnom mestu koji vladaju tokom epidemije COVID-19 da se uopšte bavite i obratite pažnju na nasilje.

18 Mogućnost – sve ono što nam stoji na raspolaganju kao dodatna pomoć i podrška u reagovanju na rodno zasnovano nasilje.

zdravstvenih radnika/ca koji su dali neutralnu ocenu „3” čini 60,8% zdravstvenih radnika/ca koji osećaju nelagodu u vezi sa ovom temom (tabela 17).

Tabela 17. Lični nivo komfora da se sa pacijentkinjom razgovara o izloženosti rodno zasnovanom nasilju

Lični nivo komfora da se sa pacijentkinjom razgovara o izloženosti rodno zasnovanom nasilju	n	%
1 (nisam pripremljen/na uopšte)	203	12,0
2	257	15,2
3	566	33,6
4	345	20,5
5 (u potpunosti sam pripremljen/pripremljena)	315	18,7

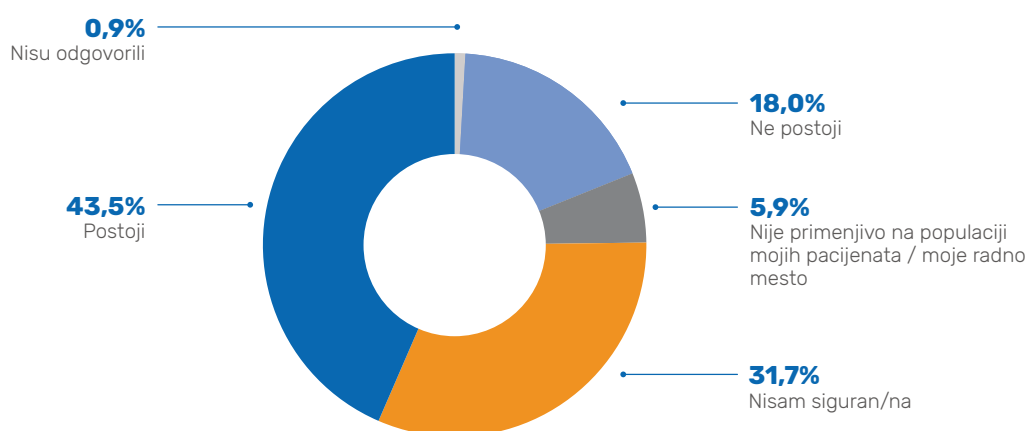
Kada su u pitanju stavovi zdravstvenih radnika/ca o različitim aspektima izloženosti rodno zasnovanom nasilju, važno je naglasiti da se najveći procenat (47,9%) slaže sa time da je korisno upitati svaku pacijentkinju o izloženosti nasilju (ocene 4–5/5). S druge strane, manji procenat (36,6%) smatra da nije izvodljivo upitati svaku pacijentkinju o izloženosti nasilju (ocene 1–2/5), a kada govorimo o uslovima da se svaka pacijentkinja pita o izloženosti nasilju (skrining), mišljenja su takođe podeljena: 42,8% se ne slaže sa tvrdnjom da u našoj sredini postoje uslovi za to (ocene 1–2/5), dok 29% ispitanika smatra suprotno (ocene 4–5/5) (tabela 18).

Tabela 18. Stavovi o različitim aspektima komunikacije o izloženosti rodno zasnovanom nasilju

	1 (uopšte se ne slažem)	2	3	4	5 (u potpunosti se slažem)
Korisno je upitati svaku pacijentkinju o izloženosti nasilju (skrining)	8,7%	15,4%	27,9%	15,2%	32,7%
Izvodljivo je upitati svaku pacijentkinju o izloženosti nasilju	14,8%	21,8%	31,0%	14,9%	17,6%
U našoj sredini ima uslova da svaku pacijentkinju pitamo o izloženosti nasilju	20,9%	21,9%	28,2%	12,7%	16,3%

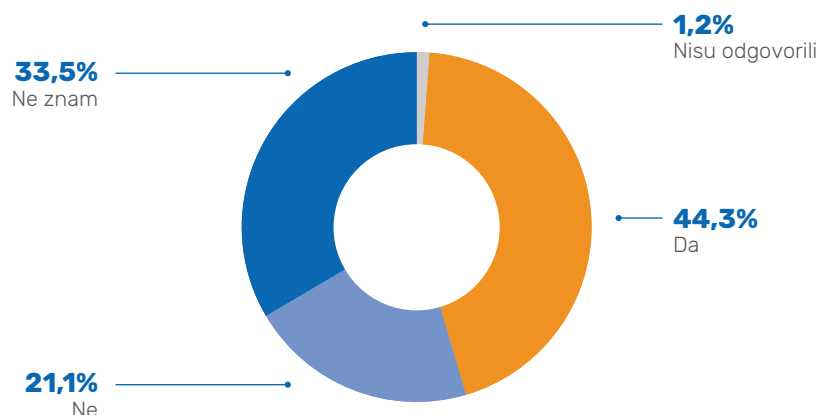
Upoznatost sa protokolom za postupanje i principima dobre prakse

U narednom delu biće prikazani rezultati istraživanja koji se odnose na prakse, odnosno na prepoznavanje i reagovanje zdravstvenih radnika/ca na rodno zasnovano nasilje. Na pitanje da li u kliničkoj praksi postoje protokoli odnosno pisana uputstva za postupanje sa odraslima koji su žrtve rodno zasnovanog nasilja, 43,5% ispitanika/ca je potvrdno odgovorilo, dok je blizu jedne petine ispitanika/ca (18%) navelo da ne postoji (grafikon 4).



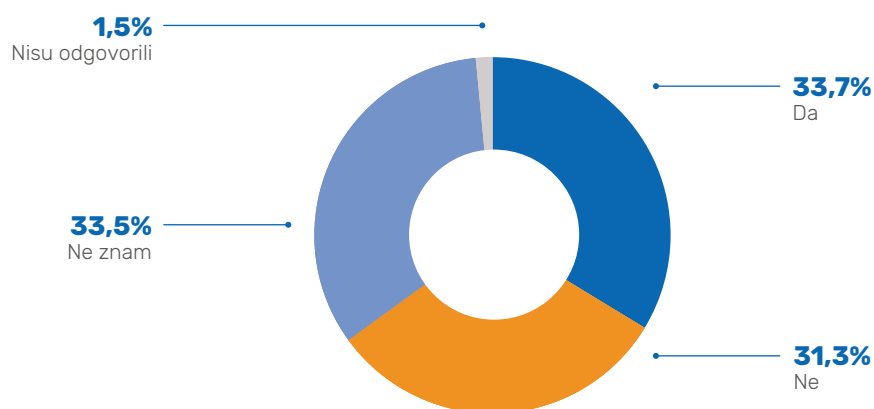
Grafikon 4. Postojanje protokola (tj. pisanog uputstva) za postupanje sa odraslima koji su žrtve rodno zasnovanog nasilja

Vrlo sličan obrazac raspodele frekvencija se uočava i u odnosu na pitanje: „Da li se u vašoj ustanovi vodi interna evidencija o slučajevima rodno zasnovanog nasilja (nezavisno od elektronskog kartona)?“, gde 44,3% ispitanika navodi da se vodi evidencija, a 21% da se ne vodi evidencija. Ono što je zabrinjavajuće jeste podatak da jedna trećina ispitanika, 33,5%, ne zna da li se vodi interna evidencija o slučajevima rodno zasnovanog nasilja (grafikon 5).

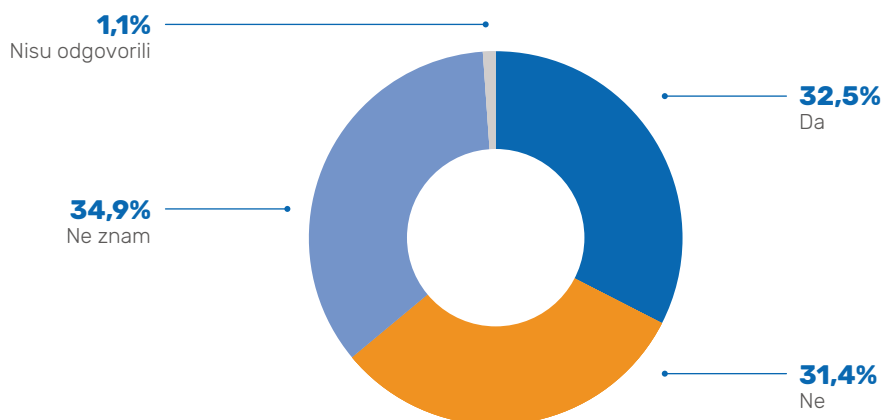


Grafikon 5. Vođenje interne evidencije o prijavama sumnji na rodno zasnovano nasilje (nezavisno od elektronskog kartona)

Trećina ispitanika/ca navodi da u njihovoj ustanovi postoji Tim za zaštitu i zbrinjavanje žena koje su izložene nasilju, dok skoro isto toliko ne zna da li postoji, a nešto manji procenat (31,3%) eksplicitno negira (grafikon 6). Kada je u pitanju Tim za zaštitu i zbrinjavanje dece koja su izložena nasilju uočava se gotovo isti obrazac distribucije frekvencija gde skoro trećina navodi da postoji, trećina da ne postoji i trećina nije sigurna da li ovakvo telo postoji u okviru ustanove u kojoj su zaposleni (grafikon 7).



