

Jana Šimenc

»VSI SMO PREOBREMENJENI, A ZDAJ PA ŠE TO«

Pogledi zaposlenih v socialnih in zdravstvenih službah na (ne)sodelovanje v multidisciplinarnih timih v primerih nasilja v družini

Oblikovanje multidisciplinarnega tima je pomemben mehanizem pomoči žrtvam nasilja v družini. Centri za socialno delo so nosilci in koordinatorji timov, ki v skladu z oceno potrebe vanj povabijo predstavnice in predstavnike šolstva, zdravstva, policije, tožilstva ali nevladnih organizacij, ki so se povabilu dolžni odzvati. Aktivno sodelovanje vseh vključenih pomeni bolj celostno in hitrejšo pomoč žrtvam, boljše obete za njihovo dolgoročno varnost ter večje možnosti za izhod iz nasilnih odnosov. Praksa in raziskave kažejo, da so predstavniki in predstavnice zdravstva, ki je izjemno pomemben člen v timu, najmanj odzivni in motivirani za sodelovanje. Rezultati predstavljene kvalitativne raziskave potrjujejo, da je med zdravstvom in socialnimi službami več sistemskih, organizacijskih in komunikacijskih ovir pri sodelovanju. Pričakovanja zdravstva in sociale kažejo na slabo poznavanje kulture delovanja ne-lastne stroke, algoritmov pomoči žrtvam nasilja v družini in zakonskih ter delovnih pristojnosti posameznega sektorja. Predstavljeni so primeri boljših praks, ki nakazujejo strategije za preseganje ovir in izboljšave. Prepoznane medsebojne ovire ter urzeli v znanju in pomanjkanje ustreznih strokovnih spretnosti zdravstvenega osebja so bile upoštevane pri razvoju celostne interdisciplinarne izobraževalne platforme v sklopu projekta Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Ključne besede: socialno delo, zdravstvo, center za socialno delo, multidisciplinarnost.

Dr. Jana Šimenc, diplomirana etnologinja in kulturna antropologinja, je raziskovalka na Družbenomedicinskem inštitutu Znanstvenoraziskovalnega centra SAZU ter strokovna sodelavka Slovenija-transplanta, Zavoda RS za presaditve organov in tkiv. Raziskuje teme, ki segajo na področje medicinske antropologije oz. antropologije zdravja, zdravljenj in boleznj. Deluje v smeri povezovanj in interdisciplinarnosti. Kontakt: jana.simenc@zrc-sazu.si.

»EVERYBODY IS OVERWORKED, AND NOW WE HAVE TO DO THIS AS WELL« – PERSPECTIVES OF SOCIAL AND HEALTH CARE WORKERS ON (NON)PARTICIPATION IN MULTIDISCIPLINARY TEAMS IN CASES OF DOMESTIC VIOLENCE

The creation of the multidisciplinary team in cases of domestic violence is an important available mechanism for the assistance to victims. According to law in Slovenia, centers for social work are the coordinators of such teams. Centers for social work are also in charge of making case assessments and selecting/inviting relevant representatives from education, health, police, prosecutor's office or NGOs to cooperate in the multidisciplinary team. In case of invitation, everybody is obliged to respond, attend and cooperate in the team. Active participation of the involved contributes to the faster assistance to the victims and gives better prospects for their long-term security. The everyday practice and research indicates, that health care representatives are the least responsive and motivated for cooperation of all sectors involved. The results of a qualitative research presented in the article, confirm that the health and social services encounter several systemic, organisational and communication barriers in the process of cooperation. Perspectives and expectations of health and social workers indicate a weak knowledge about the different working "culture", insufficient understanding of the algorithms for the assistance to domestic violence victims, poor comprehension of the legal framework and professional competences. Best practice examples suggest strategies to overcome such barriers and indicate the path to improvements. All identified barriers, gaps in knowledge, and lack of adequate professional skills of the health care workers when treating victims of domestic violence were also taken into account in the process of the development of the multidisciplinary educational platform within the presented project.

Keywords: social work, healthcare, center for social work, social sector, multidisciplinary approach.

Jana Šimenc, PhD, is a researcher at the Sociomedical institute at the Research Centre of the Slovenian Academy of Sciences and Arts and consultant at the National institute for the transplantation of organ and tissue Slovenia-transplant. Her research interests include different topics in medical anthropology. Contact: jana.simenc@zrc-sazu.si.

Uvod

V splošnem imamo problem, ker protokol intervencij strokovnih služb ni povsem jasen.

Dobre prakse so najpogosteje odvisne od strokovno podkovanih, izobraženih in visoko motiviranih posameznikov in posameznic.

V obeh izjavah bi se zlahka prepoznali. A prva ugotovitev izhaja iz portugalskega konteksta (Magalhães *et al.* 2015), druga pa iz Nemčije (Grafe, Hagemann-White 2015). Kažeta pa, da se več držav, ki si prizadevajo za učinkovite in celostne medsektorske intervencije v procesih

zmanjševanja, omejevanja in preprečevanja primerov nasilja v družini, srečuje z različnimi vozišči, ki omejujejo uspešno in usklajeno medinstitucionalno sodelovanje (gl. CEINAV 2015).

V Sloveniji smo šele leta 2008 sprejeli Zakon o preprečevanju nasilja v družini (2008). Ta med drugim določa medsektorsko obravnavo in sodelovanje strokovnih služb pri obravnavi primerov nasilja v družini. Ključni akterji in deležniki v strokovni mreži so poleg policije, socialnih služb, tožilstva, sodstva, šolstva in nevladnih organizacij tudi zdravstvene službe. Prav te so prepoznane kot šibka točka v sistemu (Državni zbor RS 2014, Selič 2004, Kopčavar Guček 2015). Zaostajajo v primerjavi s preostalimi službami, ki so v svojem sektorju že naredile pomembne korake k izboljšavi prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini (gl. Dormiter Protner 2011, Filipčič, Klemenčič 2011, Zaviršek 2005, Mušič 2010, Muršič 2010, Veselič *et al.* 2014).

