



**Priporočila za preprečevanje nasilnih incidentov**  
**Okvirne usmeritve za zaščito zdravništva na delovnem mestu**

**Zdravniška zbornica Slovenije**

**2019**

Naslov: Priporočila za preprečevanje nasilnih incidentov

Okvirne usmeritve za zaščito zdravništva na delovnem mestu

Elektronska izdaja

Uredniki: Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič, Alenka Uršič Polh, Nena Kopčavar  
Guček, Rok Tavčar in Mojca Zvezdana Dernovšek

Lektoriranje: Marta Brečko Vrhovnik

Oblikovanje: Zdravniška zbornica Slovenije

Izdala: Zdravniška zbornica Slovenije

Delovna skupina »Ne dopuščajmo nasilja«

Leto izdaje 2019

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani  
COBISS.SI-ID=300995584  
ISBN 978-961-6185-27-1 (pdf)

## **Priporočila za preprečevanje nasilnih incidentov**

Pri pripravi priporočil je skupina izhajala iz strokovne in znanstvene literature, izsledkov raziskav s področja nasilja nad zdravništvom tako pri nas kot v tujini. Upoštevala je lastne klinične izkušnje in tudi realne možnosti.

**Člani delovne skupine**, ki so sodelovali pri pripravi priporočil:

Prof. dr. Dernovšek Mojca Zvezdana, dr. med., spec. psih.

Doc. dr. Kopčavar Guček Nena, dr. med., spec. druž. med., primarijka- vodja skupine

Prim. doc. dr. Lovrečič Mercedes, dr. med., spec. psih.

Prof. dr. Rotar Pavlič Danica, dr. med., spec. druž. med.

Prof. dr. Tavčar Rok, dr. med., spec. psih.

Uršič Polh Alenka, dr. med., spec. krg.

***Člani diskusijske skupine, ki so sodelovali pri pripravi priporočil:***

Ažman Monika, dipl. m. s.

Basle Andreja, univ. dipl. nov.

Baša Dejan, policijski inšpektor

Mag. Bračika Vidmar Dubravka, dr. med.

Doc. dr. Čebašek - Travnik Zdenka, dr. med., spec. psih.

Demšar Silva, dr. med.

Prof. dr. Dernovšek Mojca Zvezdana, dr. med., spec. psih.

Dobrovolec Anita, dr. med.

Galuf Zajc Barbara, univ. dipl. prav.

Mag. Hrovat Bukovšek Andreja, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Doc. dr. Kopčavar Guček Nena, dr. med., spec. druž. med., primarijka

Kos Iztok, dr. med.

Prim. doc. dr. Lovrečič Mercedes, dr. med., spec. psih.

Markeš Klemen, zdravstveni tehnik

Prof. dr. Rotar Pavlič Danica, dr. med., spec. druž. med.

Izr. prof. dr. Smrkoj Špela, dr. med.

Izr. prof. dr. Švab Vesna, dr. med., spec. psih.

Prof. dr. Tavčar Rok, dr. med., spec. psih.

Tomažević Tanja, dr. dent. med.

Uršič Polh Alenka, dr. med., spec. krg.

Vrečar Mojca, univ. dipl. psih.

Doc. dr. Zupanc Tomaž, dr. med.

## Kazalo

Kazalo .....	5
Seznam okrajšav .....	6
Predgovor .....	7
Uvod in kratka predstavitev .....	8
1 Nasilje na delovnem mestu.....	12
1.1 Definicija nasilja na delovnem mestu .....	14
1.2 Oblike in vrste nasilja.....	15
1.3 Izrazi v zvezi z nasiljem na delovnem mestu .....	18
2 Dejavniki tveganja za nasilje na delovnem mestu .....	19
3 Dinamika nasilja .....	23
3.1 Naraščanje in izbruh nasilja .....	23
3.2 Opozorilni nevarni dogodek .....	23
3.3 Pogostost nasilja .....	24
4 Tehnike soočanja z nasiljem .....	26
4.1 Prepoznavanje grozečega nasilnega incidenta, tehnike deeskalacije in posebni varovalni ukrepi .....	26
4.2 Usposobljenost osebja.....	28
4.3 Napovedni dejavniki nasilja .....	28
4.4 Blaženje oz. obvladovanje grozeče nevarnosti nasilnega dogodka .....	29
5 Varnostni ukrepi.....	30
5.1 Okolje, fizično okolje in sistemski ukrepi.....	30
6 Debriefing (posttravmatski terapevtski pogovor) .....	31
7 Organizacijski ukrepi .....	31
7.1 Izobraževanje in trening osebja.....	31
7.2 Izdelava preventivnega programa .....	32
8 Zaključki.....	32
9 Viri pomoči v primeru nasilja: .....	33
Literatura .....	34
Priloge.....	38

## **Seznam okrajšav**

DOL – U. S. Department of Labor/Ministrstvo za delo Združenih držav Amerike

EC – European Commission/EK – Evropska komisija

EU-OSHA – EU-Occupational Safety and Health Administration/Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu

ICN – International Council of Nurses/Mednarodni svet medicinskih sester

ILO – International Labour Office/Mednarodni urad za delo

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations/Pridružena komisija za akreditacijo organizacij zdravstvene dejavnosti

MZ – Ministrstvo za zdravje RS

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health/Nacionalni inštitut za varnost in zdravje pri delu

OSHA – Occupational Safety and Health Administration/Agencija za varnost in zdravje pri delu

PSI – Public Services International/Mednarodno združenje sindikatov javnih uslužbencev

WHO – World Health Organisation/SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

ZZS – Zdravniška zbornica Slovenije

ZZZ – Združenje zdravstvenih zavodov

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

## Predgovor

Nasilje v zdravstvu v Sloveniji se v zadnjih letih stopnjuje. Po tragičnih nasilnih dogodkih v ZD Ljubljana, v izolski bolnišnici in v piranskem zdravstvenem domu si zdravništvo ne želi več zatiskati oči, temveč opozarja na potrebo po dejavnem odzivu strokovne in laične javnosti. Že v letu 2007 so se kot odziv na skrajno nasilje začela prva izobraževanja zdravništva. Medicinske sestre so v svojih stanovskih organizacijah že oblikovale smernice, podporo žrtvam in druge dejavnosti. Nato so posamezni zdravstveni zavodi pripravili izobraževanja, letake in nalepke, ki so pomemben korak v prizadevanjih za zmanjšanje nasilja v zdravstvu.

Namen teh priporočil je približati perečo problematiko s področja nasilja na delovnem mestu ne samo zdravništvu, temveč vsem zaposlenim v zdravstvu, sodelujočim v izobraževalnem procesu, delodajalcem in širši družbi. Eden od ciljev delovne skupine je izdelava priporočil, ki bodo služila ozaveščanju, boljšemu prepoznavanju, učinkovitemu preprečevanju in ustrezni obravnavi nasilnih dogodkov v zdravstvu.

Verjamemo, da bodo primerna in dovolj splošna osnova za oblikovanje dokumentov v posameznih okoljih.

Priporočila so pripravljena na podlagi zakonskih določb, strokovnih in etičnih vsebin. Kot taka bodo političnim odločevalcem in delodajalcem približala perečo problematiko nasilja na delovnem mestu in jih spodbudila k odločnemu preprečevanju in obvladovanju nasilja na delovnem mestu. Odgovornost političnih odločevalcev in delodajalcev je že zdaj velika.

V nadaljnjem besedilu uporabljamo izraze v moški slovnični obliki, pri čemer so mišljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola, da spolno občutljiva in politično korektna raba jezika ne bi zmanjšala razumljivosti in sporočilne vrednosti besedila.

Prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. med., spec. psih.

## Uvod in kratka predstavitev

Nasilje je bilo z resolucijo Svetovne zdravstvene organizacije že leta 1996 prepoznano kot glavna in stopnjujoča se grožnja zdravju v svetovnem merilu. Zaradi kratkoročnih in dolgoročnih posledic za posameznike, družine, okolja, države ter tudi zdravstvene sisteme naj bi ga v javnem zdravstvu obravnavali prednostno.

Danes je nasilje globalni problem, ki se naglo širi. Nasilje na delovnem mestu se pojavlja skoraj povsod. Posebej velikemu tveganju je izpostavljena zdravstvena dejavnost, kjer se pojavlja skoraj četrtina vsega nasilja na delovnem mestu (Nordin, 1995).

Štiri mednarodne organizacije: agencija Združenih narodov za delo – Mednarodni urad za delo (International Labour Office – ILO), zveza nacionalnih sestriških organizacij – Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN), Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organisation – WHO), Mednarodno združenje sindikatov javnih delavcev (Public Services International – PSI), so zaznale problem nasilja na delovnem mestu v zdravstvu in že pred petnajstimi leti sodelovale pri pripravi okvirnih smernic za njegovo obvladovanje. Prvo verzijo je leta 2002 pripravil Vittorio Di Martino (Di Martino, 2002). Istega leta je v Ženevi potekal tehnični posvet Skupnega programa ILO, ICN, SZO in PSI o nasilju na delovnem mestu v zdravstvu (Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector), kjer so obravnavali pripravljene smernice (ILO, 2002).

Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (EU-Occupational Safety and Health Administration – EU-OSHA) je leta 2007 sporočila, da sta za zdravstveni in socialni sektor značilna najvišja izpostavljenost nasilju na delovnem mestu. V EU 27 je bila stopnja incidence 15 %<sup>a</sup>. Izsledki evropske raziskave potrjujejo, da delo v zdravstveni dejavnosti predstavlja eno največjih tveganj za izpostavljenost nasilju na delovnem mestu (Parent-Thirion in sod., 2007). Ministrstvo za zdravje (MZ) je leta 2015 izdalo Smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu, ki so zavezujoče. Objavljene so na spletni strani MZ<sup>b</sup>.