Grafikon 6. Postojanje Tima za zaštitu i zbrinjavanje žena koje su izložene nasilju u ustanovi u kojoj je ispitanik zaposlen



Grafikon 7. Postojanje Tima za zaštitu i zbrinjavanje dece koja su izložena nasilju u ustanovi u kojoj je ispitanik zaposlen

Na pitanje o poznavanju principa dobre prakse i procedure u vezi sa reagovanjem na rodno zasnovano nasilje, 38,4% zdravstvenih radnika/ca navodi da ne poznaje principe i procedure, dok nešto više od trećine (34,6%) navodi da su upoznati sa principima dobre prakse i procedurom za reagovanje (tabela 19).

Tabela 19. Poznavanje principa dobre prakse i procedure u vezi sa reagovanjem na rodno zasnovano nasilje, na skali od 1 (uopšte ne poznajem principe dobre prakse i procedure) do 5 (u potpunosti sam upoznat/a sa principima dobre prakse i procedurama)

Poznavanje principa dobre prakse i procedure u vezi sa reagovanjem na rodno zasnovano nasilje	n	%
1 (uopšte ne poznajem principe dobre prakse i procedure)	419	24,9
2	227	13,5
3	426	25,3
4	282	16,7
5 (u potpunosti sam upoznat/a sa principima dobre prakse i procedurama)	302	17,9
Nisu odgovorili	30	1,8

Među ispitanicima/cama koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, najveći procenat ispitanika/ca, 48,5% navodi da zna da u šifrniku usluga postoji usluga „Zbrinjavanje osobe izložene nasilju”,¹⁹ nešto manje ne zna da li ovakva usluga postoji, a svega 9,6% navodi da ne postoji (tabela 20). S druge strane, među zdravstvenim radnicima koji su zaposleni na sekundarnom ili tercijarnom nivou zdravstvene zaštite i koji u okviru svog posla unose šifre bolesti, 36,1% zna koja je šifra iz MKB koja se odnosi na zlostavljanje dok 63,9% ne zna.

Tabela 20. Informisanost o postojanju usluge „Zbrinjavanje osobe izložene nasilju” među zdravstvenim radnicima/radnicama zaposlenim u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

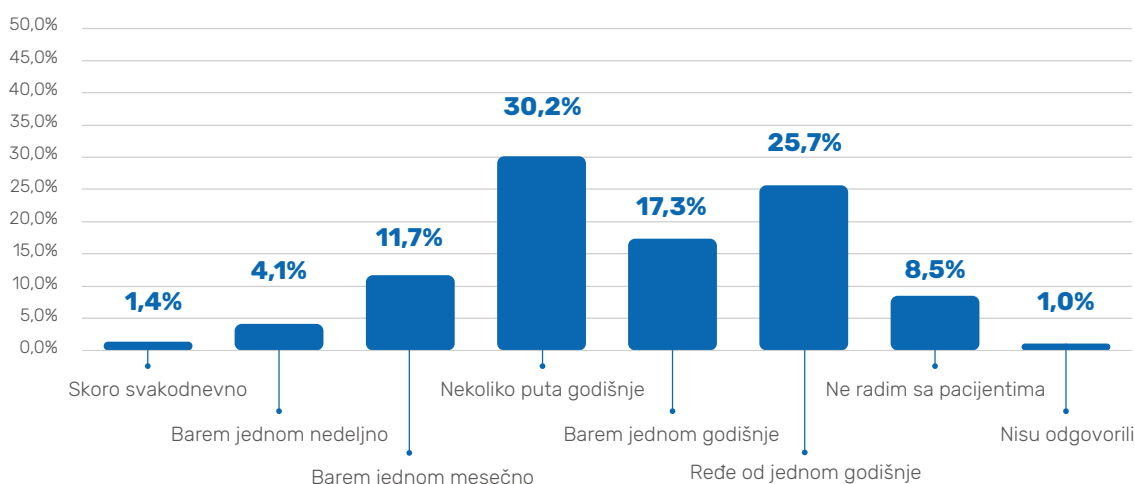
Informisanost o postojanju usluge „Zbrinjavanje osobe izložene nasilju”	n	%
Da, postoji	536	48,5
Ne znam	463	41,9
Ne postoji	106	9,6

¹⁹ Pravilnik o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Službeni glasnik RS”, br. 70/2019, 42/2020 i 74/2021. Član 4, Preventive, dijagnostičke i terapijske usluge, redni broj 72. „Zbrinjavanje osobe izložene nasilju”.

II DEO: PRAKSE – PREPOZNAVANJE I REAGOVANJE NA RODNO ZASNOVANO NASILJE

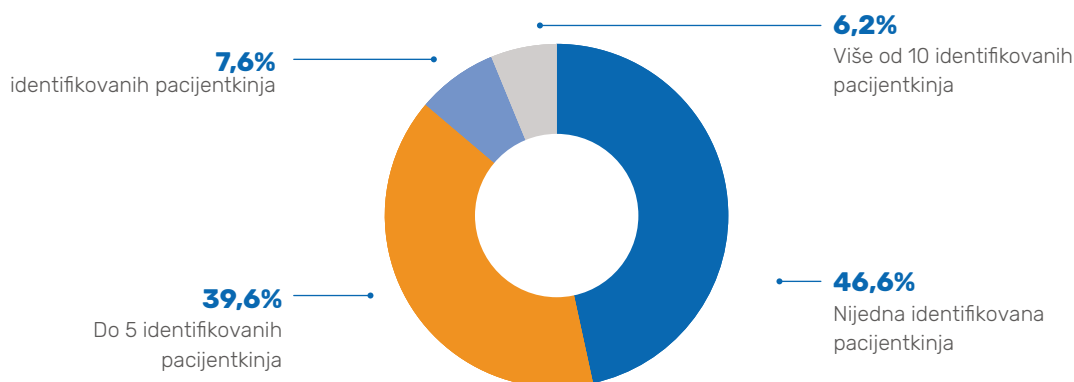
Učestalost identifikovanja rodno zasnovanog nasilja u praksi

Najveći procenat zdravstvenih radnika (30,2%) je u situaciji da identifikuje rodno zasnovano nasilje u praksi nekoliko puta godišnje, 17,3% barem jednom godišnje, dok je četvrtina ispitanika (25,7%) ređe od jednom godišnje u situaciji da identifikuje rodno zasnovano nasilje (grafikon 8).



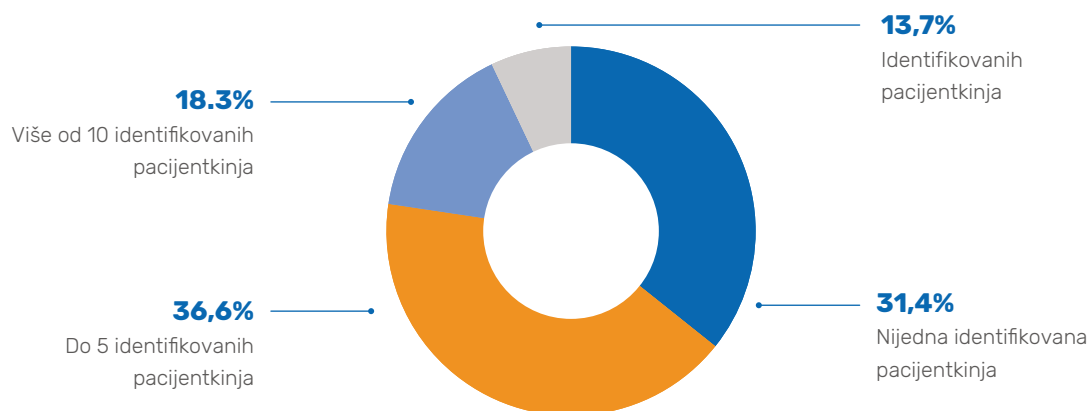
Grafikon 8. Učestalost identifikovanja rodno zasnovanog nasilja u praksi

Tokom prethodne godine, među zdravstvenim radnicima/radnicama koji rade sa pacijentima, 39,6% je identifikovalo do pet pacijentkinja koje su bile izložene RZN, 7,6% je identifikovalo između šest i 10 pacijentkinja, dok je 6,2% bilo u situaciji da identifikuje više od 10 pacijentkinja izloženih RZN (grafikon 9).



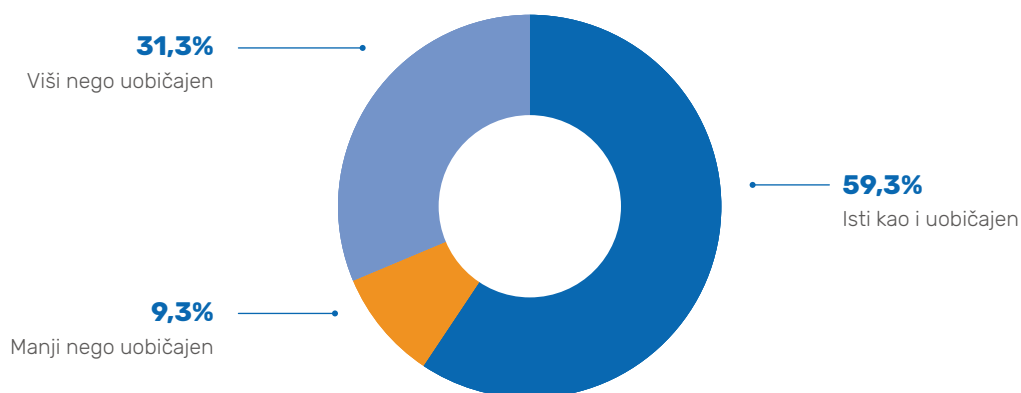
Grafikon 9. Učestalost identifikacije pacijentkinja izloženih RZN tokom prethodne godine

Tokom poslednjih pet godina, 36,6% ispitanika je identifikovalo do pet pacijentkinja koje su bile izložene rodno zasnovanom nasilju; 13,7% je identifikovalo između šest i 10 pacijentkinja, dok je 18,3% bilo u situaciji da identifikuje više od 10 pacijentkinja izloženih rodno zasnovanom nasilju (grafikon 10).