Tudi v globalnem kontekstu je podobno, saj raziskave in ugotovitve Svetovne zdravstvene organizacije potrjujejo, da zdravstveno osebje v več državah ni dovolj usposobljeno in vpeto v medsektorsko mrežo preprečevanja in obravnavanja nasilja v družini. V priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (2013) za zmanjševanje medpartnerskega nasilja ter nasilja nad ženskami je zato poudarjena potreba po okrepljenem odzivanju in ustrežnejšemu obravnavanju žrtev v zdravstvenem sistemu.

Nasilje v družini kot javnozdravstveni problem

Nasilje v družini je namreč tudi javnozdravstveni problem, kot je leta 1996 v resoluciji opredelila Svetovna zdravstvena organizacija (1996). Nasilje v družini povzroča številne kratkotrajne in dolgotrajne zdravstvene posledice (Cvetežar 2007, Pinter 2014, Kopčavar Guček 2015,¹ Šimenc 2015²). Pomembno je poudariti, da je stik z zdravstvenimi službami pogosto prva, lahko tudi edina priložnost, ki jo ima žrtev nasilja v družini, zato je ustrezno ukrepanje zdravstvenega osebja ključno. Kot nakazuje kvantitativna raziskava, opravljena v sklopu projekta Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v sklopu zdravstvene dejavnosti (PONDSi_Zdrav), se zdravstveno osebje v praksi pogosto srečuje z žrtvami nasilja v družini: 77 % v raziskavi sodelujočih zdravnikov in zdravnic ter 65 % medicinskih sester se je že kdaj srečalo s primerom nasilja v družini (Cukut Krilić *et al.* 2015).

V Sloveniji z zamudami lovimo ustrezno zakonsko opredeljevanje pristojnosti in izvajanje aktivnosti zdravstvenega sektorja. Šele leta 2011 je začel veljati Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (2011), ki poleg Zakona o preprečevanju nasilja v družini (2008) natančneje opredeljuje obravnavo žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti. Leta 2015 je Ministrstvo za zdravje izdalo dolgo pričakovane Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Zupančič *et al.* 2015). Čeprav etični in zakonski okviri (Kopčavar Guček 2015) določajo zdravstvenemu osebju vključevanje v procese obravnave primerov nasilja v družini, pa so njihove aktivnosti nezadovoljive, potenciali za sodelovanje z drugimi inštitucijami pa neizkoriščeni (Kopčavar Guček 2014, POND 2015).

Namen članka je analizirati izbrane izsledke kvalitativne raziskave, izvedene v kontekstu projekta Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v sklopu zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju PONDSi_Zdrav). Izsledki raziskave se nanašajo predvsem na izkušnje medsebojnega (ne)sodelovanja med socialnimi in zdravstvenimi službami v multidisciplinarnih timih. Izbira omenjenih dveh strokovnih služb ni naključna: ne samo, da so centri za socialno nosilci multidisciplinarnih timov, zdravstvo pa prepoznano pomemben člen v timu, ampak se je tudi v raziskavi (ne)sodelovanje med omenjenima sektorjema pokazalo kot najbolj problematično.

¹ Doktorska razprava vsebuje obsežen pregled tujih raziskav, tudi s področja negativnih zdravstvenih posledic nasilja v družini.

² Zbornik vsebuje podrobnejše navedbe negativnih zdravstvenih posledic v sklopu pediatrije, ginekologije, družinske medicine, travmatologije, psihiatrije in otroške psihiatrije ter patronažne službe.

Metodologija

Štiri raziskovalke Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU smo v okviru projekta PONDSi_Zdrav opravile kvalitativno raziskavo pod krovno temo prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v zdravstveni dejavnosti (Cukut Krilić *et al.* 2015, Vah Jevšnik *et al.* 2015). Izvedle smo 30 polstrukturiranih ekspertnih intervjujev s predstavniki in predstavnicami zdravstvenega osebja in strokovnega osebja, ki se pri delu srečujejo z žrtvami in povzročitelji nasilja v družini. Izbor specializacij in delovnih področij sogovornic in sogovornikov je bil narejen v skladu s načrtom projekta PONDSi_Zdrav ter Strokovnimi smernicami za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Zupančič *et al.* 2015), ki poudarjajo predvsem potrebo po izboljšanjem znanju o nasilju v družini za zaposlene s področij pediatrije, travmatologije, psihiatrije, družinske medicine, ginekologije in porodništva ter patronažne službe. V raziskavo je bilo tako vključenih deset zdravnikov in zdravnic (iz navedenih medicinskih specializacij), štiri medicinske sestre, zaposlene v patronažni službi, dve socialni delavki, zaposleni v kliničnih ustanovah, osem socialnih delavk, zaposlenih na centrih za socialno delo, ena socialna delavka, zaposlena v Azilnem domu, štiri strokovne delavke iz nevladnih organizacij in ena raziskovalka področja nasilja v družini v sklopu izbrane medicinske specializacije. Raziskava je potekala od sredine aprila do sredine junija 2015, zanimali pa so nas predvsem:

- izkušnje pri delu z žrtvami in povzročitelji nasilja v družini;
- boljše in slabše prakse medinstitucionalnega sodelovanja pri obravnavi žrtev nasilja v družini;
- načini ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini s poudarkom na ranljivih skupinah: starejših, podeželskem prebivalstvu, migrantih, Romih in brezposelnih;
- iz prakse izhajajoča priporočila za vsebine izobraževanja o nasilju v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.³

Multidisciplinarni timi na področju obravnave primerov nasilja v družini: slaba odzivnost predstavnic in predstavnikov zdravstva

Osrednjo vlogo pri obravnavah primerov nasilja v družini imajo v skladu z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini (2008), Zakonom o socialnem varstvu (2007) in področnimi pravilniki centri za socialno delo. Celovito obravnavo posameznih primerov nasilja v družini naj bi zagotavljali multidisciplinarni timi. Namenjeni so pripravi in potrditvi načrta pomoči ter zagotavljanju podpore žrtvi za zagotovitev dolgoročne varnosti. Multidisciplinarni tim ustanovi center za socialno delo ter vanj povabi pristojne predstavnike in predstavnice posameznih organizacij in ustanov. Odgovorne osebe organizacij so dolžne zagotoviti sodelovanje svojih predstavnikov, centru za socialno delo pa je naložena osrednja koordinacijska vloga (Premzel, Petrovič 2015).