---

<sup>a</sup> European Agency for Safety and Health at Work, <http://osha.europa.eu>

<sup>b</sup>[http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno\\_zdravje\\_2015/zdr\\_na\\_del\\_mestu/Smernice\\_promocija\\_zdravja\\_na\\_delovnem\\_mestu-marec\\_2015\\_-vsebinski\\_del.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2015/zdr_na_del_mestu/Smernice_promocija_zdravja_na_delovnem_mestu-marec_2015_-vsebinski_del.pdf)



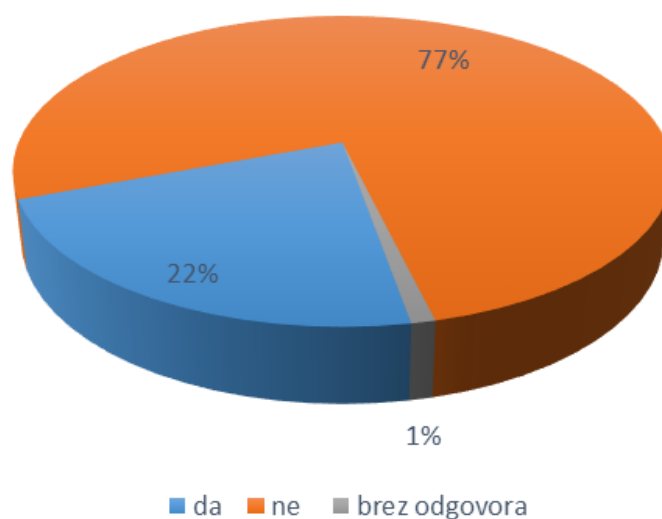
Pogostost nasilja na delovnem mestu je podcenjena, saj se o nasilnih incidentih ne poroča dosledno. Nasilje je lahko neprepoznano, nekateri zaposleni v zdravstvu pa še vedno menijo, da je nasilje na delovnem mestu »zavestno poklicno tveganje«, ali celo, da so ga povzročili sami. Neprepoznano pogosto ostaja psihično nasilje, ki se ga največkrat sploh ne zazna kot nasilno vedenje in se o njem ne poroča. Za učinkovito poročanje o nasilnih incidentih na delovnem mestu in za ukrepanje je bistvenega pomena poznavanje in prepoznavanje različnih oblik nasilja (EU-OSHA, 2015).

Analiza podatkov registra NIJZ o poškodbah pri delu v socialnem in zdravstvenem varstvu je pokazala, da iz obstoječih rutinsko zbranih podatkovnih baz ni mogoče niti ugotoviti niti spremljati nasilja na delovnem mestu (Lovrečič in sod., 2018).

V slovenskem prostoru je čutiti veliko nezadovoljstva nad zdravniki, kar je pogosto posledica organizacijskih pomanjkljivosti v zdravstvu, medijskih poročanj ter kadrovske in materialne primanjkljajev. Nestrpnost in napetost se prenašata v čakalnice na paciente in spremljevalce.

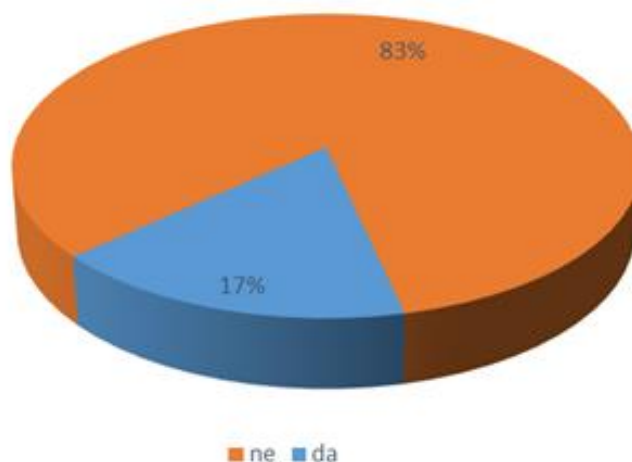
Dve presečni raziskavi, ki ju je izvedla ZZS med zdravniki v letih 2007 in 2018, sta pokazali, da je nasilje nad zdravništvom tudi pri nas resen javnozdravstveni problem. Pogostnosti fizičnega nasilja nad zdravniki v letu 2007 in v letu 2018 sta prikazana na sliki 1 in na sliki 2.

## Ali je bil pacient kdaj fizično nasilen do vas



Slika 1. Pogostnost fizičnega nasilja bolnikov nad zdravniki v Sloveniji v 2007 (prilagojeno po Dobnikar in Vidmar, 2008).

## Ste bili kdaj žrtev fizičnega nasilja



Slika 2. Pogostost fizičnega nasilja nad zdravniki v Sloveniji 2018 (prilagojeno po Čebašek-Travnik, 2018).

Kot nasilno vedenje opredelimo vsako vedenje, ki ga ena oseba izraža do druge osebe z namenom prizadejati bolečino, trpljenje, nelagodje, ponižanje ali drugo škodo. Nasilno vedenje zajema fizično, psihično, besedno, spolno ali ekonomsko nasilje.

Pri fizičnem nasilju gre za nasilje do predmetov, oseb, drugih živih bitij, do samega sebe ali za kombinacijo naštetega. Z nasilnim vedenjem se nikakor ne smemo sprijazniti ali ga celo dopuščati. Pomembno je vedeti, da je odgovornost za nasilje vedno na strani povzročitelja. Zdravništvo mora biti seznanjeno z nevarnostjo nasilnega vedenja in ustrezno usposobljeno za ukrepanje. V okvir organizacije dela med drugim sodijo tudi preventivni ukrepi, prepoznavanje nevarnosti, hitro ukrepanje in sodelovanje drugih služb, npr. gasilcev, varnostnikov in policije (Dernovšek in sod., 2002).

Okvirna direktiva EU o ukrepih za varnost pri delu in zdravje delavcev (Direktiva št. 89/391/EGS) odpira še eno pomembno vprašanje: redno preverjanje varnosti in zdravja pri delu kot del ocene tveganja.

Vključenost vodstva v upravljanje varnosti in zdravja pri delu je eden ključnih dejavnikov uspešnosti ukrepov (EU-OSHA, 2015).

Delodajalec je v skladu s predpisi dolžan zagotoviti primerne in varne delovne pogoje. Delavec pa ima pravico do dela in delovnega okolja, ki mu zagotavlja varnost in

zdravje. Zakon o varstvu in zdravju pri delu (ZVZD-1) določa pravice in dolžnosti delodajalcev in delavcev v zvezi z varnim in zdravim delom ter ukrepe za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu. Zagotavljanje varnega delovnega okolja je ključno za strokovno, kakovostno in učinkovito oskrbo pacientov. V nekaterih državah, kot npr. na Hrvaškem (Zakon o lječništvu, članak 18), v Združenem kraljestvu, na Poljskem (A doctor-a public official) in v Bolgariji, imajo zdravniki status uradnih oseb, ki jim podobno kot sodnikom in drugim uradnim osebam zagotavlja zaščito in varovanje, oziroma nasilje nad njimi obravnava kot kaznivo dejanje napada na uradno osebo, kar se kaznuje strožje.

Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS) odločno podpira načelo ničelne tolerance do nasilja nad zdravništvom. ZZS si prizadeva, da bi zaposleni, bolniki, svojci in obiskovalci poznali, razumeli in podprli to politiko. V kateremkoli zdravstvenem sistemu mora biti zaposlenim, bolnikom in svojcem jasno, da nasilno vedenje ne bo omogočilo koristi, ugodnosti ali prednosti, pač pa pripeljalo do pravnih in administrativnih posledic (npr. prekinitev zdravstvene oskrbe).

# 1 Nasilje na delovnem mestu

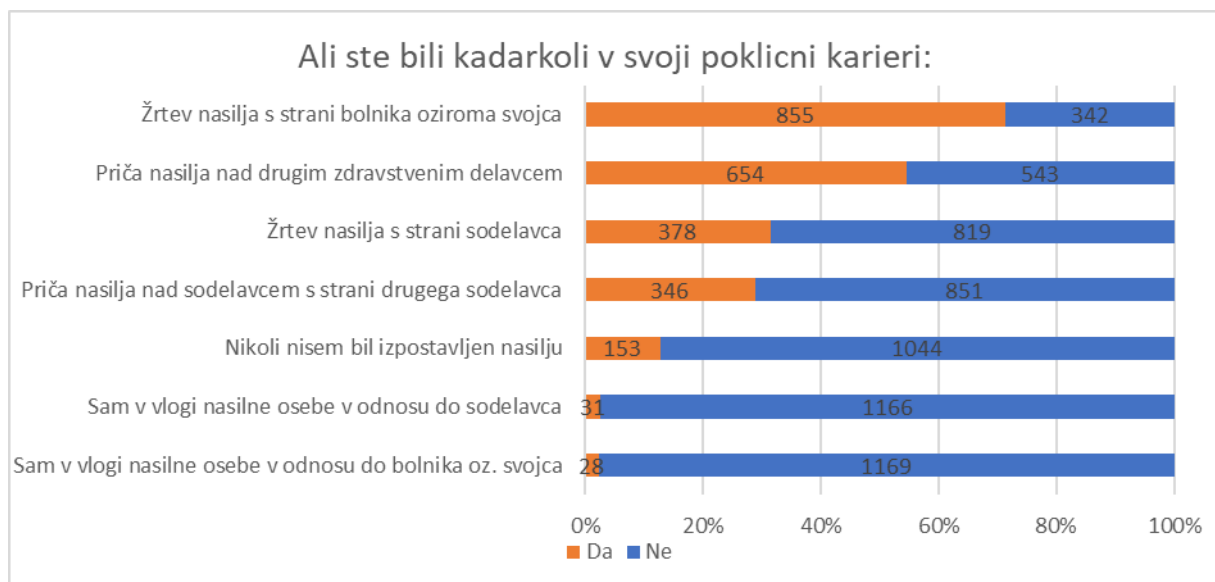
V najširšem smislu ločimo tri tipe nasilja na delovnem mestu:

-Tip 1: Povzročitelj ni povezan z delovnim mestom, njegov cilj je rop (gotovina, zdravila) ali drugo kriminalno dejanje («zunanje» nasilje).

-Tip 2: Povzročitelj je uporabnik storitev, ki jih zagotavlja žrtev. Povzročitelj je klient, pacient, vključno z njegovimi svojci ali prijatelji («client initiated» nasilje).

-Tip 3: Vpletenost povzročitelja je povezana z zaposlitvijo, običajno gre za drugega zaposlenega, sodelavca, predpostavljenega, študenta ... («notranje» nasilje).

V zdravstvu se najpogosteje srečujemo nasiljem tipa 2 (slika 3), ki se glede na vzrok deli na primarno, sekundarno in terciarno nasilno vedenje.



Slika 3. Izpostavljenost nasilju, raziskava leta 2018 (Čebašek Travnik, 2018).