Grafikon 10. Učestalost identifikacije pacijentkinja izloženih rodno zasnovanom nasilju tokom prethodnih pet godina

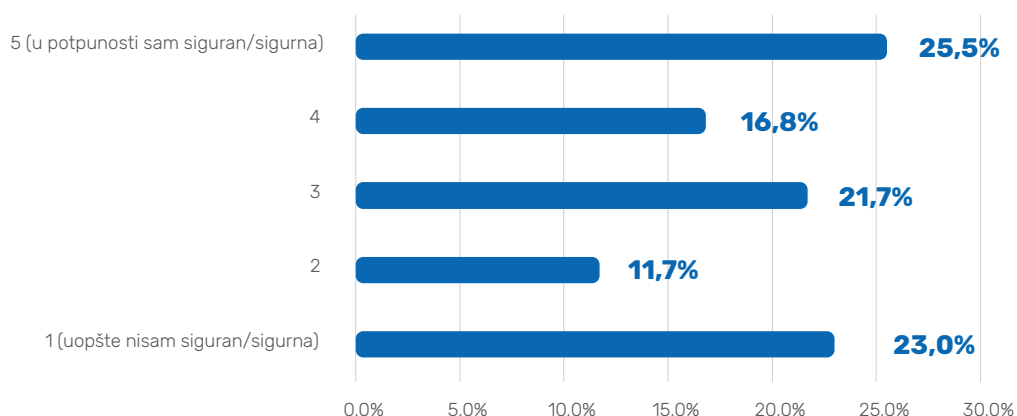
Poredeći period tokom i pre epidemije COVID-19, zdravstveni radnici/ce koji rade sa pacijentima su se izjašnjavali o tome da li je broj identifikovanih pacijentkinja sa iskustvom nasilja bio isti, manji ili veći nego uobičajen. Većina ispitanika (59,3%) smatra da se broj pacijentkinja tokom i pre epidemije COVID-19 nije značajno promenio, dok 31,3% smatra da je ovaj broj veći nego uobičajen. Svega 9,3% ispitanika procenjuje da je broj pacijentkinja koje su bile izložene RZN manji tokom epidemije u odnosu na ranije (grafikon 11).



Grafikon 11. Procena zdravstvenih radnika o broju pacijentkinja koje su bile izložene RZN tokom epidemije COVID-19 u odnosu na period pre epidemije

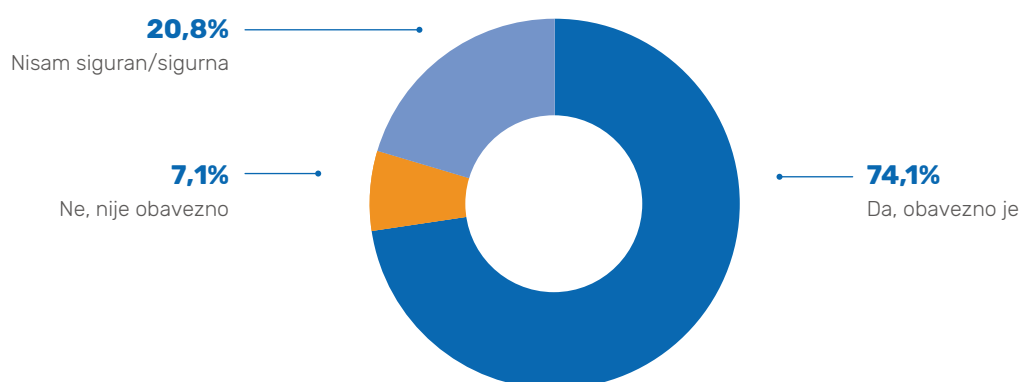
Samoprocena znanja i sigurnosti u kojoj meri su zdravstveni radnici/ce sigurni kome i na koji način prijavljuju identifikovane slučajeve rodno zasnovanog nasilja prikazana je na grafikonu 12. Uočava se da 34,7% nije sigurno ili uopšte nije sigurno u to da zna

(ocena 1–2/5), dok 42,3% ispitanika/ca navode da je sigurno da poznaje postupak i proceduru prijave sumnje na nasilje (ocena 4–5/5) (grafikon 12).



Grafikon 12. Samoprocena znanja i sigurnosti o tome kome i na koji način se prijavljuje sumnja na slučaj rodno zasnovanog nasilja

Na pitanje da li je obavezno da se prijave slučajevi rodno zasnovanog nasilja koje zdravstveni radnici identifikuju kod odraslih osoba, 74,1% je odgovorilo potvrdno, 5,1% negativno, dok čak 20,8% nije bilo sigurno (grafikon 13).



Grafikon 13. Obaveza prijavljivanja slučajeva rodno zasnovanog nasilja koje se identifikuje kod odraslih osoba među zdravstvenim radnicima koji rade sa pacijentima

Dobre prakse

Dobre prakse u procesu identifikovanja i reagovanja na rodno zasnovano nasilje u kliničkom radu sa pacijentima sastoje se od nekoliko stavki koje su predočene u tabeli 21. Zdravstveni radnici/ce u ovom istraživanju su se izjašnjavali o tome koliko su često (nikada, ponekada, često) u prilici da ih primenjuju u svom radu. Važno je napomenuti da za neke profile zdravstvenih radnika/ce nisu relevantne sve navedene stavke, i u tom slučaju zdravstveni radnici/ce su navodili odgovor „nije primenjivo u mojoj praksi“, a pojedini zdravstveni radnici/ce su jednostavno i preskakali odgovor na ovo pitanje (kolona „nedostaje odgovor“).

Uspostavljanje komunikacije o rodno zasnovanom nasilju (tabela 21, redovi a, b, c). Nešto više od jedne trećine zdravstvenih radnika/ca (35,1%) nikada nije samoinicijativno povelu razgovor o rodno zasnovanom nasilju sa pacijentkinjama, bez nekog posebnog povoda, dok je to ponekada ili često uradilo 47,7% ispitanika. Međutim, kada je u pitanju sumnja na nasilje, rezultati su drugačiji: u slučaju da postoji sumnja na izloženost nasilju (72,2% je potvrdilo da je ponekada ili često imalo sumnju na nasilje), najveći broj zdravstvenih radnika/ca (ukupno 66,3%) je stupilo u razgovor o tome. Ovakav rezultat reagovanja (otpočinjanje razgovora) u više od 90%²⁰ slučajeva sumnji na nasilje je konzistentan i sa nalazima iz kvalitativnog istraživanja, koji su ukazali na praksu prioritarnog rešavanja tj. zbrinjavanja slučajeva rodno zasnovanog nasilja.

Usmena povratna reakcija na iskustvo sa nasiljem kod pacijenata (tabela 21, redovi d, e, f, h, l). U najvećem broju slučajeva, preko 80%, zdravstveni radnici/ce su usmeno osudili svaki vid nasilja (od čega „često“ 59,4%) i iskazali razumevanje i podršku žrtvi nasilja (od čega „često“ 65%). U nešto manjem procentu (69%) su razgovarali sa žrtvom o njenoj bezbednosti (od čega „često“ 38,5%). Nešto više od polovine zdravstvenih radnika/ca (53,9%) je dalo upute i informacije o izvorima podrške za žrtve nasilja (od čega „često“ svaki četvrti zdravstveni radnik/ce, ili 26%, ali isto tako, skoro svaki četvrti ili 24,4% nije nikada). Ovaj rezultat je takođe u skladu sa nalazima iz kvalitativnog istraživanja, i ukazuje na to da resursi u zajednici ne postoje i/ili nisu funkcionalni, ili da sektori nisu uvezani na adekvatan način. Kontaktiranje nadležnih službi (policija, centar za socijalni rad, sigurna kuća) je bilo navedeno nešto ređe, u 46,1% slučajeva (od čega „često“ u čak 25,6% slučajeva, slično kao i kada je u pitanju davanje informacija o izvorima podrške, što ponovo potvrđuje da je multisektorska saradnja prisutna tek u svakom četvrtom slučaju). Skoro 30% zdravstvenih radnika/ca (29%) nikada nije kontaktiralo nadležne službe.

Evidentiranje iskustva sa nasiljem (tabela 21, redovi g, i, j, k). Uprkos tome što su prepoznavali i usmeno reagovali na nasilje u preko 80% slučajeva, evidentiranje pružene usluge „Zbrinjavanje osobe izložene nasilju“ je ponekada ili često izvršio tek

20 $66,3\% / 72,2\% = 91,8$

svaki treći zdravstveni radnik/ca (33,1%), dok 39,1% nije nikada. Nešto veći procenat zdravstvenih radnika/ca (42,3%) je potvrdilo da ponekada ili često u zdravstveni karton upisuju nalaz i izjave o preživljenom nasilju, dok barem svaki četvrti zdravstveni radnik/ca (27,2%) nije nikada.

Dokumentovanje povreda u mapu tela je ponekada ili često izvršila trećina zdravstvenih radnika/ce (33,5%), dok skoro isto toliko (34,8%) to nije uradilo nikada. Fotografisanje povreda je bila najređa praksa zdravstvenih radnika/ca: ponekada ili često je to radilo 10,4% njih, dok 34,8% nije nikada.