Podatki Skupnosti centrov za socialno delo kažejo (preglednica 1), da je odzivnost predstavnikov in predstavnic s področja zdravstva izrazito majhna: kar 42 % vabljenih na multidisciplinarni tim se skupnega srečanja ni udeležilo.

Preglednica 1: Odziv predstavnikov in predstavnic institucij na vabila na multidisciplinarni tim. (Vir: letno poročilo Skupnosti centrov za socialno delo 2014, povzeto po Šimenc 2015: 136)

Multidisciplinarni tim	Se je udeležil	%	Vabljen, a ni prišel	%
zdravstvo	19	58	14	42
šolstvo	37	97	1	3
policija	138	94	11	6
tožilstvo	3	100	0	0
nevladne organizacije	18	100	0	0

³ Več o metodologiji in ugotovitvah raziskave je na voljo v drugih člankih te tematske številke revije *Socialno delo* (članki Knežević Hočevar, Cukut Krilić, Vah Jevšnik in Zver Makovec).

Tudi raziskava POND (2015) potrjuje, da je z izjemo posameznih primerov dobrih navez in sodelovanj udeležba predstavnikov in predstavnic zdravstva na multidisciplinarnih timih zelo slaba. Prav tako večina zdravnikov in zdravnic sodelujočih v raziskavi še nikoli ni prejela vabila ali sodelovala na sejah takšnega tima. Podobno v raziskavi med specialisti in specialistkami družinske medicine Kopčavar Guček (2015) ugotavlja, da so bili redki kolegi in kolegice vabljeni v multidisciplinarno skupino, ki obravnava nasilje v družini pod vodstvom centrov za socialno delo.

V nadaljevanju besedila se zato ukvarjam z razlogi za zatikanja in slabše medsektorsko sodelovanje v multidisciplinarnih timih, o katerih so na podlagi izkušenj med intervjuji natančneje razglabljali predstavniki in predstavnice socialnih ter zdravstvenih služb.

Vidik socialnih delavk

Splošna ocena sogovornic socialnih delavk je, da je sodelovanje s predstavniki in predstavnicami zdravstva šibko in nezadostno. Menijo, da je njihova slaba odzivnost oziroma neudeležba na multidisciplinarnih timih zelo problematična, saj med drugim upočasnjuje postopke za pomoč žrtvam in zato poslabšuje situacije:

Da ne pridejo [zdravniki in zdravnice], to je problem, da ne pridejo. Potem nam en delček manjka. (Socialna delavka 2.)

Menijo, da je za žrtve zdravnik/zdravnica pomembna oseba, ki ji lahko zaupajo najbolj intimne izkušnje. Prav zato naj bi imeli v zdravstvu veliko priložnosti za ukrepanje in krepitev moči žrtev nasilja v družini in pomembno je, da imajo ustrezno znanje in komunikacijske spretnosti za boljše prepoznavanje ter ukrepanje v primerih nasilja v družini.

Spregleđajo [primere nasilja v družini], ne ukrepajo in tako naprej. Tako da je to splošni problem. So primeri, posamezni primeri dobre prakse [...], pa določeni zdravniki, zdravnice, malo jih je, pet, tri mogoče v moji praksi, ki so bile pripravljene sodelovati, ko smo jih poklicali. (Strokovna delavka v nevladni organizaciji 4.)

Sogovornice so se pogosto sklicevale na pomanjkanje moralnega poguma pri predstavniki in predstavnicah zdravstva, ki naj bi, kot pravijo, spodbujal ustrezno in aktivno ukrepanje. Izjeme so posamezni zgledni primeri in boljše prakse sodelovanja, o katerih pričata spodnja citata:

Tako, zelo dobre izkušnje. Tako da sem bila celo presenečena, da je osebna zdravnica klicala in je rekla, jaz imam pacientko, ki ne želi, da nobenega pokličem. Ampak ona ima modrice in jaz to moram prijaviti, ker je bila pretepena [...]. In to se meni zdi odlična praksa. (Socialna delavka 2.)

Predvsem sta to pa kar otroška ali pa splošen zdravnik in moram reči, da sem pa tja kakšen pride in se tudi angažira. Reče, glejte, ne morem, ob dvanajstih imam ambulanto, ampak če boste imeli multidisciplinarni tim dopoldne, bom pa jaz prišla. In res pridejo. Ampak, to je čisto osebno. Čisto osebno. (Socialna delavka 8.)

Socialne delavke so boljše kot z nekaterimi drugimi medicinskimi specializacijami ocenjevale sodelovanje s patronažnimi sestrami, družinskimi zdravnicami, zdravniki ter pediatri, pediatrinjami. Tudi s predstavnicami, predstavniki policije imajo zelo dobre izkušnje:

Policija sodeluje dobro res, se ne zgodi, da ne bi prišli. Tako tudi to se mi zdi, da je pravzaprav najbolj pogosta zasedba [na sejah multidisciplinarnih timov] kar tako, center [za socialno delo] pa policija. Iz zdravstva imamo kar težavo pridobiti koga k temu, da bi se timov udeleževal, je pa precej manjša težava tam, kjer gre za otroke. Pač obravnava ogroženih otrok, torej pediatri, to moram reči, da nekako nimam občutka, da bi se ne udeleževali oziroma se res opravičijo, če ne morejo. Ko pa gre za starejše oziroma odrasle osebe, se mi pa zdi, da je še kar zelo problematično, da bi se udeležili. (Socialna delavka 4.)