Prepoznavanje je ključno za nadaljnjo obravnavo povzročitelja (povzeto po Kobal, 1999 in Dernovšek in sod., 2002):

**-Primarno nasilno vedenje:** pri prizadeti osebi se lahko povečana agresivnost zaradi notranjih ali zunanjih dražljajev stopnjuje do nasilnosti. Vzrok za tako vedenje so bolezni, ki prizadenejo določene strukture v centralnem živčevju (npr. hipotalamus, predeli okrog tretjega ventrikla, fronto-temporalni predel), lahko pa so vzroki tudi somatski: npr. posledica poškodbe možganov ali možganske krvavitve, zmedenost ob odpovedi ledvic, metabolni vzroki itd.

Pri zastrupitvah s psihoaktivnimi snovmi, zlasti psihostimulansi in njihovimi derivati (kokain, crack, amfetamini, metamfetamini ipd.), se lahko pojavi hudo nasilno vedenje. V zadnjem desetletju predstavlja poseben izziv obvladovanje nasilnega vedenja in preprečevanja posledic intoksikacije z novimi psihoaktivnimi snovmi, ki še niso uvrščene med prepovedane droge (predvsem iz skupin sintetičnih katinonov in sintetičnih kanabinoidov). Upoštevati velja še možnost nasilnega vedenja v okviru abstinencijskega sindroma ob odtegnitvi psihoaktivne snovi, s katero je bolnik zasvojen.

Mnogo oblik nasilja je povezanih z nekaterimi kvalitativnimi motnjami zavesti in s spremenjeno zavestjo v celoti. V zamračeni zavesti bolnik približevanje soljudi vrednoti drugače. Doživlja ga lahko kot sovražno in ogrožajoče in se tako tudi odzove. Opisovali so primere vedenja v orientirani zamračenosti, ko je bolnik vselej nasilniško ravnal s sebi bližnjim človekom ali pa uničeval predmete v istem prostoru.

Obnašanje ljudi z zoženo zavestjo je že po praviloma nasilno. S takimi motnjami zavesti se srečamo pri besnilu kjerkoli (v bolnišnici, zaporu in izjemoma tudi v ambulantnih pogojih dela).

**-Sekundarno nasilno vedenje:** gre za najpogostejšo obliko nasilnega vedenja, s katero se srečujemo v zdravstveni dejavnosti. Bolnik ali svojci se na očitne ali prikrite dražljaje iz okolja odzivajo z nasilnim vedenjem. Nekatere osebe so mnogo bolj občutljive na zunanje sprožilce.

Med osebami, ki hitro vzkipijo in preidejo v afekt jeze in besa, s tem pa tudi k nasilnim dejanjem, so nekatere osebnostno slabše diferencirani, posamezniki iz kroga organske prizadetosti, nekateri osebnostno spremenjeni bolniki z epilepsijo in disocialne osebe, osebe s konverzivno simptomatiko in osebe s sindromom odvisnosti od psihoaktivnih snovi (npr. pri abstinencijskem sindromu). Vsem naštetim so skupne reakcije kratkega stika (kratkostičnost). Govorimo tudi o znižani toleranci za frustracijo oz. znižanem pragu za razdražljivost ali nasilje. Za reakcije kratkega stika, ki se kažejo v nenavadno močnem besu, je značilno, da jih sprožijo majhni, pogosto objektivno skoraj nepomembni povodi. Po preboju nasilnega vedenja se največkrat prepričamo, da so se napetosti v posamezniku predhodno kopičile že dlje. V afektu jeze ali besa ima lahko oseba zoženo zavest, je zmedena in dezorientirana. Uničuje inventar in prostor, lahko napade tudi koga od zaposlenih v zdravstvu, druge bolnike ali naključno prisotne ljudi.

**-Terciarno nasilno vedenje:** nasilje je neposreden izraz duševne patologije, kot so v nasilje usmerjane imperativne halucinacije, uresničenje blodnjavega doživljanja ali pa take motnje zavesti, da bolnik prepozna sicer običajen dražljaj kot sovražno in ogrožajoče dejanje sočloveka ali pa kot grožnjo iz živega oz. neživega okolja.

Ta vrsta nasilja lahko nastopa pri osebah s funkcionalno psihozo, ko oseba blodno oz. napačno interpretira situacijo (shizofrenija, blodnjava motnja, bipolarna afektivna motnja — jezava manija, nevarnost razširjenega samomora pri depresiji).

### **1.1 Definicija nasilja na delovnem mestu**

Enotne definicije nasilja na delovnem mestu ni, tudi zaradi velikega števila delovnih mest, okoliščin in dejavnosti. Težko je opredeliti definicijo, ki bi bila univerzalna in za vse sprejemljiva. Nekaj definicij nasilja na delovnem mestu je povzetih v nadaljevanju.

Leta 1996 je ameriška zvezna agencija Nacionalni inštitut za varnost in zdravje pri delu (National Institute for Occupational Safety and Health – NIOSH) opredelil<sup>c</sup> nasilje na delovnem mestu kot vsak »fizični napad, grožnjo ali besedno zlorabo, ki se zgodi na delovnem mestu« (NIOSH, 1996, update 2018).

Evropska komisija (European Commission – EC) je leta 1995 (expert meeting) oblikovala definicijo nasilja na delovnem mestu kot vsak incident, ko so zaposleni žaljeni, ogroženi ali so napadeni v okoliščinah, ki so povezane z njihovim delom, vključno s potovanjem na delo in z dela, in ki vključuje eksplicitno ali implicitno grožnjo njihovi varnosti, dobrobiti ali zdravju (EC, 2011).

Leta 2010 je EU-Occupational Safety and Health Administration (EU-OSHA, 2010) kot zunanje nasilje na delovnem mestu opredelila: zmerljivke in necivilizirano vedenje, grožnje, vse oblike psihičnega ali fizičnega napada, ki ogroža zdravje, varnost ali blagostanje posameznika, prisotnost rasne ali spolne komponente.

Svetovna zdravstvena organizacija (Dahlberg in sod., 2002, Krug in sod., 2002) definira fizično nasilje na delovnem mestu kot: »Namerna uporaba fizične sile, zagrožene ali dejanske, zoper drugo osebo ali skupino oseb v okoliščinah, povezanih

---

<sup>c</sup> The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) defines workplace violence as any physical assault, threatening behavior or verbal abuse occurring in the workplace. Violence includes overt and covert behaviors ranging in aggressiveness from verbal harassment to murder. (NIOSH, 1996)

z delom, ki povzroči oz. obstaja velika verjetnost, da bo povzročila poškodbo, smrt, psihološko škodo, trajno oviranost ali prikrajšanost.«<sup>d</sup>

## **1.2 Oblike in vrste nasilja**

Nasilno vedenje se od ostalih oblik neprilagojenega vedenja razlikuje **po nameri** drugemu živemu bitju povzročiti stisko, nelagodje, bolečino, poškodbo.

Nasilno vedenje je lahko usmerjeno vase, v druge osebe ali v okolje. Posledica vase usmerjenega nasilja so lahko samopoškodbe, posledice navzven usmerjenega nasilja pa poškodovanje drugih oseb, predmetov oz. opreme in lastnine.

V nadaljevanju govorimo o nasilju, ki je usmerjeno v okolico in se lahko kaže kot besedno nasilje, fizično nasilje, vedenje, ki nakazuje možnost nasilja, ali različne kombinacije navedenega.

Avtorji so definicije povzeli iz več različnih virov (povzeto po Dobnikar, 2007, in Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2005).

### **Ogrožajoče vedenje**

Ogrožajoče vedenje vključuje vse oblike nasilnega vedenja do posameznika ali skupine oseb, na primer žuganje s pestmi, prepiranje, uničevanje lastnine, metanje predmetov po tleh ali v ljudi in podobno.

### **Nesprejemljivo (asocialno) vedenje**

Nesprejemljivo vedenje predstavlja vsaka oblika nesramnega, neobčutljivega in nespoštljivega vedenja.

---

<sup>d</sup> <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>

## **Besedno zlorabljanje**

S tem so mišljeni preklinjanje, žalitve, uporaba podcenjujočih izrazov, pa tudi verbalno spolno nadlegovanje (npr. spolno nadlegovanje z obscenim govorjenjem in neprimernimi komentarji). Pri zmerjanju gre za besedno nasilje, ki ponižuje, degradira ali kako drugače izraža pomanjkanje spoštovanja, dostojanstva in vrednosti posameznika.

## **Nadlegovanje in zastraševanje/ustrahovanje**

Izraz označuje vsako neizzvano in nezaželeno vedenje, ki koga ponižuje, spravi v zadrego, osramoti ali vznemirja in vključuje uporabo besed, kretenj (npr. kazanje različnih žaljivih kretenj), zastraševanja, zatiranja, opravljanja in ostala neprimerna dejanja. Sem spada tudi spolno in rasno nadlegovanje in nadlegovanje, ki temelji na osebnih okoliščinah ter vpliva na dostojanstvo (npr. spol, starost, oviranost in druge posebne potrebe).

Zastraševanje/skupinsko zastraševanje je ponavljajoče se napadalno vedenje, s katerim skuša nasilnež maščevalno, okrutno in zlobno ponižati in oslabiti posameznika ali skupino.

## **Zalezovanje**

Gre za ponavljajoče opazovanje, zasledovanje ali vsiljivo prizadevanje za vzpostavitev neposrednega stika ali stika preko elektronskih komunikacijskih sredstev, kar pri zalezovani osebi in njenih bližnjih povzroča prestrašenost ali ogroženost (povzeto po

## **Grožnje**

Grožnje so lahko pisne, ustne, v obliki gest (npr. žuganje s pestmi) ali telesnih položajev, ki izražajo namere poškodovanja (npr. povzročitve materialne škode, telesnega napada) in povzročijo strah pred fizično, spolno, psihično poškodbo ali drugimi negativnimi posledicami za posameznika ali skupino, na katero se nanašajo.

## **Napad**

Je namerno vedenje oz. dejanje, ki povzroči fizično poškodbo ali bolečino druge osebe ali več oseb. Sem spada tudi spolni napad. Glede na način in predmete, s katerimi je izveden, gre za različna kazniva dejanja (pretep, telesne poškodbe, umor, uboj). Kot



telesni napad so mišljeni udarci, prerivanje, brcanje, uporaba orožja, posilstvo, druge fizične oblike spolnega nadlegovanja, umor in uboj.