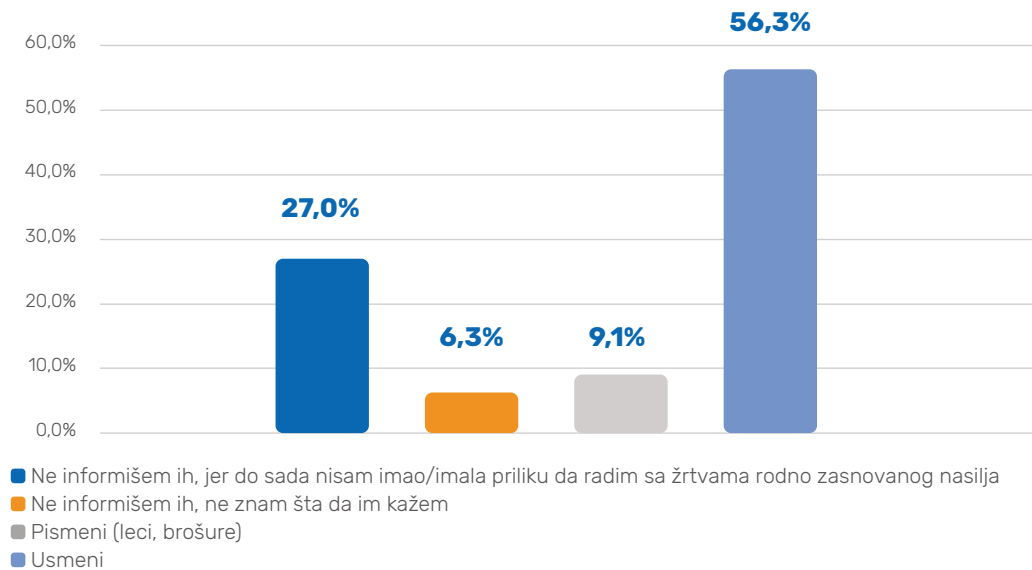
Tabela 21. Učestalosti određenih praksi koje se odnose na RZN među zdravstvenim radnicima

Koliko ste često u svojoj praksi...	NIKADA (%)	PONEKADA (%)	ČESTO (%)	n.a. (nije primenjivo na moj rad u praksi) (%)	Nedostaje odgovor (%)
a. Samoinicijativno povel razgovor o rodno zasnovanom nasilju sa pacijentkinjama, bez nekog posebnog povoda	35,1	41,2	6,5	16,5	0,7
b. Posumnjali da je pacijentkinja bila izložena rodno zasnovanom nasilju, iako to ona nije navela	13,7	60,6	11,6	13,3	0,9
c. U slučaju da ste posumnjali na nasilje, da li ste samoinicijativno upitali pacijentkinju o tome, na adekvatan način	16,5	36,9	29,4	16,1	1,2
d. Usmeno osudili svaki vid nasilja	7,3	20,8	59,4	11,4	1,1
e. Iskazali razumevanje i podršku žrtvi nasilja	4,6	15,8	65,0	13,2	1,4
f. Razgovarali sa žrtvom o njenoj bezbednosti	13,0	30,5	38,5	16,8	1,2

Koliko ste često u svojoj praksi...	NIKADA (%)	PONEKADA (%)	ČESTO (%)	n.a. (nije primenjivo na moj rad u praksi) (%)	Nedostaje odgovor (%)
g. Evidentirali pruženu uslugu „Zbrinjavanje osobe izložene nasilju“ u zdravstvenom informacionom sistemu	39,1	18,7	14,4	26,4	1,5
h. Dali upute i informacije o izvorima podrške za žrtve nasilja	24,4	27,9	26,0	20,4	1,2
i. Upisali pacijentkinjine izjave o preživljenom nasilju u zdravstveni karton	27,2	17,9	24,4	29,3	1,2
j. Koristili mapu tela kako biste dokumentovali povrede pacijentkinje	34,8	14,8	18,7	30,4	1,3
k. Fotografisali povrede pacijentkinje	57,8	6,8	3,6	30,2	1,6
l. Kontaktirali nadležne službe (policija, centar za socijalni rad, sigurna kuća)	29,0	20,5	25,6	23,4	1,4

Dostupnost štampanog materijala o rodno zasnovanom nasilju

U nastavku će biti dati opis o dostupnosti i korišćenju štampanih materijala o rodno zasnovanom nasilju. Zdravstveni radnici/ce najčešće usmenim putem (56,3% ispitanika/ce) informišu pacijentkinje koje su izložene rodno zasnovanom nasilju o dodatnim izvorima podrške (grafikon 14).



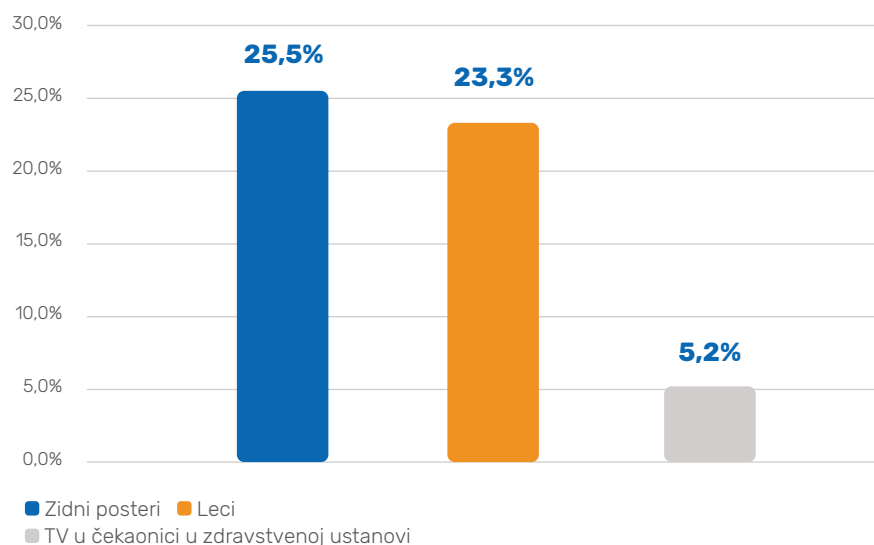
Grafikon 14. Dominantan način na koji zdravstveni radnici/ce informišu pacijentkinje koje su izložene rodno zasnovanom nasilju o dodatnim izvorima podrške

Više od polovine zdravstvenih radnika/ca (52,8%) je navelo da u ustanovi u kojoj su zaposleni ne postoje pisani informativni sadržaji u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem, dok su u 30,4% ustanova ovakvi sadržaji prisutni, i to češće u čekaonicama (25,9%) nego u ordinacijama (18,1%) (tabela 22).

Tabela 22. Postojanje informativnih sadržaja u vezi sa RZN u zdravstvenim ustanovama

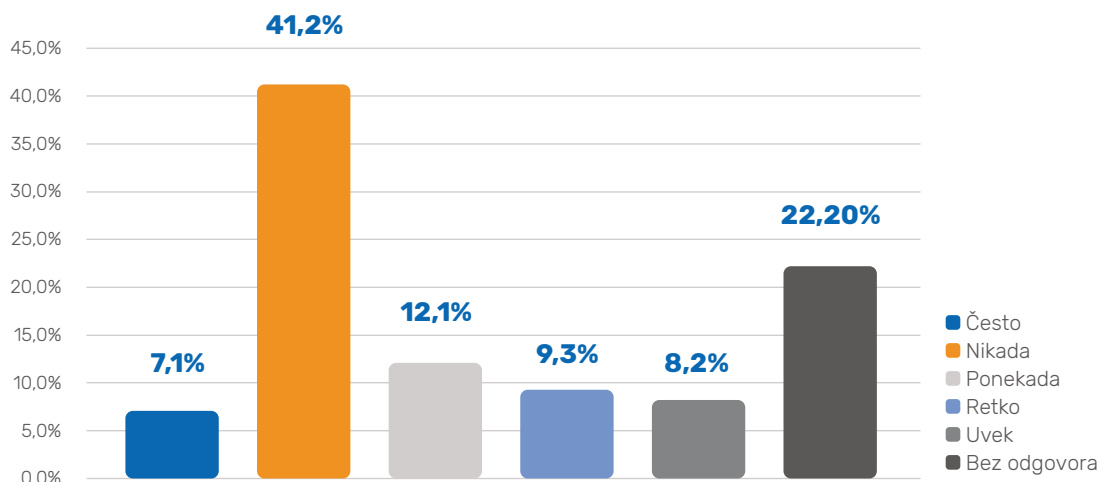
Da li u zdravstvenoj ustanovi u kojoj ispitanik radi postoje informativni sadržaji u vezi sa RZN?	n	%
Postoje	513	30,4
U čekaonici	436	25,9
U ordinaciji	306	18,1
Ne postoje	891	52,8
Nije primenjivo na moje radno mesto	258	15,3

U ustanovama u kojima postoje informativni materijali u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem, oni su najčešće u formi zidnih postera (25,5%), letaka (23,3%) i sadržaja koji se prikazuju na televizoru u čekaonici (5,2%).