Zdravniki in zdravnice iz zasebnih ambulant oziroma ambulant s koncesijo so po mnenju sogovornic izrazito slabo odzivna skupina. Pogosto se tudi zatika v sodelovanju s specialisti,

specialistkami psihiatrije. A vendar sogovornice v zadnjih letih opažajo malenkostne izboljšave: izkušnje namreč nakazujejo, da so mlajši zdravniki, zdravnice bolj ozaveščeni, odzivni, podajo več prijav na centre za socialno delo ter so bolj kooperativni v medinstitucionalnem sodelovanju:

Mlajši zdravniki imajo, se mi zdi, več posluha, bolj so opremljeni s tem znanjem, tudi sami povejo, da tako, ko kaj pojамramo, rečejo, oh ta stare [zdravnike in zdravnice] ne bomo spremenili, mi pa že drugače vidimo. (Socialna delavka 4.)

Tako da zdravstveno osebje se zelo izmika. Pošljejo poročilo in potem to pač štejejo, kot da so svojo dolžnost opravili, načeloma zelo redko. Redki, zelo dobri primeri pa so posamezni, kjer pa vemo, da bomo vedno na njih računali. Ampak to so predvsem mlajši. (Socialna delavka 5.)

Sogovornice predvidevajo, da je boljša odzivnost mlajših posledica izobraževanj, ki jih v obliki obveznih seminarjev in terenskih obiskov centrov za socialno delo izvajajo na medicinskih fakultetah v sklopu dodiplomskega študija medicine, predvsem v kontekstu družinske medicine.

Izkušnje sogovornic kažejo tudi, da se predstavniki, predstavnice zdravstva najpogosteje niti ne odzovejo na vabila, niti se ne opravičijo za izostanke na timih. Razloge pojasnjujejo v kontekstu njihove (pre)zaposlenosti oziroma delovne preobremenjenosti:

Zdaj, če človek pogleda čisto realno, takoj ko greš k zdravniku, vidiš čisto polno čakalnico ljudi, če si naročen, čakaš, pa vidiš tudi na lastne oči, da v resnici delajo še čez svoj delovni čas in da je masa ljudi tam. Jaz si res težko predstavljam, da ta zdravnik vstane, zapre svojo ordinacijo in gre na tim na center, ki traja sam tim ziher eno uro, če ne več, pa še, da do tja pride. (Socialna delavka 4.)

Več sogovornic je kot pomembno oviro poudarjalo, da udeležba na multidisciplinarnih timih ni sistemsko urejena kot del delovne obveznosti v zdravstvu:

To je moje mnenje, v zdravstvu imajo stvari zelo, zelo zbirokratizirane in zelo narejene. To zavarovalnica plača, to ne plača. To plača, to ne plača. Ni sivega polja tam in če ne moreš, ne greš prostovoljno. In pač v svojem prostem času. In kar se tiče nasilja, je vse v bazi prostovoljno. Je pa težko, to je pa težko. Sedaj, seveda nekaj so angažirani, so, ne vem, napol aktivisti po mojem, nekateri. Vsi ostali pa tisto, kar se da, vse v računalnik, ostalo pa pač njihovo delo. Tukaj to je njihovo delo. To, to se vnese, to zavarovalnica plača in to je to. Ni prihodov na tim in tako naprej, zavarovalnica ne plača to. (Socialna delavka 1.)

Sogovornice poudarjajo tudi, da je eden ključnih problemov, da zdravstveno osebje ni dovolj seznanjeno z zakonskimi podlagami in obveznostmi ter ozaveščeno o pomenu njihovega udeleževanja na multidisciplinarnih timih. Pogrešajo tudi zavedanje o skupni odgovornosti ter pomenu medsektorskega dopolnjevanja pri reševanju primerov nasilja v družini. Občutek imajo, da se prevelika odgovornost prelaga zgolj na centre za socialno delo in policijo. Kot nakazuje vsakodnevna praksa, se s podano prijavo za večino predstavnikov in predstavnic zdravstva dejavnost v zvezi s primerom nasilja v družini konča:

Tako da, so tudi izjeme, ko se lahko vključijo, ampak se mi zdi tako, to zavedanje, da je to naša skupna odgovornost. Ni to, ni samo naloga centra, da odpravi težave zaradi nasilja v družini. Tega zavedanja. Ker marsikdo, tudi če se odloči prijaviti, misli, da je s tem sedaj zaključeno. In sedaj pa vi na centru, ja, kaj boste pa naredili, ja, mi smo prijavili, sedaj, kaj boste vi naredili. Tega, angažiranosti, proaktivnosti, tega ni zaslediti, no. (Socialna delavka 2.)

Sedaj in tukaj jaz vidim slabše sodelovanje z zdravstvom, ker nekako se mi zdi, da cela družba pričakuje, da je delo z nasiljem v družini samo na centru za socialno delo pa na policiji. Tako vsi pričakujejo, da samo mi opravimo vso to delo. (Socialna delavka 2.)

Vidik predstavnikov, predstavnic zdravstvenega osebja

Z nekaj izjemami so imeli predstavniki, predstavnice zdravstva slabše izkušnje s sodelovanjem s centri za socialno delo. Menijo, da pri njihovem delovanju prevladuje počasnost delovanja,

neživljenjskost in upoštevanje pretirano okostenelih administrativnih postopkov v primerih nasilja v družini:

Načeloma so pa centri počasni. [...] Percepcija je, da so počasni. [...] Toge so socialne delavke. Vsaj tako delujejo. Sicer sedaj to izpade kot stereotipiziranje, ampak ni življenjskih, takih, ki bi reševale probleme, ampak postavljajo postopke zelo birokratsko. (Raziskovalka.⁴)

Prav tako so bili sogovorniki, sogovornice kritični do (ne)razpoložljivosti oziroma težje dostopnosti osebja. Medicinska sestra, ki sicer načelno dobro sodeluje s socialnimi službami, je komentirala:

Jaz sem rabila, ne vem, tri, štiri ure, da sem do prave osebe prišla. [...] Sem klicala na center za socialno delo, aha, moment, nisem prava, vas bom vezala tja in tja, in to je, da sem jaz do te prave osebe prišla, sem porabila časa še in še.