### **Fizično nasilje**

Gre za namerno uporabo fizične sile proti drugi osebi ali skupini oseb, ki povzroči psihične, fizične ali spolne poškodbe ali druge posledice. Med fizično nasilje spadajo med drugim porivanje, klofute, grizenje, ščipanje, praskanje, udarci, brce, zabadanje, vreznine, opekline, streljanje (povzeto po definiciji nasilja, ki jo je oblikovala Svetovna zdravstvena organizacija).

### **Psihično nasilje**

Gre za namerno uporabo moči, vključno z grožnjo fizične sile, proti drugi osebi ali skupini, ki lahko škoduje fizičnemu, duševnemu, duhovnemu, moralnemu, ekonomskemu ali socialnemu blagostanju. Vključuje zmerjanje, ustrahovanje, mobbing, nadlegovanje, grožnje in podobno.

Psihično nasilje je bilo dolgo podcenjeno in šele sedaj dobiva zaslužen pozornost. Težko ga je objektivizirati, saj se večinoma dogaja »na štiri oči« med povzročiteljem in žrtvijo. Psihično nasilje je pomemben predhodnik in spremljevalec vseh drugih oblik nasilja in se praviloma stopnjuje. Definicija psihičnega nasilja je pomembna za spremljanje dinamike v času in intenzivnosti. Iz tega je možno narediti oceno ogroženosti in ustrezno ukrepati.

### **Žrtev**

Oseba, ki je bila izpostavljena (priča ali objekt nasilnega dejanja) kateremukoli nasilnemu vedenju.

### **Povzročitelj (storilec)**

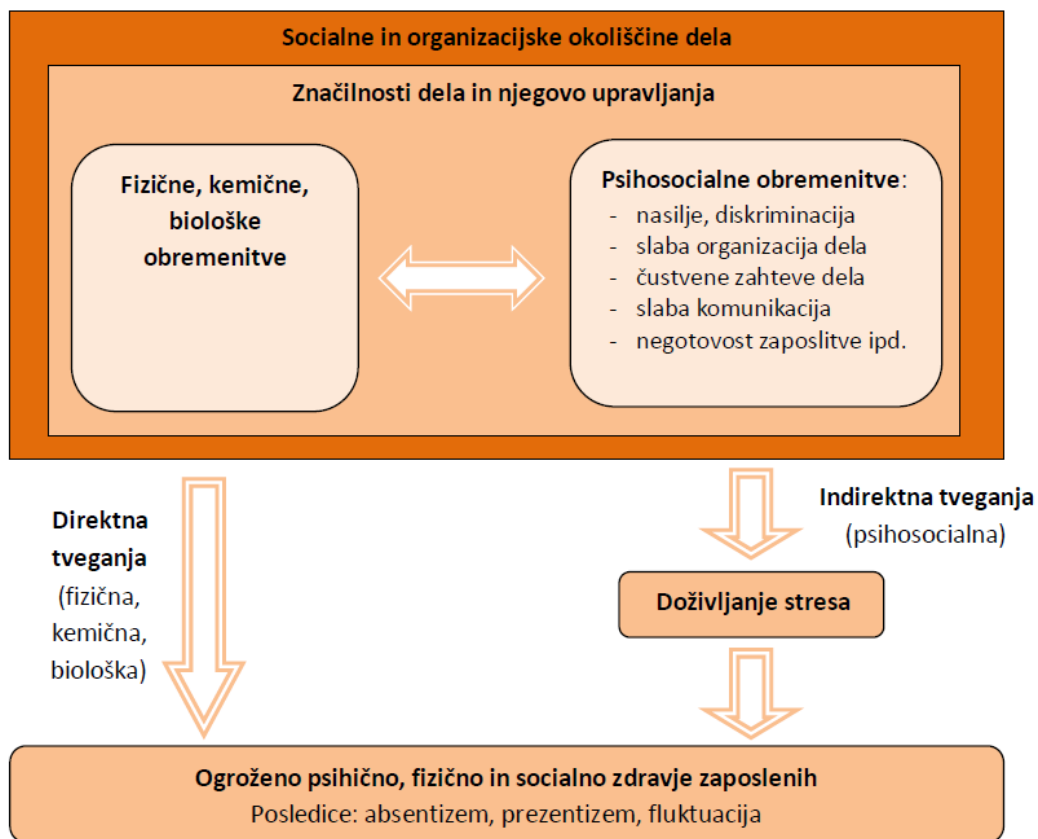
Oseba, ki namerno izvrši nasilno dejanje ali se vede nasilno. Tako vedenje je po zakonu obravnavano kot prekršek ali kaznivo dejanje.

### 1.3 Izrazi v zvezi z nasiljem na delovnem mestu

ZVZD-1 v svojem 3. členu opredeljuje pomen naslednjih izrazov:

- **Delavec ali delavka** (v nadaljevanju delavec) je oseba, ki pri delodajalcu opravlja delo na podlagi pogodbe o zaposlitvi. Kot delavec v smislu ZVZD-1 se šteje tudi oseba, ki na kakršnikoli drugi pravni podlagi opravlja delo za delodajalca, ali oseba, ki pri delodajalcu opravlja delo zaradi usposabljanja.
- **Delodajalec** je vsaka pravna ali fizična oseba in drug subjekt, ki zaposluje delavca na podlagi pogodbe o zaposlitvi.
- **Nezgod pri delu** je nepredviden oz. nepričakovan dogodek na delovnem mestu ali v delovnem okolju, ki se zgodi v času opravljanja dela ali izvira iz dela in ki povzroči poškodbo delavca.
- **Nevarni pojav** je dogodek, ob katerem je ali bi lahko nastala premoženjska škoda, je ali bi lahko bilo ogroženo zdravje ali življenje delavca oz. bi lahko prišlo do nezgode delavca, zaradi katere bi bil delavec nezmožen za delo.
- **Preventivni ukrep** je vsak ukrep delodajalca ali delavca, ki je namenjen zmanjševanju ali obvladovanju tveganj za varnost in zdravje pri delu.
- **Delovni proces** je organiziran in voden proces, ki poteka pri opravljanju dela in je pod neposrednim ali posrednim nadzorom delodajalca.
- **Sredstvo za delo** je objekt, namenjen za delovne in pomožne prostore, delovna oprema, sredstvo in oprema za osebno varnost pri delu ter snovi in pripravki.
- **Promocija zdravja na delovnem mestu** so sistematične ciljne aktivnosti in ukrepi, ki jih delodajalec izvaja zaradi ohranjanja in krepiteve telesnega in duševnega zdravja delavcev.

**Psihosocialni dejavniki tveganja na delovnem mestu** so indirektni dejavniki, ki preko sprožanja odziva stresa predstavljajo dejavnik tveganja za zdravje (Slika 4).



Slika 4. *Direktna in indirektna tveganja za zdravje na delovnem mestu* (povzeto po Šprah, 2016).

## 2 Dejavniki tveganja za nasilje na delovnem mestu

Tudi v zdravstvu velja ničelna toleranca do nasilja. To pomeni, da nasilja ne dopuščamo, ga ne nagrajujemo, ne povzročamo, se z njim ne strinjamo, ob hkratnem zavedanju, da je nasilje v takem okolju vedno možno. Dejavniki tveganja za nasilje v zdravstvenih službah so številni, vendar se razlikujejo glede na posamezna delovna okolja. Zato je dolžnost delodajalca, da skladno z zakonodajo in s smernicami MZ (MZ, 2015) opredeli dejavnike tveganja za zdravje za posamezno delovno mesto. Udejanjanje teh smernic in zakonov v praksi bi bistveno zmanjšalo tveganje za izvajanje nasilnih dejanj in za nastanek njihovih posledic.

Konfliktne situacije ali nasilje so lahko vezani na okoliščine, ko bolniki in/ali svojci iščejo zdravniško pomoč (nezadovoljstvo z obravnavo, dolga čakalna doba, zdravstveni zaplet pri svojcu, izguba svojca ...), ali pa so povsem nepovezani z razlogom, ki je osebo privedel v zdravstveno ustanovo (npr. izguba delovnega mesta, konflikti v družinskem okolju). Med dejavnike tveganja za nasilno vedenje uvrščamo dejavnike okolja, osebja, pacientov, svojcev ali drugih obiskovalcev (Dernovšek in sod., 2002).

### **Splošni (in specifični) dejavniki tveganja v okolju**

Okolje lahko deluje kot sprožilni dejavnik za nasilje ali pa ga razprši. Z okoljem sta mišljena fizično okolje in organizacija dela. Med dejavnike tveganja za nasilje, ki izhajajo iz fizičnega okolja, štejemo npr. prenapolnjene prostore in čakalnice, neprezračene prostore, vročino, mraz, hrup, slabo osvetljenost, dostopnost predmetov, ki lahko postanejo orožje (npr. škarje, težki kovinski predmeti ipd.). Med dejavnike tveganja za nasilje, ki izhajajo iz organizacije dela, pa uvrščamo npr. dolgo čakanje brez pojasnil, nejasna pravila, prehitevanje vrste v čakalnici, preobremenjeno in številčno nezadostno osebje ali druge nepredvidljive okoliščine (Dernovšek in sod., 2002, Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2005). Pri hospitaliziranih bolnikih lahko stres, povezan z okoljem, predstavljajo prenapolnjeni oddelki, pomanjkanje zasebnosti, izolacija ali bivanje na zaprtih psihiatričnih oddelkih, terapija in hospitalizacije brez privolitve.

Specifične dejavnike tveganja za posamezno okolje je dolžan opredeliti vsak delodajalec posebej.