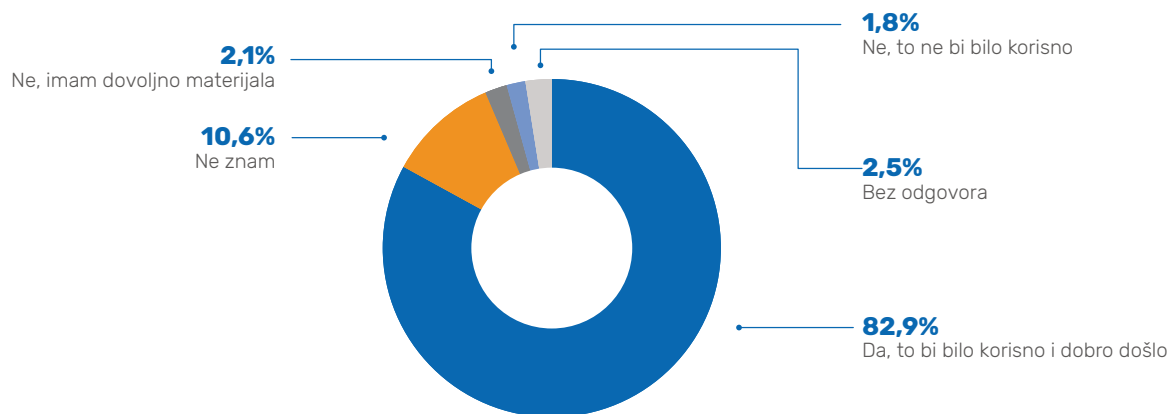
Grafikon 15. Najčešće prisutne vrste informativnog materijala u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem koje se nalaze u zdravstvenim ustanovama (čekaonici i ordinaciji)

Čak i onda kada u zdravstvenim ustanovama postoje promotivni materijali koji se odnose na rodno zasnovano nasilje i kada zdravstvenih radnik/ca poseduje ove materijale, veliki je procenat zdravstvenih radnika/ca koji nikada nisu ove materijale uručili pacijentkinjama (41,2%) za koje su sumnjali ili se potvrdilo da su imale iskustva sa rodno zasnovanim nasiljem (grafikon 16).



Grafikon 16. Ukoliko imate štampani informativni materijal u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem (brošure, leci), da li ga dajete pacijentkinjama koje su potvrdile (ili za koje sumnjate) da su imale iskustvo sa rodno zasnovanim nasiljem?

Na pitanje da li zdravstveni radnici/ce smatraju da bi trebalo da imaju više štampanog informativnog materijala sa sadržajima u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem (leci, brošure, poster i slično), čak 82,9% je odgovorilo da bi to bilo korisno i dobro došlo (grafikon 17).



Grafikon 17. Procena zdravstvenih radnika/ce da li je potrebno više štampanog materijala sa sadržajima u vezi sa RZN

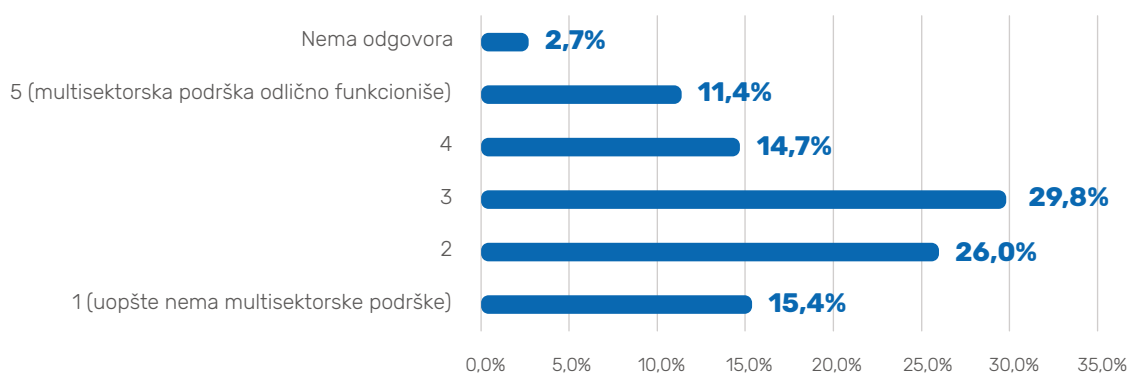
Učesnici u istraživanju su imali priliku da, ukoliko žele, napišu svoje komentare o dostupnosti i relevantnosti štampanog informativnog materijala u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem, i izvestan broj njih je to i učinio. Sadržaj njihovih komentara je često prevazilazio gore navedenu temu, i obuhvatao je iskazivanje različitih mišljenja, opažanja, iskustava i praksi u vezi sa fenomenom nasilja uopšte, u porodici, društvu, kao i na radnom mestu. Iako su već imali priliku (u prethodnom „zatvorenom” pitanju) da se izjasne o tome da li bi želeli da imaju više pisanih informacija o rodno zasnovanom nasilju, neki od njih su to i dodatno naglasili, navodeći da bi im takvi materijali dobro došli. Bilo je i komentara u kojima su navodili da smatraju da se pojedine žene plaše da zadrže taj materijal i da ga donesu kući. Takođe, navodeno je da zdravstveni radnici/ce koji rade sa porodicom, na terenu, nemaju dovoljno privatnosti i uslova da ostanu sami sa ženom i da joj ostave letke, kao i da je tema isuviše delikatna i da se ne osećaju dovoljno bezbedno i sigurno da se njome bave.

Interesantan komentar je ostavio jedan zdravstveni radnik, navodeći da bi bilo praktično da sve informacije poseduje kao objedinjene, onlajn u računaru ili na Internetu, i da ih po potrebi štampa i daje pacijentima:

„Iskreno bih više voleo da imam internet stranicu za pristup i evidentiranje nasilja, sa kompletnim smernicama i brošurama koje mogu da štampam po potrebi i delim žrtvama nasilja, nego da imam hrpu papira bilo gde smeštenu, koja bi samo zauzimala mesto i koja bi na kraju bila odložena negde i kasnije možda i bačena jer nepotrebno stoji i zauzima prostor”.

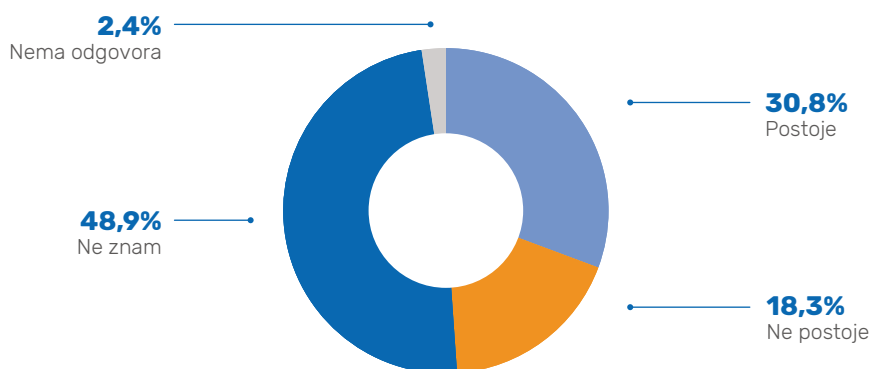
Saradnja sa drugim sektorima i organizacijama u zajednici

Saradnja sa drugim sektorima i organizacijama u zajednici od ključne je važnosti kako bi se problem rodno zasnovanog nasilja rešavao efikasno, i kratkoročno i dugoročno. Zdravstveni radnici su bili upitani da procene u kojoj meri je prisutna i kakav je kvalitet multisektorske saradnje za pružanje adekvatne i celovite podrške pacijentkinjama koje su imale iskustvo sa rodno zasnovanim nasiljem, na skali od 1 (uopšte nema multisektorske saradnje) do 5 (multisektorska saradnja odlično funkcioniše). Svaki četvrti zdravstveni radnik/ca (26,1%) je toj saradnji dodelio ocenu 4 ili 5, dok je 41,4% dalo nisku ocenu (ocena 1 ili 2) (grafikon 18).



Grafikon 18. Procena postojanja multisektorske podrške u zajednici za adekvatno zbrinjavanje osobe koja je izložena nasilju

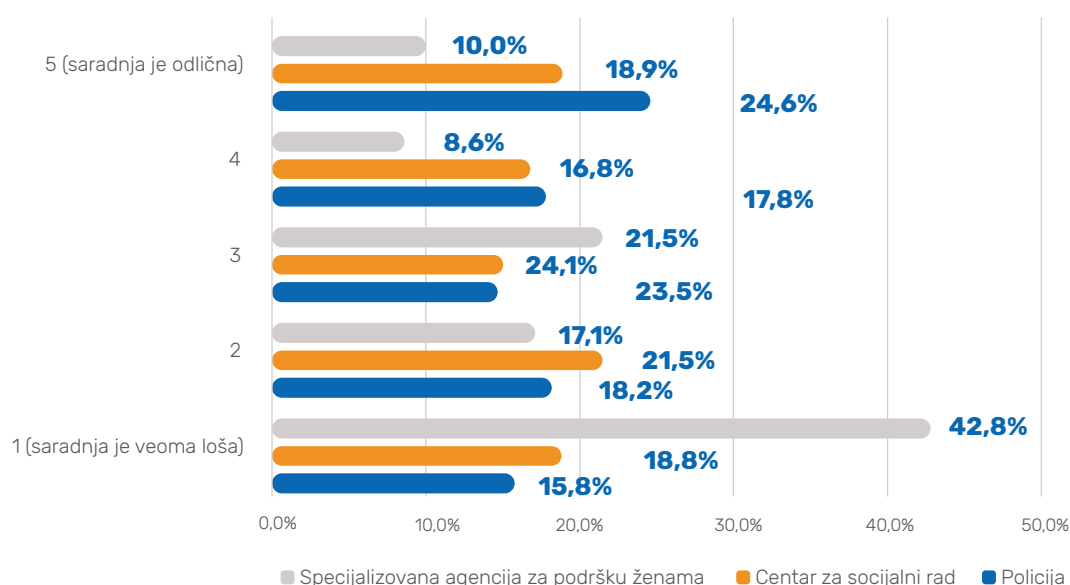
Kada su u pitanju specijalizovane organizacije za pomoć i podršku u slučaju nasilja na koje bi zdravstveni radnici/ce mogli da upute pacijentkinje, čak dve trećine (67,2%) zdravstvenih radnika/ca navodi da u njihovoj sredini ne postoje (18,3%) ili im nije poznato da postoje (48,9%) specijalizovane službe za pomoć i podršku žrtvama rodno zasnovanog nasilja (grafikon 19).