Zdravniki, zdravnice, izraziteje s travmatoloških in urgentnih enot, so izražali nejevoljo zaradi nedostopnosti osebja v akutnih situacijah (npr. v nočnih urah, prazničnih dneh in podobnih urah zunaj ustaljenega delovnega časa, ko žrtve nasilja v družini tudi statistično dokazano pogosteje iščejo pomoč v zdravstvenih zavodih; gl. Šimenc 2015: 143). Stališča zdravnikov in zdravnic je povzela raziskovalka s področja:

Zdravnikom se zdi nemogoče in nesprejemljivo, da v soboto popoldne na centru za socialno delo nikogar ni. [...] Torej je prosti čas popoldne, vikendi, prazniki, saj ne nazadnje, tudi če pogledamo malo statistike najhujših izidov, bi lahko ugotovili, da je med vikendi družinskih umorov več kakor med tednom. (Raziskovalka.)

Kot najpomembnejšo sistemsko oviro za ne/udeležbo zdravnikov in zdravnic na multidisciplinarnih timih pa so navajali sistemsko neurejenost in nedorečenost na področju vrednotenja udeležbe na multidisciplinarnih timih kot dela delovne obveznosti: seje multidisciplinarnega tima so sklicane ob različnih urah, tudi zunaj delovnega časa zdravnikov in zdravnic, večinoma trajajo več ur. Menijo, da bi moral Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije sistemsko ovrednotiti udeležbo na multidisciplinarnih timih kot del redne delovne obveznosti.

Zdravniki pričakujejo, da se njihov čas ustrezno ovrednoti, predvsem pa, da se jim ne postavlja nerealnih zahtev. Torej, pričakujejo, da se upošteva avtoriteta njihovega dela in poklica, da se njihov čas ustrezno ovrednoti. Da tudi zavarovalnica prepozna obravnavo, tovrstno, kot neko svojo kategorijo, šifro in kot strošek. (Raziskovalka.)

Kot pomembni oviri sta bili omenjeni še pomanjkanje časa ter delovna (pre)obremenjenost zdravnikov in zdravnic. Preobremenjenost so poudarjali na področjih družinske medicine in travmatologije, saj se tam zaposleni nenehno, dan za dnem, srečujejo s (pre)polnimi ambulantami čakajočih pacientov. Sogovorniki in sogovornice iz zdravniških vrst pravijo, da so pacienti prioriteta, da nimajo zamenjav in da zato ni preprosto zapustiti ambulanto za nekaj ur. Kadrovska podhranjenost med zdravniki specialisti in specialistkami torej pomeni tudi problem pri iskanju nadomeščanja za čas odsotnosti.

Sedaj, če pride obravnava na vrsto v ambulantnem času, to niso kratke seanse, to so nekajurne. Sedaj, pojutrišnjem, pridite. Slovenija je s štiristo družinskih zdravnikov premalo. Vsak dela za enega in pol in ljudje so izredno kritični do vsake odsotnosti svojega zdravnika. Tako da, iz danes na jutri naj odpovem vse naročene paciente in grem za tri ure tja. (Specialistka družinske medicine 1.)

Med intervjuji je bila pogosto problematizirana dolgotrajnost sej in vseh postopkov v primerih nasilja v družini. Prav tako se je pokazalo, da vloge in pristojnosti posameznih strokovnjakov in strokovnjakinj v multidisciplinarnih timih niso dovolj jasno poznane. Zdravnice in zdravniki priznavajo, da niso dovolj poučeni o namenih in načinih delovanja multidisciplinarnih timov

⁴ Raziskovalka je več let intenzivno vpeta v raziskovanje nasilja v družini v kontekstu medicinske prakse, zato je bila kredibilna sogovornica, ki je povzemala stališča in izkušnje zdravnikov, zdravnic.

ter da niso dobro ozaveščeni in natančno izobraženi o pomenu njihove udeležbe na timih. Prav tako je bilo zaznati stališče, da so nemočni, da njihova dejanja ne morejo vplivati na življenjske situacije žrtev nasilja v družini.

Enak ali pa podoben ali pa vzporeden občutek nemoči je pogost pri zdravnikih, saj kaj pa kdo naredi, saj noben nič ne naredi, saj so primeri, ki so bili. Sistem ne deluje, svoje vloge sploh ne vidimo v tem. Zakon je postavljen kot koordinatorja obravnave nasilja centre za socialno delo. (Specialistka družinske medicine 1.)

Podobno kot socialne delavke tudi zdravniki, zdravnice čutijo prevelike obremenitve, prelaganje odgovornosti in izmikanje preostalih strokovnih služb. Prevladujejo občutki, da imajo drugi sektorji oziroma strokovne službe previsoka pričakovanja glede reševanja nasilja v družini v zdravstvenih službah:

Ja, s policijo, saj pridejo, ko jih mi pozovemo, pa mi prijavimo. Toda več imajo dela z nami in dokumentacijo kot pa s tistimi nasilneži. Center za socialno delo pa je zelo počasen. Zelo počasen. Tudi policija in center za socialno delo od nas zahtevata, da naj zdravstvo reši problem. Takšen občutek imam, da to vsi hočejo. Ni pa to samo naša zadeva. (Specialistka družinske medicine 1.)

Podobno razmišlja specialist psihiatrije, ki ocenjuje, da sodelovanje strok v multidisciplinarnih timih ni enakomerno in dovolj usklajeno. Kritično meni, da vsi sodelujoči akterji in akterke v multidisciplinarnih timih sprejemajo mnenje psihiatrične stroke kot odločilno:

Jaz delam z vsemi, ki se me dotikajo in me kličejo, prosijo za sodelovanje, od Ozare do centrov. To, kar ste omenili, in včasih se dajo kakšne stvari rešiti, dostikrat je pomembno pri teh sodelovanjih, ker vsi akterji samo čakajo neko strokovno mnenje neke osebe, to je pri meni običajno, jaz podam neko mnenje in potem oni obvisijo na tem in kot da sem jaz odločil. Kot izvedenec, ki bi nekaj odločil, pa v bistvu je tudi moj vidik samo eden od njihovih. [...] Zelo težko je tukaj sodelovati, ker so stvari zelo izmuzljive in žive, zato tudi multidisciplinarnost pomaga, in se mi zdi zelo dobro, da bi se še poglobila, samo da ni poudarka recimo na enem specialistu ali enem strokovnjaku, da bo en odločal. Mora odločati v bistvu z vidika sociale, z vidika ekonomije, z vidika prava ali pa sodišča, en širši tim. (Specialist psihiatrije.)