### **Osebje**

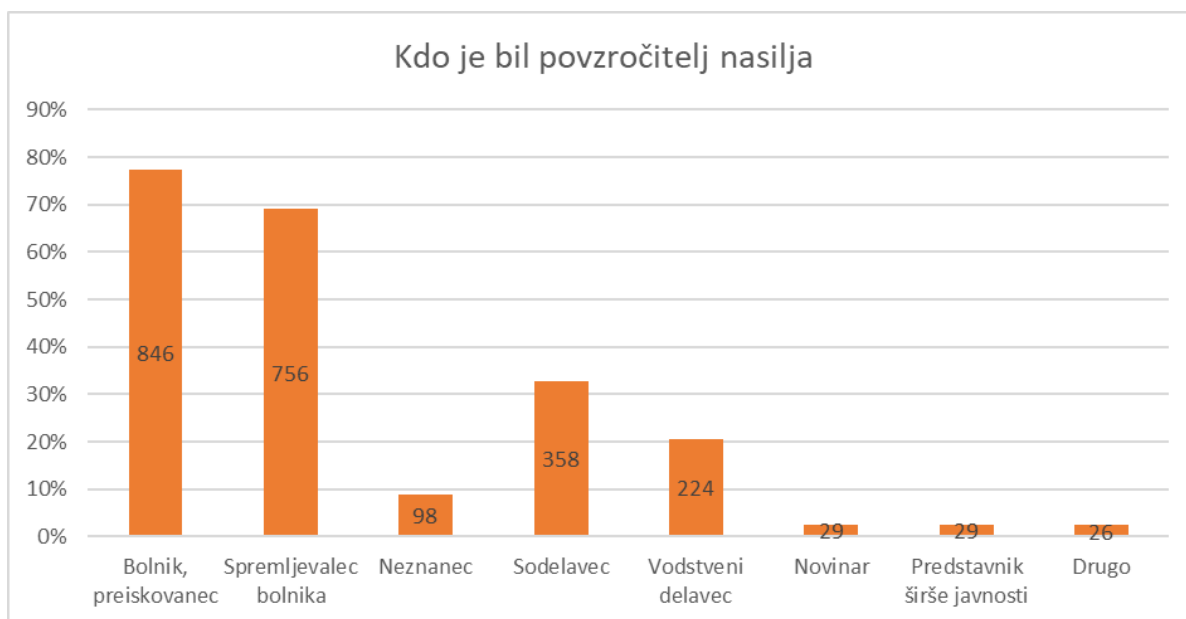
V Sloveniji primanjkuje zdravnikov, ki so zato preobremenjeni, kar lahko poveča tveganje za nasilje nad njimi. Dejavniki, vezani na osebje, so: neizkušenos, pomanjkljivo znanje o prepoznavanju nasilja in pomanjkanje veščin za pravilno ukrepanje pri znakih grozečega nasilnega vedenja ali celo ob pojavu stopnjevanega

nasilnega vedenja, nehoteno izvajanje eskalacije\*, tudi neustrezen osebni odnos do nasilnega vedenja – prenizka ali previsoka toleranca in posledično napačno ukrepanje (osebno zapletanje osebja v konflikte namesto razreševanja in deeskalacije\*\*-razlaga izraza v podpoglavju 3.4) oz. dopuščanje, da oseba z nasilnim vedenjem doseže ugodnosti, ki ji sicer ne pripadajo, užaljenost, osebna prizadetost) (Dernovšek in sod., 2002).

Neprostoovoljno hospitaliziran bolnik lahko zaradi psihopatologije doživlja zdravljenje, pravila na oddelku, pomanjkanje osebja, težave v odnosu z osebjem kot komunikacijski stres, kar pripomore k nasilnemu vedenju.

## Bolniki

Najpogostejši dejavniki tveganja za nasilje so vezani na bolnika. 77 % vseh anketiranih zdravstvenih delavcev je že bilo žrtev nasilja s strani bolnika, 69% pa s strani njihovih svojcev (slika 5).



Slika 5: Izpostavljenost nasilju glede na povzročitelja (prilagojeno po Čebašek Travnik, 2018).

\***eskalácija** -e ž (á) publ. načrtno, postopno širjenje vojne na omejenem področju, stopnjevanje vojne: mnogi opozarjajo, da lahko eskalacija pripelje do totalne vojne; teorija eskalacije. Slovar slovenskega knjižnega jezika 1970-1991.

Nekateri imajo psihične težave (npr. izkrivljeno doživljanje resničnosti, kratkostičnost, nizka toleranca za frustracije, osebnostna značilnost), 6 % jih je pod vplivom psihoaktivnih snovi (npr. zastrupitev z alkoholom, prepovedanimi drogami). Najpogostejši razlogi za nasilno vedenje so čakanje na zdravstveno storitev, zavrnitev zdravniškega potrdila ali opravičila, neupravičene zahteve po napotivah ter nestrinjanje s predpisanimi zdravili ali terapevtskimi postopki.

V zdravstvu se z nasilnim vedenjem najpogosteje srečamo pri bolnikih s hudimi telesnimi kroničnimi boleznimi (nevrološke motnje, motnje presnove, kot npr. hipoglikemija), kroničnimi duševnimi motnjami (psihoze) in pri bolnikih, zastrupljenih z različnimi psihoaktivnimi snovmi, zlasti psihostimulansi. Tudi ljudje z osebnostnimi motnjami so nagnjeni h kratkostičnim reakcijam nasilnega vedenja (Dernovšek in sod., 2002).

K dejavnikom tveganja lahko pripomorejo tudi utrujenost, neprespanost in bolečina. Poleg tega lahko bolnik z izkrivljenim mišljenjem napačno interpretira rutinske aktivnosti na oddelku (npr. »tu me zastrupljajo« ali »za zmeraj me bodo zaprli«) in doživlja stres, povezan z zaznavanjem.

### **Svojci, obiskovalci**

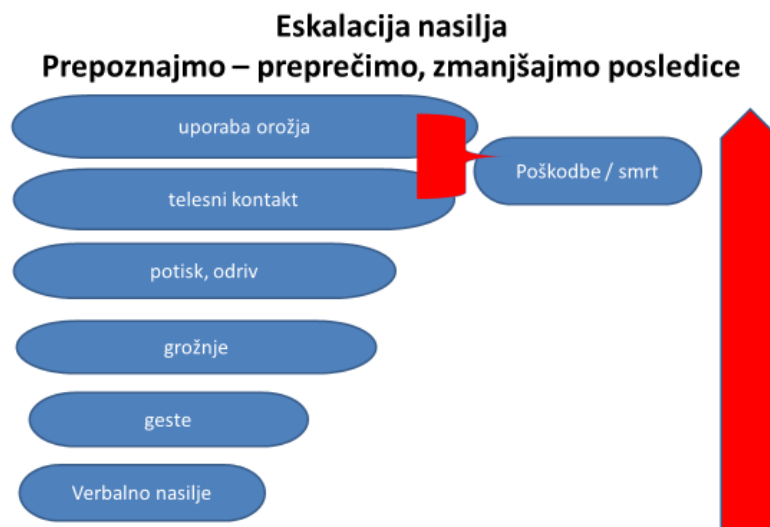
Svojci, spremljevalci, obiskovalci imajo lahko nerealna in posledično prevelika pričakovanja glede poteka obravnave, zdravljenja in izida bolezni in so lahko nekritični glede potrebe po zdravljenju in glede dejanskega zdravstvenega stanja osebe, ki jo spremljajo ali o njej iščejo informacije.

Za svojce pogosto zmanjka časa in se jim v komunikaciji ne posveti dovolj časa ali pa imajo le občutek, da se jim posveča premalo pozornosti. Svojci so navadno čustveno precej prizadeti (npr. »gre za življenje enega od staršev« ali »v obravnavi je njihov majhen otrok«), poleg tega imajo lahko tudi sami telesne ali duševne zdravstvene težave. Tudi pri svojcih se lahko pojavlja nizka toleranca za frustracije, kratkostičnost, izkrivljeno doživljanje resničnosti, intoksikacija ali osebnostna značilnost, so razočarani ali se ne znajdejo, kar lahko, čeprav začasno, znatno okrepi tveganje za nasilje (Dernovšek in sod., 2002).

### 3 Dinamika nasilja

#### 3.1 Naraščanje in izbruh nasilja

Nasilno vedenje se pogosto razvija progresivno in se od psihičnega nasilja lahko stopnjuje do skrajnih oblik, kot je umor (Slika 6). Nevarnost se posebej poveča, kadar psihično oz. besedno nasilje vsebuje elemente razvrednotenja oz. razčlovečenja. Poznavanje naraščanja in končnega izbruha nasilja omogoča osebu razumevanje in prekinitvev stopnjevanja (Ministero della Salute, 2007).



Slika 6. *Dinamika nasilja* (Ministero della Salute, 2007).

#### 3.2 Opozorilni nevarni dogodek

Pridružena komisija za akreditacijo organizacij zdravstvene dejavnosti (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations – JCAHO) je definirala kot opozorilni nevarni dogodek (angl. sentinel event) vsak nepričakovan dogodek s smrtnim izidom ali hudimi telesnimi ali psihičnimi poškodbami oz. tveganjem za poškodbe. Nasilje nad zdravstvenim delavcem je opozorilni nevarni dogodek s pragom alarma 1. To pomeni, da mora opozorilni nevarni dogodek takoj sprožiti preiskavo za ugotavljanje okoliščin in dejavnikov tveganja, ki jih je možno odpraviti ali preprečiti in upoštevati pri preventivnih ukrepih in zaščiti zaposlenih (JCAHO, 2001).

Po principu kakovosti v zdravstvu je treba neželene dogodke predvideti in preprečiti. V kolikor pa pride do njih, je treba izvesti revizijo ocene varnosti delovnega mesta, izvesti

reorganizacijske in vse druge potrebne in dostopne ukrepe (npr. po razbitju stekla zamenjava z nelomljivim steklom) z namenom preprečitve ponovitve.

### **3.3 Pogostost nasilja**

Joint Commission za obdobje od januarja 1995 do decembra 2006 poroča o 141 nasilnih dogodkih, ki vključujejo napad in umor (JC, 2006). Tudi pri nas so v zadnjih letih sredstva javnega obveščanja poročala o več opozorilnih nevarnih dogodkih najhujših oblik.

Po oceni Oddelka za delo Združenih držav Amerike (U. S. Department of Labor – DOL) je stopnja pojavnosti napadov brez smrtnega izida 9,3 na 10.000 primerov pri zaposlenih v bolnišnicah v primerjavi z 2 na 10.000 pri zaposlenih v industriji v zasebnem sektorju. Mnogi od teh napadov se zgodijo v bolnišnicah, drugih regionalnih zdravstvenih ustanovah, še posebej v ustanovah za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, v ustanovah za zdravljenje duševnih bolezni, v namestitvenih in socialnih ustanovah (DOL, 2001).