Grafikon 19. Postojanje specijalizovanih organizacija za pomoć i podršku u slučaju nasilja na koje bi zdravstveni radnici mogli da upute pacijentkinje

Ispitanici/ce su takođe na skali od 1 (loše) do 5 (odlično) imali priliku i da procene saradnju sa drugim sektorima koji su od značaja za rodno zasnovano nasilje (grafikon 20).

Kada je saradnja sa policijom u pitanju, 34% zdravstvenih radnika/ca navodi da je ta saradnja loša ili veoma loša (ocena 1–2/5), dok po skoro jedna četvrtina navodi odličnu (24,6%) ili osrednju (23,5%) saradnju sa ovim sektorom. Vrlo sličan obrazac se može uočiti u domenu saradnje sa centrom za socijalni rad, gde je lošu saradnju navelo čak 40,3% zdravstvenih radnika/ca; osrednji nivo saradnje 24,1% i svega 35,7% odličnu ili veoma dobru saradnju (grafikon 20). Nešto je drugačija (nepovoljnija) situacija kada je u pitanju saradnja sa specijalizovanom agencijom za podršku ženama: najveći procenat, čak 42,8%, navodi da saradnja praktično i ne postoji, a skoro svaki deseti zdravstveni radnik/ca (9,4%) naveo je da ima odličnu saradnju sa njima, odnosno svaki treći kada se uzme u obzir da je 30,8% njih potvrdilo da u njihovoj sredini uopšte postoje takve organizacije (grafikon 19 i grafikon 20).



Grafikon 20. Saradnja sa drugim sektorima (policijom, centrom za socijalni rad i specijalizovanom agencijom za podršku ženama)

Prisustvo podrške odgovoru na rodno zasnovano nasilje unutar zdravstvene ustanove

Zdravstveni radnici/ce su imali priliku i da odgovaraju na pitanja koja su se ticala podrške odgovoru na rodno zasnovano nasilje unutar zdravstvene organizacije u kojoj su zaposleni (tabela 23). Skoro 40% zdravstvenih radnika/ca (39,3%) slaže se da menadžment njihove zdravstvene ustanove pridaje pažnju problemu rodno zasnovanog nasilja, i da direktno ili indirektno podržava različite aktivnosti u vezi sa tim, dok 36,3%

smatra suprotno. Međutim, više od polovine, čak 55,9% zdravstvenih radnika/ca, navodi da se o problemu rodno zasnovanog nasilja uglavnom ne diskutuje na redovnim sastancima i stručnim kolegijumima unutar ustanove. O ovoj temi ne razgovara ni neformalno 37,2% zdravstvenih radnika/ca, dok nešto viši procenat (38,1%) navodi suprotno. Svaki treći zdravstveni radnik/ca (35,4%) ne poznaje niti su mu dostupne kolegice/kolege kojima mogu da se obrate u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem, dok je ohrabrujući podatak da ipak veći broj zdravstvenih radnika/ca (43,2%) poznaje i dostupne su im kolege koje poseduju znanje o rodno zasnovanom nasilju i kojima se mogu obratiti za savet ili pomoć (tabela 23).

Tabela 23. Podrške odgovoru na rodno zasnovano nasilje unutar zdravstvene ustanove

	1 (uopšte se ne slažem)	2	3	4	5 (u potpunosti se slažem)
Menadžment moje zdravstvene ustanove pridaje pažnju problemu rodno zasnovanog nasilja, i direktno ili indirektno podržava različite aktivnosti u vezi sa tim	20,3	16,0	24,4	13,8	25,5
Na redovnim sastancima/stručnim kolegijumima diskutujemo kako da rešavamo slučajeve rodno zasnovanog nasilja	36,6	19,3	19,2	9,4	15,5
U neformalnim kontaktima sa kolegama i kolegicama razmenjujem mišljenja i dobre prakse u vezi sa reagovanjem na rodno zasnovano nasilje	18,8	18,4	24,7	16,9	21,2
Poznajem i dostupne su mi kolege koje znaju više od mene o rodno zasnovanom nasilju i kojima mogu da se obratim za pomoć ako imam neke dileme	21,0	14,4	21,3	13,5	29,7

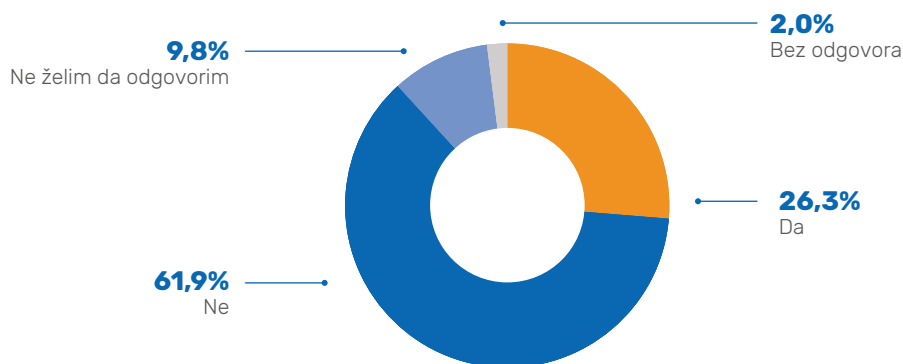
Važnost i ulogu organizacione i kolegijalne podrške za prepoznavanje i reagovanje na rodno zasnovano nasilje u svakodnevnoj praksi, zdravstveni radnici/ce su ocenjivali na skali od 1 (uopšte nije važna) do 5 (veoma je važna). Ono što treba istaći jeste značajan procenat ispitanika/ca koji smatra da je važna ili veoma važna podrška na svim nivoima za prepoznavanje i reagovanje na rodno zasnovano nasilje (72% smatra da je važna ili veoma važna podrška kolega i kolegica, 74,7% smatra da je važna podrška neposrednog nadređenog i 74,9% smatra da je važna podrška menadžmenta zdravstvene ustanove) (tabela 24).

Tabela 24. Važnost i uloga organizacione i kolegijalne podrške za prepoznavanje i reagovanje na rodno zasnovano nasilje u svakodnevnoj praksi

	1 (uopšte nije važna) %	2 %	3 %	4 %	5 (veoma je važna) %
Dostupnost kolega/koleginica koji imaju više iskustva i znanja u ovoj oblasti	4,7	7,7	15,6	12,5	59,5
Podrška neposrednog nadređenog (načelnik/ca, šef/šefica)	4,4	6,5	14,3	12,7	62,0
Podrška menadžmenta zdravstvene ustanove	5,3	6,8	13,1	12,6	62,3

Lično iskustvo sa nasiljem

Pored stavova i praksi u domenu prepoznavanja i reagovanja na rodno zasnovano nasilje, zdravstveni radnici/ce su imali priliku da odgovore na pitanja koja su se tičala ličnog iskustva sa nasiljem. Čak svaki četvrti, ili 26,3%, potvrdili su da su i sami bili izloženi rodno zasnovanom nasilju nekada tokom života, dok 9,8% nije želelo da odgovori na ovo pitanje (grafikon 21). Kada se posmatra distribucija odgovora na ovo pitanje u odnosu na pol, uočava se da je skoro duplo više žena (28,4%) u odnosu na muškarce (15,7%) potvrdilo izloženost nasilju (u odnosu na ukupan broj žena, odnosno ukupan broj muškaraca), i ta razlika je statistički visoko značajna ($p < 0,001$) (tabela 25). Dakle, najmanje svaka četvrta zdravstvena radnica je navela da je bila izložena rodno zasnovanom nasilju.



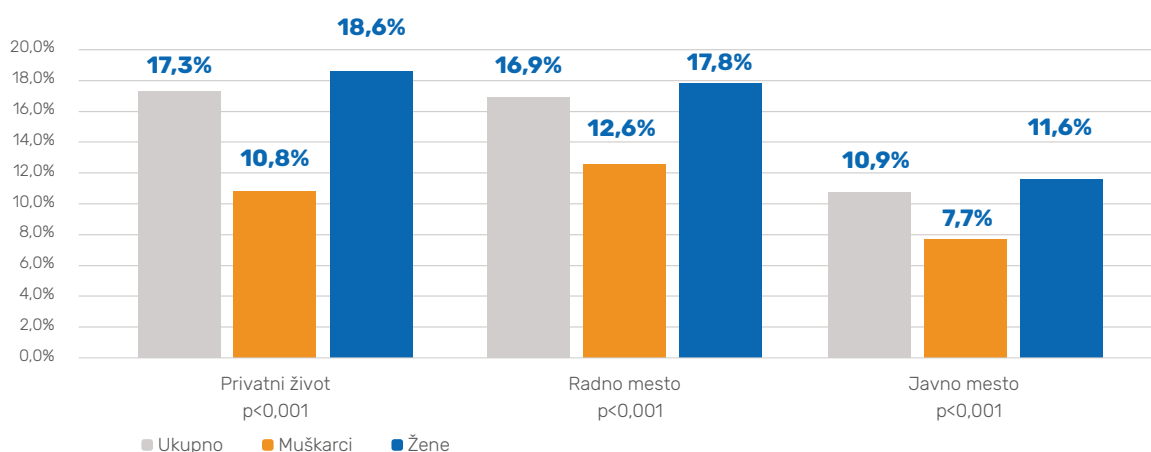
Grafikon 21. Da li smatrate da ste nekada i sami bili izloženi rodno zasnovanom nasilju, bez obzira na počinioca?