Kot pomemben element v sodelovanju pa so sogovornice in sogovornice iz zdravstva poudarile željo in potrebo po izboljšanjem povratnem obveščanju v primerih sodelovanja v multidisciplinarnih timih: želijo si več povratnih informacij glede poteka in izteka posameznih primerov. Menijo, da bi jih povratne informacije tudi boljše motivirale za nadaljnjo delo ter povečale zaupanje v delovanje multidisciplinarnega sistema.

Primeri boljših praks

Raziskava POND (2015) je nakazala, da obstajajo tudi primeri boljših praks sodelovanja med zdravstvenimi in socialnimi službami. Gre za prakse, ki presegajo omenjene sistemske, organizacijske in druge ovire. Zgleden primer izhaja iz manjše regije, kjer so na lokalni ravni vzpostavili odlično sodelovanje, temelječe na dobrih medosebnih odnosih in poznanstvih:

Pri nas dejansko lahko rečemo, da je dobro sodelovanje z zdravniki. [...] Tudi je res, da je regija majhna, se malo tako že poznamo. [...] Mislim, da imajo take regije, kot je naša regija recimo, ker pri nas smo že dobro sodelovanje in s policijo in vse. Ker smo taka regija, ko res že med seboj sedaj imamo dobre odnose, no. (Socialna delavka 3.)

Kot je razvidno iz intervjujev, prakso delovanja in povezovanja na lokalni ravni poudarjajo tudi v procesu izobraževanja na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Tam prihodnje zdravnike in zdravnice spodbujajo k neposrednemu spoznavanju pristojnih posameznikov in posameznic v strokovnih službah za nasilje v družini v lokalnem okolju. Tudi v sklopu izobraževanja se odpravijo »na teren«.

Drug primer boljše prakse izvajajo v večji klinični ustanovi, kjer je socialna delavka odlična komunikacijska in organizacijska vez med zdravstvom in centri za socialno delo. Z dobrim poznavanjem zahtev, kontekstov, strokovnih jezikov ter kultur delovanja obeh strok usklajuje in pojasnjuje posamezne postopke in procese:

Res sem vmesni člen v tem smislu, tudi da poskušam eni in drugi strani razložiti problem ali pa poudarek pač posamezne stroke. Dostikrat rečem [zdravnikom in zdravnicam], glejte, morate razumeti tudi ukrepe centrov za socialno delo, ker rečejo, ja, spet jim moramo nekaj pisati, da ni dovolj, da imajo že to in to. Zakaj zahtevajo še pisno poročilo od nas, pa da točno napišemo, [...] in jim pač povem, glejte, centri za socialno delo ne morejo ukrepati brez pisnih dokazil. Oni rabijo in obratno. (Socialna delavka v klinični ustanovi.)

Socialni delavki v klinični ustanovi torej uspeva ustvarjati skupinsko ozračje oz. razvijati skupni jezik, ki je pri delu v timu ključen (gl. Mesec, Stritih 2015). Pomemben uspešen organizacijski moment je tudi lokacijsko in terminsko prilaganje zdravstvenim delavcem in delavkam: multidisciplinarne time sklicujejo v kliničnih prostorih ter jih terminsko usklajujejo oziroma prilagajajo zdravnikom in zdravnicam.

Practiciramo, da jaz prosim center za socialno delo, ki so sklicatelji multidisciplinarnega tima, ampak da je lokacijsko to tukaj [v klinični ustanovi]. Da je čim več članov našega tima prisotnih na tem multidisciplinarnem timu. (Socialna delavka v klinični ustanovi.)

Razprava

Opravljeni intervjuji nakazujejo, da se tako socialne kot zdravstvene službe srečujejo z občutki delovne preobremenjenosti, kadrovske in finančne podhranjenosti ter obsežnimi birokratskimi postopki, ki jih obremenjujejo. Oboji menijo, da so primeri nasilja v družini izjemno kompleksni, strokovno in čustveno zahtevni. Neredko delovne naloge opravljajo tudi zunaj delovnega časa, prostovoljno. Na obeh straneh so opazni slabo medsebojno sodelovanje, občutki prelaganja odgovornosti ter želja po izboljšani medsebojni odzivnosti in komunikaciji. Kritični so do dolgotrajnosti postopkov v procesih medsektorske obravnave.

Socialne delavke med ključne ovire za sodelovanje uvrščajo slabo ozaveščenost zdravstvenega osebja o razsežnostih nasilja v družini ter njihovo nezadostno izobraženost o zakonskih pristojnostih in dolžnostih posameznega sektorja ter algoritmih delovanja v primeru prepoznane nasilja v družini. Menijo, da sta pomanjkanje motivacije za ukrepanje ter slaba udeležba predstavnic in predstavnikov zdravstva na multidisciplinarnih timih tudi posledica nejasnosti glede vlog in pomena udeležbe na skupnih srečanjih. Med utemeljevanjem razlogov za neodzivnost in nemotiviranost zdravstvenega osebja pogosto uporabljajo besedne zveze, kot so: slaba motivacija za delovanje, premalo moralnega poguma in občutka za skupno odgovornost. V več kompleksnejših primerih nasilja v družini, kjer gre za preplete duševnih bolezni in drugih zahtevnejših življenjskih okoliščin, nujno potrebujejo sodelovanje psihiatrične stroke. V poročilu projekta CEINAV (Zdravković, Jalušič 2014) avtorici prav tako povzemata, da socialne službe pogrešajo vključevanje psihiatrov, psihiatrinj v multidisciplinarne time: njihovo vlogo v timu vidijo kot izjemno pomembno.

Čeprav sta ozaveščenost in izobraženost predstavnikov in predstavnic zdravstva o nasilju v družini različni, zdravstvene delavke in delavci prepoznavajo svojo nezadostno odzivnost ter pomanjkljivo izobraženost na področju prepoznavne in obravnave žrtev nasilja v družini. Iz intervjujev je razvidno, da je proces prepoznavanja žrtev nasilja v družini veliko trši oreh kot aktivnosti, ki sledijo v primeru prepoznane žrtve (na primer podajanje prijave na pristojne inštitucije, udeležba na multidisciplinarnih timih).