V Sloveniji nimamo vpeljanega rutinskega sistema za zaznavanje in spremljanje (»surveillance«) nasilnih dogodkov nad zdravništvom na delovnem mestu. Podatkov o incidenci in prevalenci nasilja nad zdravstvenim osebjem po poklicnih skupinah ali po vrsti nasilja na delovnem mestu prav tako ni moč pridobiti iz rutinskih zdravstvenih podatkovnih baz. Razširjenost in pojavnost problematike nasilja je podcenjena.

Izsledki španske raziskave<sup>f</sup> kažejo, da je nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni dejavnosti pogost pojav. Vsak deseti je bil že žrtev fizičnega napada, 5 % večkrat. Zaradi fizičnega nasilja so najbolj ogrožene urgentne službe (48 %), sledijo psihiatrične službe (27 %). Verbalnemu nasilju (grožnje, žaljivke, ustrahovanje) je bilo izpostavljeno 64 % zaposlenih, od tega 34 % več kot enkrat, 24 % pa ponavljajočemu verbalnemu nasilju. Najbolj ogrožene so urgentne službe (82 %), sledijo pa psihiatrične službe (64 %). Fizičnemu nasilju so najbolj izpostavljeni zdravstveni tehniki in medicinske sestre, ker so največ v stiku z bolnikom. Sledijo jim zdravniki. Žaljivk so deležni vsi. Grožnje so pogosteje usmerjene v tiste, ki sprejemajo odločitve, tudi z namenom vpliva na njihove odločitve. Raziskava ni pokazala nobene povezave med pogostostjo fizičnega

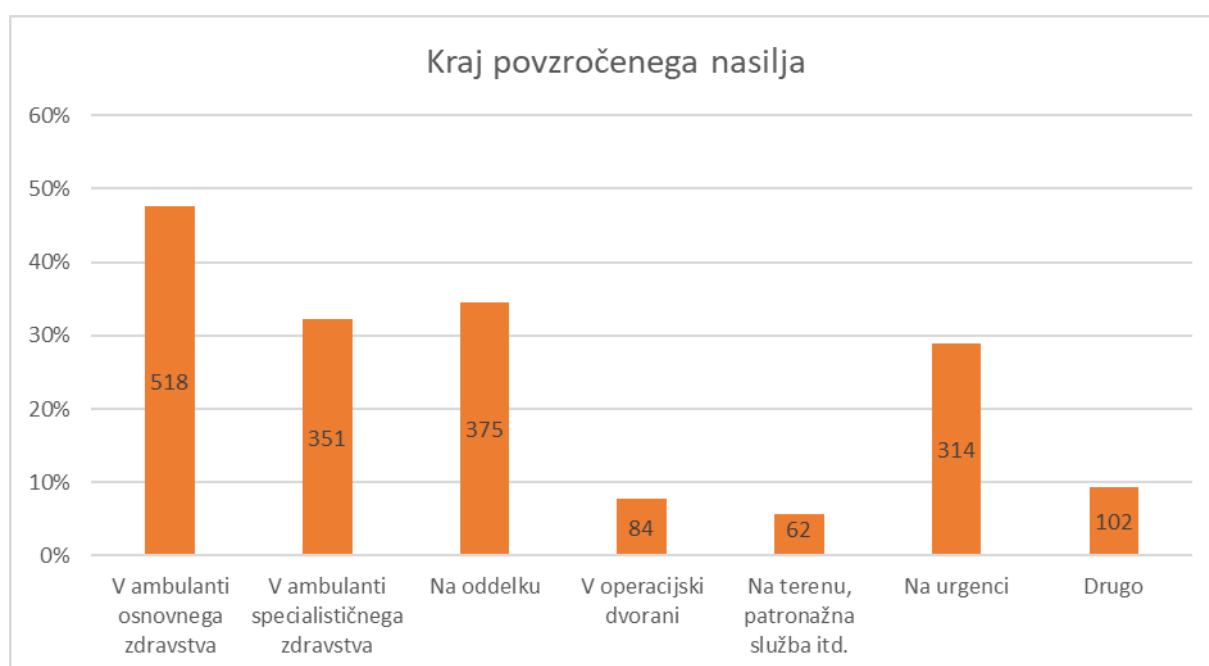
---

<sup>f</sup> V raziskavo vključenih 1826 članov zdravstvenega osebja, 3 bolnišnice, 22 zdravstvenih ustanov primarnega zdravstva (mestna, urbana okolja).



napada in spolom osebja, grožnje pa so pogosteje usmerjene v osebje moškega spola (Santiago in sod., 2009).

Raziskave v našem okolju kažejo, da je tveganje za nasilne incidente najvišje v službah splošne nujne medicinske pomoči in urgencah (Dernovšek in sod., 2002). Posebej so tveganju za nasilje izpostavljeni zdravniki, ki opravljajo obiske na terenu. Z obiskom na domu zdravnik namreč poseže v bolnikovo okolje (Dernovšek in sod., 2002). Tudi v službah za obravnavo zlorabe psihoaktivnih snovi in sindroma odvisnosti od psihoaktivnih snovi (alkohol, prepovedane droge, druge psihotropne snovi) je tveganje za pojav nasilnega vedenja visoko. Verjetnost za nasilno vedenje je nekoliko manjša v ambulantnih in skupnostnih psihiatričnih službah (pozornost posvetimo predvsem dejavnikom tveganja pri bolniku) (Dernovšek in sod., 2002). V raziskavi iz leta 2018 se je pokazalo, da je 48 % anketiranih zdravstvenih delavcev že bilo izpostavljeno nasilju v ambulanti osnovnega zdravstva, 35 % na oddelku in 32 % v ambulanti specialističnega zdravstva, kar prikazuje slika 7.



Slika 7: Izpostavljenost nasilju glede na kraj povzročene nasilja (prilagojeno po Čebašek Travnik, 2018).

Poleg že omenjenih služb splošne nujne medicinske pomoči in urgenc, psihiatričnih bolnišnic, ambulantnih in skupnostnih psihiatričnih služb, služb za zdravljenje sindroma odvisnosti je pogostost nasilja velik problem tudi v čakalnicah, v geriatričnih enotah, dežurnih službah in zaporih.

Dejavniki, ki še dodatno prispevajo k naraščanju nasilnega vedenja:

- naraščanje števila bolnikov z akutnimi ali kroničnimi duševnimi težavami, ki so odpuščeni iz bolnišnic,
- razširjenost rabe alkohola in drog,
- neomejena dostopnost za obiskovalce v bolnišnicah in ambulantnih službah,
- dolgo čakanje zaradi omejenih možnosti oskrbe na oddelkih za nujno medicinsko pomoč,
- pomanjkljivo triažiranje in nezadostna transparentnost čakalnih vrst,
- pomanjkanje osebja in preobremenjenost zlasti v času največjih aktivnosti (transport pacientov, vizite, diagnostični pregledi ...),
- en sam zaposleni v stiku s pacientom,
- izvajanje zdravstvenih storitev v dislociranih ali izoliranih enotah, brez telefona ali drugih možnosti sproženja alarma,
- pomanjkljivo znanje osebja s področja prepoznavanja in preprečevanja nasilja,
- slaba osvetljenost parkirnih prostorov in stavb (Ministero della Salute, 2007).

## **4 Tehnike soočanja z nasiljem**

### **4.1 Prepoznavanje grozečega nasilnega incidenta, tehnike deeskalacije in posebni varovalni ukrepi**

Stiska bolnikov, svojcev in tudi osebja je lahko povod za nasilje. Zdravništvo se dnevno srečuje z razmerami, ki lahko hitro prerastejo v najhujše oblike nasilja, z ustreznim znanjem in veščinami pa so lahko vsaj deloma rešljive. Z načrtovanjem varnosti in dobro pripravljenostjo je mogoče nasilne incidente preprečiti ali zmanjšati njihove učinke, predvideti tvegane okoliščine in pripraviti odziv nanje (Razpredelnica 1). Kljub temu pa vseh nasilnih incidentov ni mogoče razrešiti, zato je nujno vedeti tudi, kdaj se je treba umakniti in poklicati na pomoč (Blejc, 2016).

Načrti in programi za preprečevanje nasilja in zmanjševanje posledic nasilnega vedenja morajo obravnavati vse ravni odziva na nasilno dejanje:

- prepoznavanje znakov agitacije, tudi manj opaznih, kot sta vse pogostejše mežikanje ali upočasnjeno gibanje,
- spremljanje naraščanja agitacije, jeze in impulzivnosti,
- oceno nevarnosti situacije,
- izbrati čas in način izvedbe deeskalacije,
- določitev kod in vnaprej dogovorjenih načinov komunikacije za neopazen priklic pomoči (varnostna služba, policija) znotraj tima,
- navodila, kdaj in kako uporabiti nenasilno samoobrambo (npr. tehnike za izogibanje, preusmeritev),
- odločitev o času in načinu morebitne evakuacije stavbe (Ambrosi in Busich, 2015).

Nikoli pa pacienta ne ustavljamo s fizično silo, ker za to nismo usposobljeni (Blejc, 2016).

Razpredelnica 1. Uporaba Haddonove matrice za preprečevanje nasilja na delovnem mestu.

Faze	Žrtev	Povzročitelj	Fizično okolje	Družbeno okolje
Pred dogodkom ali napadom	Poznavanje lastne usposobljenosti in trening	Znana zgodovina prejšnjih nasilnih dejanj	Dostopnost predmetov, ki lahko postanejo orožje. Dostopnost izhoda.	Obisk v paru ali s spremstvom
Ob dogodku (napadu)	Znižanje stopnjevanja Tehnike pobega Alarmi in telefonski klici	Zmanjšanje smrtnosti s povečanjem distance	Izhod, alarm, mobilni telefon	Beleženje in varnostni postopki
Po dogodku ali napadu	Zdravstvena oskrba in svetovanje po dogodku	Uvedba kazenskega pregona	Ocenitev vpliva fizikalnih dejavnikov okolja	Poučevanje osebja in svetovanje

## **4.2 Usposobljenost osebja**

Usposobljenost osebja dosežemo z izobraževanjem o komunikaciji z agresivnimi bolniki in o deeskalacijskih tehnikah ipd. Pri usposabljanju osebja lahko izhajamo iz praktičnih izkušenj z uporabniki zdravstvenih storitev. Zagotoviti je treba organizirano izobraževanje za vse člane tima in jih seznaniti tudi s splošno varnostno oceno in s spremembami, ki jih zahteva vsakodnevna praksa. Vsi v timu naj bodo seznanjeni tudi s potrebnimi postopki za medsebojno pomoč in pomoč, ki jo lahko nudijo drugi. Začetnike, nove člane tima je treba seznaniti z delom, varnostjo in posebnostmi še pred vstopom v delovni proces, pri ostalih pa občasno obnavljati potrebna znanja in utrjevati izkušnje (Dernovšek in sod., 2002).