Tabela 25. Izloženost rodno zasnovanom nasilju u odnosu na pol

	Muškarci n (%)	Žene n (%)	Ukupno n (%)
Da	45 (15,7)	398 (28,4)	443 (26,3)
Ne	204 (71,3)	839 (59,9)	1043 (61,9)
Ne želim da odgovorim	27 (9,4)	139 (9,9)	166 (9,8)
Bez odgovora	10 (3,5)	24 (1,7)	34 (2,0)
Ukupno	286 (100)	1400 (100)	1686

p<0,001

Među onima koji su potvrdili da su i sami bili izloženi rodno zasnovanom nasilju, najčešće navode da se nasilje dogodilo u privatnom životu (17,3%), nešto manje da se to dogodilo na radnom mestu (16,9%), a svaki deseti navodi da se to dogodilo na javnom mestu (u 10,9% slučajeva) (grafikon 22). Na svim navedenim mestima, zdravstvene radnice su bile statistički značajno češće izložene nasilju u odnosu na zdravstvene radnike muškarce.



Grafikon 22. Okruženje u kome su zdravstveni radnici/radnice bili izloženi rodno zasnovanom nasilju

ZAVRŠNI KOMENTARI UČESNIKA/UČESNICA ISTRAŽIVANJA

Na kraju popunjavanja onlajn upitnika, učesnici istraživanja su imali mogućnost da napišu svoj komentar u vezi sa temom istraživanja, i 7,2% (n=122) je to i uradilo. Komentari koje su ostavljali bili su veoma raznorodni, a odnosili su se na njihova iskustva, mišljenja i stavove kada je u pitanju nasilje uopšte i rodna ravnopravnost u svim okruženjima, ne samo u porodici, već i na radnom mestu i u zajednici. Veliki broj komentara odnosio se na pohvale za sprovođenje istraživanja na ovu temu, dok je manji broj ukazivao na suštinsko nerazumevanje ovog fenomena i da nasilju mogu da budu izložena oba pola, ali da se nasilje prema ženama i muškarcima značajno razlikuje po intenzitetu, učestalosti i posledicama.

Kvalitativna analiza sadržaja tih komentara ukazuje na nekoliko tema koje dominiraju u njima, a to su: (1) rodna (ne)ravnopravnost i rodno zasnovano vređanje, omalovažavanje i seksualno uznemiravanje, pogotovo unutar zdravstvene ustanove; (2) osećaj lične nebezbednosti u kontaktu sa agresivnim pacijentima; (3) osećaj nebezbednosti u vezi sa reagovanjem na nasilje u okviru profesionalne odgovornosti; (4) potreba za kontinuiranom edukacijom iz ove oblasti; i (5) važnost multisektorske saradnje.

Razumevanje (poimanje) rodne (ne)ravnopravnosti

Iako ispitivanje stavova zdravstvenih radnika/ca po pitanju rodno zasnovanog nasilja nije bilo u fokusu ovog istraživanja, već prvenstveno ispitivanje iskustva, prakse i izazova u reagovanju na rodno zasnovano nasilje u okviru profesionalne odgovornosti zdravstvenih radnika/ca, analiza komentara je ukazala da kod određenog broja zdravstvenih radnika/ca još uvek postoji izvestan stepen suštinskog nerazumevanja tog fenomena i interpretacije rodne ravnopravnosti.

Nerazumevanje je češće prisutno kod kolega, muških zdravstvenih radnika, na šta su ukazali i nalazi iz intervjua. To ukazuje da rad na stavovima mora da bude neizostavan deo svih budućih edukacija u ovoj oblasti, s obzirom da stavovi čine osnovu adekvatnog reagovanja na nasilje.

Rodno zasnovano nasilje unutar zdravstvenih ustanova

Takođe, pojedini komentari učesnica istraživanja ukazali su na to da su rodna neravnopravnost i rodno zasnovano ponižavanje, omalovažavanje, uznemiravanje i mizoginija itekako prisutni i u zdravstvenim ustanovama, mestu gde pacijenti i pacijentkinje očekuju pomoć, lek i utehu za širok spektar zdravstvenih tegoba koje mogu da imaju. Pri tome, zdravstveni radnici/ce koji bi trebalo to da im obezbede često su i sami ili

žrtve ili počinioci različitih oblika rodno zasnovanog nasilja, bilo od strane svojih kolega i/ili šefova/direktora. Naročito je naglašen mobing i seksualno uznemiravanje na odeljenjima hirurških disciplina, o čemu svedoči sledeći komentar:

„Svakodnevni seksistički komentari od strane kolega, omalovažavajući komentari, vicevi, dobacivanja, neprikladni seksualni komentari prema ženama generalno, mobing izraženiji isključivo prema devojkama, duži period volontiranja ako ste devojka, duže čekanje za ugovor za stalno, seksualne ponude od šefova u zamenu za ugovor za stalno na radnom mestu. U pitanju je hirurgija i odnos prema koleginicama iz službe anestezije koje su u većini kuća u većini na ovom radnom mestu kao i odnos prema medicinskim sestrama. Dakle SVAKODNEVNE situacije“.

Lekarka specijalistkinja,
40 godina, tercijarni nivo zdravstvene zaštite

Zdravstvene radnice su navodile da se u nezavidnoj situaciji izloženosti rodno zasnovanom nasilju u porodici često nalaze i kolegkinice, a da su zlostavljači osobe koje uživaju veliki društveni ugled, što čini njihovu nedodirljivost za reagovanje još većom:

„Nisu samo pacijentkinje žrtve nasilja, već su to i kolegkinice koje su izložene svakodnevnoj psihičkoj torturi, a verovatno i fizičkom nasilju. Najveća žalost je što su počinioci takvog nasilja osobe koje su poznate i cenjene u svojoj profesiji, a i šire, sve do javne scene“.

Lekarka na specijalizaciji,
34 godine, privatna praksa

O učestalosti tog iskustva i nezaštićenosti žena govori i sledeći komentar:

„Mislim da je svaka žena u Srbiji bila privatno ili na poslu izložena barem jednom psihičkom ili fizičkom (nasilju), a na poslu mobingu, ali nije smela nikom da se obrati za pomoć zbog straha od gubitka posla. Naročito razvedene (samohrane) žene ili mlade devojke“.

Zdravstvena saradnica, 53 godine,
primarni nivo zdravstvene zaštite

Izloženost nasilju od strane pacijenata

U izvesnom broju komentara zdravstveni radnici tj. radnice su navodili da su izloženi različitim vrstama neprijatnosti i verbalnim pretnjama nasiljem i od strane pacijenata i/ili njihovih pratilaca, pri čemu opažaju da se takva vrsta ponašanja mnogo ređe iskazuje prema muškim kolegama. Ovaj nalaz potvrđuje i analiza odgovora o izloženosti nasilju na radnom mestu, gde je 17,8% žena u odnosu na 12,6% muškaraca potvrdilo izloženost nasilju na radnom mestu (grafikon 22).

U tom smislu one se osećaju prilično nezaštićeno, i to nije sporadično, već sveprisutno iskustvo, pogotovo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, gde su dominantno zaposlene žene. Ovaj problem nastaje kao **rezultat raskoraka između očekivanja pacijenata i mogućnosti zdravstvenog sistema da odgovori na njih na način kako to pacijenti očekuju, usled čega neki pacijenti daju sebi za pravo da se agresivno ponašaju prema ženama zdravstvenim radnicama, što takođe predstavlja vrstu rodno zasnovanog nasilja.** O tome svedoče brojni komentari:

„Opšte je poznato da pacijenti budu agresivni prema ženama zdravstvenim radnicama, bez obzira na nivo stručne spreme, dok prema kolegama nikada, povuku se“.

Lekarka specijalistkinja,
49 godina, primarni nivo zdravstvene zaštite

„Kao ženski lekar sam često bila meta rodno zasnovanog verbalnog zlostavljanja. Dešavalo se da smatraju da nisam dovoljno sposobna da radim svoj posao jer sam žensko, ili da budem izložena i pretnjama ukoliko ne želim da ispunim neosnovane zahteve pacijenata (...)“.

Lekarka, 33 godine,
primarni nivo zdravstvene zaštite

„Jedino mesto gde se ponekad osetim nezaštićeno je moje radno mesto. Tu nam svima treba obuka kako izaći na kraj sa, u prvom redu, verbalnim nasiljem“.

Lekarka specijalistkinja,
51 godina, primarni nivo zdravstvene zaštite

„Kada sam izložena ovakvoj vrsti nasilja na poslu ne postoji NIKAKVA zaštita, osim ličnih veza i snalažljivosti, tako da ne mogu pomoći drugim ženama jer sam i sama nezaštićena“.

Lekarka specijalistkinja,
54 godine, primarni nivo zdravstvene zaštite

Ovakvi komentari ukazuju na to da je podizanje svesti o nultoj toleranciji na nasilje, prepoznavanje kvalitativnih i kvantitativnih razlika između rodno zasnovanog nasilja prema ženama i prema muškarcima, kao i potreba za ustanovljavanjem odnosa poštovanja među polovima, od velikog značaja za promovisanje institucionalne i društvene kulture koja neće tolerisati nasilje u bilo kom njegovom obliku.

Potreba za snažnijom edukacijom o rodnoj ravnopravnosti i nasilju

Potrebu za redovnom i sveobuhvatnom edukacijom o rodnoj ravnopravnosti i rodno zasnovanom nasilju su u svojim komentarima najčešće naglašavale doktorke, ali i poneki lekar, u kojima se sagledava visok stepen osvešćenosti o ovom problemu, kao i potreba da društvena reakcija na njega bude sveobuhvatna:

„Odlična tema. Treba organizovati i edukovati radnike da prepoznaju i reaguju na probleme“.