Zato je v prihodnje treba nameniti večjo pozornost izobraževanju o prepoznavanju kliničnih in drugih znakov pri žrtvah nasilja v družini. Sicer predstavniki in predstavnice zdravstva temeljno oviro za svojo neodzivnost vidijo predvsem v sistemskih napakah oziroma pomanjkljivostih:

pravijo, da udeležba na multidisciplinarnih timih ni časovno in finančno ovrednotena postavka v sklopu delovnih obveznosti zdravnika in zdravnice. Opozarjajo, da je v klinični praksi težko izostati ali najti kadrovsko zamenjavo za udeležbo na velikokrat večurnih sejah multidisciplinarnih timov. Na nujnost sistemske opredelitve obsega dela stroka opozarja vsaj že od leta 2004 (gl. Selič 2004).

Poleg tega so sogovornice in sogovorniki med pojasnjevanjem razlogov za slabše medsektorsko sodelovanje izražali kritičnost do počasnosti in togosti v delovanju centrov za socialno delo ter do obsežnosti birokratskih postopkov. Kot problematično so še poudarjali nedostopnost pristojnih na centrih za socialno delo zunaj uradnih ur. V klinični praksi se namreč pogosto srečujejo s primeri nasilja v družini prav v času zunaj uradnih ur delovanja, na primer v nočnih urah, prazničnih dneh in za konec tedna. Inštitut regijskih koordinatoric za obravnavo nasilja v družini slabo poznajo. Opažajo še, da so aktivnosti ter potenciali socialnih služb znotraj večjih kliničnih in zdravstvenih ustanov premalo izkoriščeni, sodelovanje je slabo. Ocenjujejo, da se preveč bremen reševanja primerov nasilja v družini nalaga na ramena zdravnikov in zdravnic. Prepoznavajo pomanjkanje ustreznih strokovnih kompetenc, samozavesti in kliničnih protokolov za boljše ukrepanje v primerih nasilja v družini.

V primerih udeležbe na multidisciplinarnih timih pogrešajo povratne informacije od centrov za socialno delo. Raziskovalne ugotovitve se skladajo z raziskavo Kopčavar Guček (2015), ki (sicer v kontekstu družinske medicine) ugotavlja, da je razmerje družinskih zdravnikov do drugih služb, ki obravnavajo nasilje v družini, nedorečeno. Sodelujoči in sodelujoče v njeni raziskavi pogrešajo opredeljene pristojnosti, klinične poti, opredelitev kompetenc, boljšo povezanost in povratne informacije, izražali pa so tudi dvom o vlogi zdravnika v multidisciplinarni obravnavi nasilja.

Primeri boljših praks kažejo, da uspešno sodelovanje temelji na dobri strokovni usposobljenosti vseh vpletenih, medsebojnem razumevanju pristojnosti in pooblastil, osebnem poznavanju pristojnih za primere nasilja v družini iz strokovne mreže, upoštevanju delovnih zakonitosti posamezne stroke, fleksibilnosti in odzivnosti. Tudi Mesec in Stritih (2015) utemeljujeta, da mora kultura, ki podpira timsko delo, temeljiti na inovativnosti, fleksibilnosti in doveznosti za želje in potrebe uporabnikov.

Sklep

Predstavljena ocena stanja s terena je precej plastična in neposredna. Zaradi prostorskih omejitev članka niso razdelana širša družbeno-kulturna ozadja, ki so temelj za prepoznavanje in ukrepanje v primerih nasilja v družini, ter globlja stališča sogovornic in sogovornic o nasilju v družini, njihove etične in strokovne dileme (npr. strah pred izpostavljanjem, poslabšanjem situacije žrtve, izgubo zaupanja pacienta; gl. Selič 2010, Kopčavar Guček 2015, Cukut Krilič *et al.* 2015). A vendar ocena stanja nakazuje na konkretne ovire in šume v medsebojnem sodelovanju ter razumevanju dveh strokovnih služb. Kaže na vrzeli v znanju s področja prepoznavanja žrtev nasilja v družini in nezadostno poznavanje pristojnosti ter kulture delovanja strokovnih služb. Hkrati nakazuje priložnosti za preobrazbene procese ustvarjanja potrebnih boljših sinergij in sodelovanj. V raziskovalnem kontekstu pa je ta članek le vsebinski nastavek za bolj poglobljene poglede v kompleksnejše razumevanje pojava nasilja v družini v zdravstvenem in socialnem delu.

Izsledki projektne raziskave so bili upoštevani tudi pri konceptualni in vsebinski zasnovi interdisciplinarne izobraževalne platforme POND (2015) za zdravstveno osebje. Tako v izobraževalnem gradivu kot na dvodnevni izobraževalni (izvajala so se od septembra 2015 do maja 2016) so vsebine, namenjene zmanjševanju vrzeli med ključnima strokovnima službama v multidisciplinarnih timih. Med drugim je samostojna delavnica, ki sta jo vodili socialna delavka in zdravnica, namenjena prav spoznavanju »kulture delovanja« drugega, natančnejšemu opredeljevanju posameznih vlog in zblíževanju strokovnih jezikov (o odzivih z delavnice ter najpogostejših vprašanjih gl. Kohont Brodschneider, Petrovič 2016).

Nesporno je zdravstvo šibki člen v sistemski obravnavi žrtev nasilja v družini. Hkrati je, kot potrjujejo praksa in raziskave, ključni element v multidisciplinarnem odzivanju na primere nasilja v družini. Intenzivno izobraževanje za zdravstveno osebje in sprejete Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Zupančič *et al.* 2015) končno zapolnjujeta dolgo prepoznano vrzel s področja ter ustvarjata nastavke za izboljšano odzivnost in aktivnejše vključevanje zdravstvenega osebja v multidisciplinarne time v primerih nasilja v družini, posledica tega pa bodo skrajševanje postopkov, hitrejša pomoč in ustrežnejša podpora žrtvam nasilja v družini.