## **4.3 Napovedni dejavniki nasilja**

Pri prepoznavanju napovednih dejavnikov za nasilje oz. pri oceni tveganja za nasilno vedenje so nam v pomoč tudi ocenjevalna orodja in opomniki. Eden takih je »The Brøset violence checklist« (BVC) (Woods in Almvik, 2002), ki je s svojo 80 % občutljivostjo in 95 % specifičnostjo dovolj zanesljiv napovedovalec nasilnega vedenja opazovane osebe ter opredeli tveganje za naslednjih 30 minut in hkrati opredeljuje način ukrepanja glede na doseženo število točk. Vprašalnik vsebuje šest spremenljivk: zmedenost, razburljivost, glasnost – hrupnost, grožnje s fizičnim nasiljem, verbalno nasilje, nasilje do predmetov (Dernovšek, 2016). Za zagotavljanje največje varnosti se morajo vsi in vsak zaposleni (vodstvo, administracija, zaposleni v zdravstvu) izobraževati, obnavljati znanje in udeleževati treningov (Ambrosi in Busich, 2015). Dejavniki, ki napovedujejo skorajšnji izbruh nasilnega vedenja, so npr. povišan ton govora, gestikulacije in udarec ob mizo. V takih okoliščinah je pomirjujoč pristop zelo pomemben. Za prepoznavo tveganja za nasilje, pravočasno umiritev ali umik, če umiritev ni mogoča, je čuječnost osebja odločilnega pomena (Blejc, 2016).

Pri oceni dolgoročnega tveganja za nasilno vedenje uporabimo avtoanamnezo, heteroanamnezo in podatke o stanju pacienta. Iščemo podatke o antisocialnem vedenju, rabi psihoaktivnih snovi, duševnih motnjah, somatskih kroničnih boleznih, podatke o grožnjah z nasiljem in ideacije, o povečanju stopnje izraženosti ali pogostosti groženj, o fizičnem nasilju, spolnem nasilju, uporabi orožja v drugih okoljih, neupoštevanju določil organov pregona in kaznovanja, negativnih prepričanjih in

omalovaževanju, težavah v zvezah, težavah na delovnem mestu, socialnem statusu (Dernovšek, 2016).

Opozorilni signali vključujejo tudi: agresivne/sovražne telesne drže, ponavljajoče izražanje nezadovoljstva, razdraženost, spreminjanje tona glasu in velikosti zenic, mišično napetost, potenje, napetost in naraščanje vznemirjenosti (Giribaldi, 2015).

Grožnje sodijo med oblike nasilja in jih je treba prijaviti policiji, tožilstvu in o njih poročati nadrejenemu, sodelavcem in potencialni žrtvi.

#### **4.4 Blaženje oz. obvladovanje grozeče nevarnosti nasilnega dogodka**

Besedna deeskalacija je komunikacijska strategija s ciljem zmanjšati napetost in preprečiti naraščanje in izbruh nasilja pri dotični osebi (Almvik, 2000). Da bo lahko uspešna, je bistveno pravočasno zaznavanje dejavnikov tveganja (razburjenost, napetost...) in hitro ukrepanje k zmanjšanju napetosti in usmerjanje dejavnosti k večanju varnosti ali umiku (Dernovšek, 2016).

Ukrepe je treba izbrati glede na okoliščine. Verbalno deeskalacijo lahko izvajamo takrat, ko obstaja tveganje za incident z nasiljem in nam ne grozijo z orožjem. Načini komunikacije pri deeskalaciji niso „tradicionalni“. Prvi in edini cilj deeskalacije je zmanjšanje napetosti in vzpostavitev dialoga. Pri tem je v izhodišču treba upoštevati, da pri osebi z občutki jeze ni treznega razmišljanja. Ko nas nasilje prestraši, se praviloma odzovemo z begom, bojem ali pa zamrznemo. Pri deeskalaciji nič od tega ne pride v poštev. Za uspešno deeskalacijo je treba kljub strahu, ki nas preplavlja, delovati mirno in zbrano. Da bomo delovali čim bolj spontano in naravno, je potreben trening. Osvojiti moramo tri osnovne ravni obvladovanja grozečega nasilja: znanje in veščine deeskalacije, samonadzor in položaj telesa (Giribaldi, 2015). Pri deeskalaciji je pomembno vse: od načina govora do drže. Pravočasno je treba umiriti temo pogovora in z umirjenostjo znižati agitacijo na bolj varno raven. Osnovna pravila deeskalacije so: govorimo umirjeno s srednjim tonom glasu, ne višamo tonov ali glasu in ne skušamo preglasiti sogovornika. Primer: »Govorite malo bolj počasi, težko vam sledim.« Umirjen, razumevajoč, hkrati pa odločen pogovor z osebo, ki navadno krši splošno veljavni način delovanja zdravstvene ustanove, pri tem pa se vede očitajoče, celo grozeče, vodi k postopni ali pogosto tudi k takojšnji deeskalaciji (Dernovšek in sod., 2002). Govorimo toplo, jasno in preprosto. Pokažemo, da poslušamo. Izogibamo se avtoritativnim ali obrambnim držam, kot so prekrižane roke ali roke v bokih.

Izogibamo se osebni konfrontaciji: »Poslušam vas. Slišim vas. Pomagali vam bomo.« Pacientu damo dovolj osebnega prostora, ga ne trepljamo ali drugače vdiramo v osebni prostor, ker bi se nasilna oseba lahko počutila ogroženo (Blejc, 2016, Giribaldi, 2015). Zaupajmo lastnemu instinktu in izkušnjam. Če po nekaj minutah ocenimo, da deeskalacija ni uspešna, se moramo absolutno ustaviti in umakniti (Giribaldi, 2015).

## **5 Varnostni ukrepi**

### **5.1 Okolje, fizično okolje in sistemski ukrepi**

Posebno pozornost je treba nameniti prostorom, kjer se zadržuje večje število oseb, npr. čakalnicam. Zelo pomembna je primerna osvetlitev, tako notranja osvetlitev hodnikov, čakalnic, toaletnih prostorov kot zunanja razsvetljava vhodov, parkirnih prostorov, dostopnih poti. Spremljati je treba pretok in gibanje oseb zlasti na mestih prostega neomejenega dostopa, kot so toaletni prostori, hodniki, čakalnice, ob aparatih za napitke in prigrizke (Ambrosi in Busich, 2015, Giribaldi, 2015).

Priporočena je namestitev pohištva in opreme, ki daje organiziran, miren, spoštljiv videz. Pohištvo naj bo preprosto in funkcionalno. Poskrbimo za nedostopnost predmetov, ki bi lahko bili uporabljeni kot orožje, npr. škarje, spenjač, obtežilnik (Ambrosi in Busich, 2015, Giribaldi, 2015).

Za hitro, učinkovito in varno ukrepanje vseh udeležencev v nasilnem incidentu mora sistem priklica pomoči delovati. Notranje in zunanje preverjanje delovanja naprav za varnost, kot so alarmni gumbi, sistemi za video nadzor in druga tehnična oprema, mora biti redno, v skladu s predpisanimi obdobji in zabeleženo. Osebje in zdravstvene ustanove morajo že vnaprej vzpostaviti hitre komunikacijske poti, se dogovoriti za kode in protokole ukrepanja ter jih redno preverjati v vsakem zdravstvenem timu. Gre npr. za vzpostavitev alarmnega gumba, dogovor o načinu obveščanja drugih članov tima, da lahko neopazno pokličejo pomoč varnostne službe, policije (Blejc, 2016). O tem je treba sproti obveščati tudi novozaposlene.

## **6 Debriefing (posttravmatski terapevtski pogovor)**

Potrebna je tudi pomoč vsem udeleženiim po nasilnem dogodku.

Debriefing je strukturirana psihološka klinična intervencija, ki jo navadno vodi psiholog z izkušnjami za krizne situacije z namenom zmanjšanja čustvenih posledic žrtev travmatskega dogodka. Poleg takojšnje pomoči lahko žrtve in priče nasilnega incidenta potrebujejo tudi dolgotrajno obravnavo psihičnih posledic, ki zaznamujejo osebo, kot so posttravmatski stresni sindrom, tesnoba, depresija.

Model prve psihološke pomoči RAPID je ustrezno predstavljen v priročniku Psihosocialna pomoč po nesrečah in drugih kriznih dogodkih (Lavrič in Štirn, 2016).

## **7 Organizacijski ukrepi**

Nasilje nad osebjem v zdravstveni dejavnosti je že dolgo znano dejstvo. Tveganje za nasilje nad zdravništvom je povezano že s poklicem samim (delo z ljudmi: s pacienti, svojci, obiskovalci), z organizacijo dela (izmensko delo, obiski na domu, dežurstva, obremenjenost) ali je institucionalno (pravna, zakonska odgovornost). Zdravništvo je izpostavljeno tveganju za nasilni incident, posledicam za zdravje, varnost in življenje. Preventivni program za preprečevanje in obvladovanje nasilja nad zdravništvom je prednostna naloga. Izhodišče za pripravo programa je analiza stanja. Poiskati je treba službe ali mesta z večjim tveganjem za nasilje, opredeliti pojavnost, ugotoviti varnostna tveganja in predvideti ukrepe - interni algoritem ukrepanja. Z rednim spremljanjem nasilnih incidentov, tako sistemsko kot na ravni ustanove, zaznamo kritične točke in pomanjkljivosti v varnostnih sistemih in lahko ukrepamo. Vsak nasilni dogodek je treba dokumentirati in o njem poročati. Po vsakem nasilnem dogodku je treba preveriti in po potrebi prilagoditi varnostno oceno, presoditi in prilagoditi navodila za ravnanje, oceniti potrebe po izobraževanju osebja in izobraževanje izvesti. V dragoceno pomoč je razvoj instrumentov za oceno tveganja in trening osebja. Potrebna so navodila glede pravnih postopkov.