Lekar specijalista, 65 godina,
sekundarni nivo zdravstvene zaštite

„Obuka bi trebalo da bude u okviru redovnog fakultetskog školovanja. Ljudi koji rade sa tom populacijom pacijenata bi trebalo da budu bolje sistemski zaštićeni“.

Lekarka specijalistkinja,
56 godina, tercijarni nivo zdravstvene zaštite

„Svaka novina u vezi sprečavanja i bržeg reagovanja vezano za rodno zasnovano nasilje je uvek dobrodošla“.

Lekarka opšte medicine,
63 godine, primarna zdravstvena zaštita

„Tema je odlična, hvala Vam na upitniku, shvatila sam iz njega koliko ipak još treba da se upoznam sa ovom temom koja je veoma bitna za naš rad i društvo u celini“.

Lekarka opšte medicine,
51 godina, primarna zdravstvena zaštita

Neophodnost multisektorske saradnje i sveobuhvatne podrške žrtvama nasilja

U komentarima zdravstvenih radnika pokazana je svest o tome da su zdravstveni radnici i zdravstvena služba samo jedan deo u sistemu zaštite i podrške žrtvama nasilja, i da je multisektorska saradnja od izuzetnog značaja za adekvatno reagovanje na rodno zasnovano nasilje:

„Potrebna je kompletna saradnja svih struktura grada na zbrinjavanju rodno zasnovanog nasilja tj. tim (MUP, socijalna zaštita, pravnici, sudije, gradonačelnik grada, sigurna kuća, Crveni krst, sveštenici... nije sve na lekaru“.

Lekarka specijalistkinja,
52 godine, primarni nivo

„S obzirom na prirodu posla i rad u tercijarnoj ustanovi do sada se nisam susrela sa ovom problematikom, što ne umanjuje njen značaj. Smatram da je podrška osobama sa rodno zasnovanim nasiljem u našem društvu nedovoljna i da ne postoji adekvatna saradnja nadležnih službi. Sa druge strane, nepoverljivost i strah žrtve utiče na nepružanje pomoći i potrebne podrške. Primarna zdravstvena zaštita je prvi korak u prepoznavanju ovih ljudi. Odgovarajuća edukacija zdravstvenih radnika u vidu seminara, kao i propagandni materijal u ordinacijama, mogu da podignu svest i pomognu u rešavanju ovog ozbiljnog problema koji je veoma zastupljen i u današnjem modernom dobu. Nadam se da će vaša anketa pomoći u pronalaženju najboljeg mogućeg rešenja“.

Lekarka specijalistkinja,
50 godina, tercijarni nivo

PREPORUKE

Na osnovu rezultata kvalitativnog i kvantitativnog dela ovog nacionalnog istraživanja procene kapaciteta zdravstvenih radnika/radnica i zdravstvenih ustanova da reaguju na rodno zasnovano nasilje, formulisane su preporuke čijom bi se primenom unapredile kompetencije zdravstvenih radnika/ca i celokupan kapacitet zdravstvenog sistema za zaštitu i reagovanje na rodno zasnovano nasilje. Preporuke uključuju:

1. Kontinuirano i sveobuhvatno edukovanje zdravstvenih radnika/ca i saradnika/ca o rodno zasnovanom nasilju i njegovim korenima, naročito mlađih kolega/koleginica koji tek počinju da rade u praksi, kako bi izgradili stavove nulte tolerancije na nasilje; osposobili se da prepoznaju nasilje, i osnažili da reaguju na njega, u okviru svoje profesionalne odgovornosti.
2. Periodično osvežavanje znanja i veština zdravstvenih radnika za prevenciju i zaštitu od rodno zasnovanog nasilja; upoznavanje sa novinama u nacionalnom odgovoru na nasilje i obavezom dokumentovanja nasilja, odnosno zakonodavnim i normativnim aktima, pravilnicima i posebnim protokolom za postupanje u slučaju nasilja, uključujući i osposobljavanje za adekvatno popunjavanje Obrasca za dokumentovanje sumnje na nasilje, u papirnom i elektronskom formatu, i redovno korišćenje elektronskog obrasca za prijavljivanje sumnji na nasilje Institutu za javno zdravlje, u skladu sa definisanim procedurama, poštujući principe dobre prakse.
3. Podizanje svesti i unapređenje razumevanja menadžmenta zdravstvenih ustanova o značaju njihove podrške timovima za zaštitu i reagovanje na rodno zasnovano nasilje u zdravstvenoj ustanovi, kao i pojedincima obučanim za odgovor na rodno zasnovano nasilje.
4. Obnavljanje rada timova za zaštitu i reagovanje na rodno zasnovano nasilje u zdravstvenim ustanovama, i uspostavljanje mehanizama za kontinuiranu podršku njihovom radu.
5. Kreiranje mehanizama za participatorni monitoring i kolegijalnu podršku kada je u pitanju prevencija i odgovor na rodno zasnovano nasilje, kako bi zdravstveni radnici dobili povratnu informaciju o svom radu u praksi, na osnovu koje bi unapredili odgovor na rodno zasnovano nasilje. Ovi mehanizmi kolegijalne podrške bi služili i kao metod za sticanje uvida u dobre prakse, i njihovo dalje promovisanje i informisanje zdravstvenih radnika o njima, kao i informisanje ostalih ključnih aktera na lokalnom, nacionalnom i regionalnom nivou.
6. Uspostavljanje i razvoj mehanizama za međusobnu komunikaciju u vezi sa rodno zasnovanim nasiljem, konsultovanje i razmena dobre prakse unutar zdravstvene ustanove i u lokalnoj zajednici.

7. Revizija zakonodavnog okvira koji definiše uloge aktera u grupama za koordinaciju i saradnju tako da se obezbedi veća uključenost zdravstvenih radnika, i osnaživanje njihove uloge.
8. Jačanje međusektorske saradnje na lokalnom i nacionalnom nivou, u smislu intenzivnijeg i kvalitetnijeg povezivanja zdravstvenog sektora sa policijom i centrom za socijalni rad, u skladu sa (unapređenom) zakonskom regulativom. Uspostavljanje mehanizama međusobne saradnje i dobijanja povratne informacije o prijavljenoj sumnji na nasilje, radi obezbeđivanja adekvatne podrške i zaštite na svim nivoima i u svim sektorima.
9. Obezbeđivanje zdravstvenih radnika/ca sa pisanim i/ili elektronskim uputstvima i protokolima za postupanje u slučaju sumnje na nasilje, uključujući protokol Ministarstva zdravlja o zaštiti i postupanju sa ženama izloženim rodno zasnovanom nasilju, kao i lokalno razvijene protokole, u skladu sa okvirnim protokolom. Pisana uputstva treba da obuhvataju sve korake dobre prakse, počev od adekvatne komunikacije i postavljanja pitanja o izloženosti nasilju; procene bezbedonosnog rizika; dokumentovanja sumnje na nasilje, međusektorske saradnje i kontaktiranja nadležnih organa za zaštitu bezbednosti.
10. Obezbeđivanje i povećana dostupnost štampanih i elektronskih izvora informacija za pacijente (leci, pamfleti, poster, uključujući infografike) o primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji rodno zasnovanog nasilja, kako bi se podigla svest o ovom fenomenu i njegovom ispoljavanju u različitim oblicima: psihičko, fizičko, seksualno, ekonomsko nasilje. Povećana dostupnost informativnog materijala doprineće bržem prepoznavanju svih oblika nasilja i nepristajanju na njega (primarna prevencija); podizanju svesti o postojanju izvora za pomoć i podršku u slučaju izloženosti nasilju (sekundarna prevencija), kao i brzom reagovanju u slučaju intenziviranja nasilja i pretnji za bezbednost (kontakti skloništa za žene žrtve nasilja i SOS telefoni, što su mere tercijarne prevencije nasilja). Deljenje informacija na ovaj način smanjuje osećaj izolovanosti i stigme u vezi sa iskustvom, nasilja koje su imale, i pruža podršku žrtvama nasilja.
11. Unapređenje nastavnih kurikuluma na svim nivoima obrazovanja, uključujući i fakultete zdravstvene struke i medicinske škole sa sadržajima vezanim za razumevanje rodne ravnopravnosti, razvoj nulte tolerancije na nasilje i reagovanje na njega, kao i razvoj dobrih partnerskih odnosa u kojima se neguje međusobno poštovanje i uvažavanje.
12. Unapređenje rodne ravnopravnosti unutar kolektiva zdravstvene ustanove i uspostavljanje mehanizama za reagovanje u slučaju rodno zasnovanog vređanja, ponižavanja i seksualnog uznemiravanja među zaposlenima, uključujući i mobing zdravstvenih radnika.

13. Unapređenje bezbednosti zdravstvenih radnika i radnica na radnom mestu i uspostavljanje mehanizama njihove zaštite od spoljnih osoba (pacijenata i članova njihovih porodica).
14. Sprovođenje sekundarne analize podataka iz ovog nacionalnog istraživanja kako bi se što adekvatnije sagledale specifične potrebe i izazovi u reagovanju na rodno zasnovano nasilje u pojedinim tipovima zdravstvenih ustanova (primarni, sekundarni/tercijarni nivo) i pojedinih profila zdravstvenih radnika (izabrani lekari/pedijatri/ginekolozi, psihijatri, lekari specijalisti na sekundarnom/tercijarnom nivou, medicinske sestre/tehničari, zdravstveni saradnici svih profila i drugi) i u skladu sa time usmerili resursi, ali i sagledale dobre prakse u pojedinim zdravstvenim ustanovama koje bi mogle da posluže kao model za unapređenje kapaciteta i na drugim mestima.