Viri

- CEINAV (2015), *Cultural Encounters in Interventions Against Violence* (projekt). Dostopno na: <http://ceinav-jrp.blogspot.si> (22. 1. 2016).
- Cukut Krilić, S., Modic, K. U., Smrke, U., Šimenc, J., Zver Makovec, M., Šprah, L., Knežević Hočvar D., Vah Jevšnik, M. (2015), *Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost – poročilo kvantitativne in kvalitativne raziskave projekta Pond_SiZdrav*. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut.
- Cvetežar, I. Š. (2007), Vloga zdravstvenih institucij pri celostnem obravnavanju žrtev nasilja v družini. V: Veselič, Š. (ur.), *Na poti iz nasilja: prakse dela proti nasilju nad ženskami*. Ljubljana: Društvo SOS telefon (130–6).
- Domiter Protner, K. (2011), Vloga šole pri prepoznavanju izpostavljenosti otrok nasilju v družini. *Socialno delo*, 50, 5: 317–327.
- Državni zbor RS (2014). *Sklepi s posveta Nasilje v družini – sistemski odzivi nanj*. Dostopno na: <http://www.ds-rs.si> (14. 3. 2015).
- Filipčič, K., Klemenčič, I. (2011), *Obravnavanje nasilja v družini: priročnik za zaposlene v vzgojno-izobraževalnih zavodih*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.
- Grafe, B., Hagemann-White, C. (2015), *Working paper on intervention against domestic violence in Germany, from the research project “Cultural Encounters in Intervention Against Violence”* (CEINAV). Dosegljivo na: <http://tinyurl.com/ceinavworkingpapers> (30. 1. 2016).
- Kohont Brodschneider, K., Petrovič, R. (2016), *Dileme in vprašanja zdravstvenih delavcev pri delu z žrtvami in povzročitelji nasilja v družini* (projektni izdelek). Dostopno na: http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/izdelki/dileme_in_vprasanja_zdravstvenih_delavcev_pri_delu_z_zrtvami_in_povzrocitelji_nasilja_v_druzini.pdf?sfvrsn=2 (25. 1. 2016).
- Kopčavar Guček, N. (2014), Pristojnosti zdravstvenih ustanov na področju preprečevanja nasilja v družini. V: Veselič, Š., Horvat, D., Plaz, M. (ur.), *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja*. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja (218–234).
- (2015), *Pogostnost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulantni zdravniški družinske medicine*. Ljubljana: Medicinska fakulteta (neobjavljena doktorska disertacija).
- Magalhães, M. J., Lima Cruz, A., De Oliveira Braga Lopez, R. (2015), *Working paper on intervention against domestic violence in Portugal*. From the research project “Cultural encounters against violence» (CEINAV). Dostopno na: <http://tinyurl.com/ceinavworkingpapers> (30. 1. 2016).
- Mesec, B., Stritih, B. (2015), Razumevanje timskega dela v socialnem varstvu. *Socialno delo*, 54, 5: 295–306.
- Muršič, M. (ur) (2010), *Znanje o čustvih za manj nasilja v šoli*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.
- Mušič, T. (2010), Kratek prikaz stanja in aktivnosti policije pri preprečevanju in preiskovanju kaznivih dejanj na področju nasilja v družini. V: Dvoršak, A., Selinšek, L. (ur.), *Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede in Pravna fakulteta (45–70).
- Pinter, B. (ur.) (2014), *Spolno nasilje. X. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andoljšek-Jeras*, Ljubljana, 28. 11. 2014. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino.
- POND (2015), Nasilje v družini in zdravstvo: prepoznavajmo ga in ukrepajmo. *Isis*, 6: 20–21.
- Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (2011). *Ur. l. RS*, št. 38/2011.

- Premzel, F., Petrovič, R. (2015), Sodelovanje s centri za socialno delo. V: Šimenc, J. (ur.), *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije (134–140).
- Selič, P. (2004), Nasilje v družini – poti do rešitev: povzetek ugotovitev strokovnega posveta. V: *Nasilje v družini – poti do rešitev*. Ljubljana: Varuh človekovih pravic (posebno poročilo).
- (2010), Dejavno odkrivanje in pogostost nasilja v družini: Podatki in osnova za sodelovanje. V: Dvoršek, A., Selinšek, L. (ur.). *Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problem*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede (31–41).
- Svetovna zdravstvena organizacija (1996), *Prevention of violence: a public health priority*. Dostopno na: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/ (25. 1. 2016).
- (2013), *Clinical and policy guidelines: responding to intimate partner violence and sexual violence against woman*. Ženeva: World Health Organization. Dostopno na: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/> (21. 1. 2016).
- Šimenc, J. (ur.) (2015), *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije. Dostopno tudi na: www.prepoznajnasilje.si (20. 1. 2016).
- Vah Jevšnik, M., Cukut Krilić, S., Knežević Hočevar D., Šimenc J. (2015), Nasilje v družini in ranljive skupine (končno poročilo projektne raziskave). Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU. Dostopno na: http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/izdelki/porocilo_ds4_mvj_final.pdf?sfvrsn=4 (25. 1. 2016).
- Veselič, Š., Horvat, D., Plaz, M. (ur.) (2014), *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja*. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja.
- Zakon o preprečevanju nasilja v družini (2008). *Ur. l. RS*, št. 16/2008.
- Zakon o socialnem varstvu (2007). *Ur. l. RS*, št. 3/2007.
- Zaviršek, D. (2005), Vloga služb socialnega varstva pri obravnavi nasilja nad ženskami in otroki. *Javna uprava*, 41, 2–3: 553–572.
- Zdravković, L., Jalušič V. (2014), *Working paper on intervention against domestic violence in Slovenia*. Ljubljana: Mirovni inštitut. Dostopno na <http://ceinav-jrp.blogspot.de/> (24. 5. 2015).
- Zupančič, A., Ponikvar Mihevc, B., Cvetežar I. Š., Rus Makovec, M. (ur.) (2015), *Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.