### **7.1 Izobraževanje in trening osebja**

Znanje in veščine za prepoznavanje tveganja za nasilje, oblik nasilja, poznavanje in uporabo ukrepov za preprečevanje nasilja bo osebje pridobilo z obveznim in stalnim izobraževanjem. Še posebno se je treba posvetiti na novo zaposlenim in tistim, ki

delajo sami. Sama klinična praksa ne zadostuje, potrebna so posebna znanja in veščine. Omogočeno mora biti izobraževanje osebja, ki se pri delu srečuje s tveganjem za nasilje, in osebja, ki skrbi za varovanje, saj gre za posebna znanja in metode obvladovanja sovražnih stanj. Prav tako mora biti poskrbljeno za nadzor situacij z visokim tveganjem in uvajanje ukrepov za organizacijsko varnost.

Odgovornost za varnost na delovnem mestu zadeva delodajalca, vsi zaposleni v zdravstvu pa lahko predlagajo ukrepe in izboljšave za povečanje varnosti.

## **7.2 Izdelava preventivnega programa**

ZZS se zavzema za politiko ničelne tolerance do nasilja nad zdravništvom. O tem bo stalno obveščala vse sodelujoče v zdravstvenem sistemu, tako osebje, bolnike, svojce, obiskovalce, vodstva zdravstvenih ustanov in druge delodajalce kot tudi druge deležnike, kot so Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), Ministrstvo za zdravje (MZ), Združenje zdravstvenih zavodov (ZZZ).

ZZS spodbuja poročanje o nasilnih incidentih sproti in takoj, uvajanje ukrepov za zmanjševanje in odpravo tveganj, sodelovanje s policijo in drugimi službami za delovanje v okoliščinah, kjer je prisotno nasilje, in zavezanost vodstev zdravstvenih ustanov do zagotavljanja varnosti. Strokovna delovna skupina začrta priporočila za preprečevanje nasilja, zgodnje prepoznavanje groženj za nasilni incident, tehnike pomirjanja in zmanjševanje posledic nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu.

## **8 Zaključki**

Za uspešno preprečevanje, obvladovanje nasilnega vedenja do zdravništva in zmanjševanje posledic nasilnih incidentov ne more in ne sme biti odgovorno zgolj zdravništvo, zato je treba zagotoviti systemske ukrepe in delovati sinergistično. V posamezni organizaciji, pa tudi systemsko, je potreben vertikalni (tudi vodstva ustanov) in horizontalni pristop. Poenoten, učinkovit in jasen sistem obravnave in spremljanja nasilnih incidentov je nujno potreben (Ambrosi in Busich, 2015, Giribaldi, 2015).

Pomanjkanje statističnih podatkov in posledična podcenjenost fenomena ne sme in ne more biti razlog za minimaliziranje ali celo ignoriranje fenomena, ki je v porastu.



Sistem poročanja o incidentih mora biti varen in enostaven že znotraj službe, pa tudi na sistemski ravni.

Zagotoviti je treba ustrezne pogoje za izobraževanje in urjenje veščin, nadzor, varnostni načrt in priporočila, žrtvam, pričam in povzročiteljem pa je treba zagotoviti ustrezno strokovno pomoč.

**Samo ničelna toleranca do nasilja v zdravstvu omogoča strokovno, kakovostno in varno obravnavo pacientov.**

## **9 Viri pomoči v primeru nasilja:**

- Pravna pomoč Zdravniške zbornice Slovenije za člane  
<https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/svetovanje>
- Zdravniški ombudsman Zdravniške zbornice Slovenije za člane zbornice  
<https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/zdravniski-ombudsman>
- Mediacijska pisarna Zdravniške zbornice Slovenije za člane zbornice in izvajalce zdravstvenih storitev  
<https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/mediacija>
- Prijava nasilnega dogodka na Zdravniško zbornico Slovenije (obrazec na spletni strani <https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/prijava-nasilnega-dogodka>)
- (Brezplačna) izobraževanja Zdravniške zbornice Slovenije o komunikaciji in drugih veščinah obvladovanja konfliktnih situacij (za točke)  
<https://www.domusmedica.si/#vsa-izobrazevanja>
- Pravna pomoč in mediacija znotraj zdravstvenega zavoda (pri delodajalcu)
- Policija (klic v sili 113)

## Literatura

- A doctor-a public official?  
[http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/english/tematy/aktual/A\\_Doctor-a\\_Public\\_Official](http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/english/tematy/aktual/A_Doctor-a_Public_Official)
- Almvik R, Woods P, Rasmussen K. Brøset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability : J Interperson Violence 2000; 12, 1284 – 96.
- Ambrosi A, Busich A. Procedura aziendale »Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari«. Raccomandazione Ministeriale n.8. Azienda USL Pescara. 2015.
- Blejc U. Nasilje nad zdravniki: Poslušam vas. Razumem vas. Kako vam lahko pomagam? PHarmonia. 2016; 18: 56-9.
- Čebašek-Travnik Z. Rezultati ankete Nasilje nad zdravniki. 94. skupščina ZZS, Ljubljana, 14.06.2018.
- Dahlberg LL, Krug EG. Violence-a global preventive problem. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., editors. World report on violence and health., Geneva, World Health Organisation, 2002: 1–22.
- Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Okvirne smernice za obravnavanje nasilja na delovnem mestu v zdravstvu. Zbornica zveza, Ljubljana, 2005.
- Dernovšek MZ. Dejavniki, ki vplivajo na pojavljanje nasilnih incidentov. Prepoznavanje in preprečevanje nasilnega vedenja v zdravstvu, strokovno srečanje Zdravniške zbornice Slovenije, 2016.
- Dernovšek MZ (ur.), Lovrečič M (ur.), Novak-Grubič V (ur.). Smernice za preprečevanje in obravnavanje nasilnega vedenja duševno motenih oseb v zunajbolnišnični dejavnosti: priročnik VI, (Viceversa, 6). Ljubljana: Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo Ljubljana, 2002.
- Di Martino, V. (2002). Workplace Violence in the Health Sector — Country Case Studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian Study: Synthesis Report; Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.
- Dobnikar B., Vidmar V. Raziskava o nasilju nad zdravniki. Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana, 2008. dostopno 12.03.2019 na

[https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/microsoft-word---raziskava-o-nasilju-nad-zdravniki-poro%C4%8Dilo.pdf?sfvrsn=99742e36\\_4](https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/microsoft-word---raziskava-o-nasilju-nad-zdravniki-poro%C4%8Dilo.pdf?sfvrsn=99742e36_4).

- Direktiva št. 89/391/EGS.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Workplace Violence and Harassment: a European Picture. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.
- European Commission. Preventing Workplace Harassment and Violence: Joint Guidance Implementing a European Social Partner Agreement, 2011.
- Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (EU- OSHA). Druga evropska anketa podjetij o novih in nastajajočih tveganjih (ESENER-2). Povzetek. Bilbao, Španija. 2015.
- Giribaldi MA. Ordine assistenti sociali - Consiglio nazionale: Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto. Ministero della Salute, Roma,2015. Dostopno na <http://www.cnoas.it/files/000002/00000284.pdf>
- International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organisation, Public ServicesInternational -Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector: Framework Guidelines for addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva 2002.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). 2001.
- Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 50/12 – uradno prečiščeno besedilo, 6/16 – popr., 54/15, 38/16 in 27/17), 134.a člen).
- Kobal MF. Nasilje psihiatričnega bolnika kot urgentno stanje. In: Romih J, Žmitek A, eds. Urgentna stanja v psihiatriji. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1999: 49-62.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mcec JA, Zwi AB, Wilson A. The way forward: recommendations for action. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mcec JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2002.
- Lavrič A., Štirn M. Priročnik Psihosocialna pomoč po nesrečah in drugih kriznih dogodkih, 2016: [http://www.sos112.si/slo/tdocs/prirocnik\\_psihosocialna\\_pomoc.pdf](http://www.sos112.si/slo/tdocs/prirocnik_psihosocialna_pomoc.pdf)

- Lovrečič B, Lovrečič, M, Dernovšek MZ. Poskus ocene pojavnosti nasilnega dogodka nad zdravniki na delovnem mestu v zdravstvu v obdobju 2010-2015 v Sloveniji na osnovi Evidence poškodb pri delu. *Isis*, 2018; 27(6): 22-26.
- Ministero della Salute - Dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Raccomandazione n. 8, 2007.
- Ministrstvo za zdravje. Smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu 2015: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno\\_zdravje\\_2015/zdr\\_na\\_del\\_mestu/Smernice\\_promocija\\_zdravja\\_na\\_delovnem\\_mestu-marec\\_2015\\_-\\_vsebinski\\_del.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2015/zdr_na_del_mestu/Smernice_promocija_zdravja_na_delovnem_mestu-marec_2015_-_vsebinski_del.pdf)
- NIOSH, 1996
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence—Occupational Hazard in Hospitals. 2002. [www.cdc.gov/niosh](http://www.cdc.gov/niosh)
- Nordin H. Fakta om vaold och hot I arbetet, Solna, Occupational Injury Information System, Swedish Board of Occupational Safety and Health, 1995.
- Parent-Thirion A, Fernández Macía, E, Hurley and Vermeulen G. Fourth European Working Conditions Survey, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg 2007 <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/index.htm>
- Santiago Gascón et al. Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multi-facility Study to Evaluate the Distribution of Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 15(1): 2009.
- Šprah L. Priročnik za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absentizma s pomočjo orodja e-OPSA. Ljubljana, 2016.
- The Joint Commission: Sentinel Event Statistics, Type of Sentinel Event. 2006. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>.
- The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Occupational Violence, 2018. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/default.html>
- U. S. Department of Labor (DOL), Bureau of Labor Statistics: Survey of Occupational Injuries and Illnesses, 2000. Washington DC: DOL, 2001.

- WHA49.25. Prevention of violence: a public health priority. Forty-Ninth World Health Assembly Geneva, 20–25 May 1996. Hbk Res., Vol. III (3rd ed.), 1.11. Pridobljeno 11. 6. 2013 s spletne strani: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf)
- Woods P, Almvik R. The Brøset violence checklist (BVC). *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2002;(412):103-5.
- Zakon o lječništvu. <https://www.zakon.hr/z/405/Zakon-olije%C4%8Dni%C5%A1tvu>.
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), Uradni list RS, št. 43/11

## **Priloge**

Obrazec za evidentiranje nasilnih dogodkov