

VISOKA ZDRAVSTVENA ŠOLA V CELJU
COLLEGE OF NURSING IN CELJE

VIII. STIKI ZDRAVSTVENE NEGE
8th CONTACTS IN NURSING CARE

Simpozij s področja varnosti v zdravstvu
Symposium on the field of Safety in Healthcare

**UKREPANJE IN PODPORA OB KONFLIKTNIH IN KRIZNIH
SITUACIJAH V ZDRAVSTVU**

**ACTION AND SUPPORT IN CONFLICT AND CRISIS SITUATIONS IN
HEALTHCARE**

Zbornik predavanj z recenzijo /
Proceedings of Lectures with Peer Review

19. april 2017 / 19th April 2017



UKREPANJE IN PODPORA OB KONFLIKTNIH IN KRIZNIH SITUACIJAH V ZDRAVSTVU

ACTION AND SUPPORT IN CONFLICT AND CRISIS SITUATIONS IN HEALTHCARE

Urednici / Editors

Alenka Presker Planko

Katja Esih

Recenzenti / Peer Reviewers

dr. Peter Umek

dr. Gorazd Voga

mag. Darja Plank

Programski odbor / Scientific Committee

dr. Roman Parežnik, predsednik / president

dr. Peter Umek

mag. Boris Miha Kaučič

dr. Gorazd Voga

Organizacijski odbor / Organising Committee

Alenka Presker Planko, predsednica / president

Katja Esih

Darinka Klinger

Mihaela Pinter Rojc

mag. Jerneja Meža

3

Izdala in založila / Published by

Visoka zdravstvena šola v Celju / College of Nursing in Celje

Oblikovanje besedila / Design by

Alenka Presker Planko

Lektorica za slovenski jezik / Proofreader for Slovene language

mag. Urša Fujs

Lektorica za angleški jezik / Proofreader for English language

Alenka Brezovšek

Naklada / Print run

80 izvodov / 80 copies



Avtor/ji prispevka je/so odgovoren/odgovorni za vse trditve in podatke, ki jih navaja/jo v prispevku.

Authors of the articles are liable for all statements and information provided in the paper.

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

614.2(082)
343.6:331.4(082)

STIKI zdravstvene nege (8 ; 2017 ; Celje)

Ukrepanje in podpora ob konfliktnih in kriznih situacijah v zdravstvu : zbornik predavanj z recenzijo = Action and support in conflict and crisis situations in healthcare : proceedings of lectures with peer review / VIII. stiki zdravstvene nege, 19. april 2017 [tudi] Simpozij s področja varnosti v zdravstvu = 8th Contacts in Nursing Care, 19th April 2017 [also] Symposium on the Field of Safety in Healthcare ; [organizator] Visoka zdravstvena šola v Celju = [organizer] College of Nursing in Celje ; [urednici Alenka Presker Planko, Katja Esih]. - V Celju : Visoka zdravstvena šola = College of Nursing, 2017

ISBN 978-961-6889-26-1

1. Gl. stv. nasl. 2. Vzp. stv. nasl. 3. Presker Planko, Alenka 4. Visoka zdravstvena šola (Celje)
289709568



VSEBINA

Program simpozija	6
Uvodni nagovori	8
Ravnanje zdravstvenega osebja z nasilnimi pacienti	
<i>Peter Umek</i>	11
Travma po izkušnji nasilja	
<i>Tinkara Pavšič Mrevlje</i>	21
Psihosocialna pomoč po travmatski izkušnji	
<i>Mateja Štirn</i>	31
Uvajanje kulture psihološke podpore v službah prvega odziva	
<i>Elizabeta Vovko</i>	42
Violence in different sectors of Health care in Finland	
<i>Helvi Kyngäs</i>	51
Izkušnje delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi s preprečevanjem nasilja na delovnem mestu	
<i>Monika Ažman, Irena Špela Cvetežar, Doroteja Lešnik Mugnaioni</i>	54
Pregled psihičnega in fizičnega nasilja nad zaposlenimi v Splošni bolnišnici Celje	
<i>Hilda Maze</i>	61
Intervencija ekipe nujne medicinske pomoči in kazalniki nasilja	
<i>Matej Mažič</i>	70



PROGRAM SIMPOZIJA / SYMPOSIUM PROGRAMME

VIII. STIKI ZDRAVSTVENE NEGE / 8th CONTACTS IN NURSING CARE

UKREPANJE IN PODPORA OB KONFLIKTNIH IN KRIZNIH SITUACIJAH V ZDRAVSTVU / ACTION AND SUPPORT IN CONFLICT AND CRISIS SITUATIONS IN HEALTHCARE

19. april 2017 / 19th April 2017

1. del

Moderatorja / moderators: dr. Gorazd Voga in dr. Peter Umek

9.00 – 9.20

Otvoritev simpozija in uvodni pozdrav dekana / Opening of the Symposium with Dean's Welcome Address

dr. Gorazd Voga, Visoka zdravstvena šola v Celju

Uvodni pozdravi vabljenih gostov / Welcome Addresses of invited guests

Monika Ažman, predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

dr. Zdenka Čebašek Travnik, predsednica Zdravniške zbornice Slovenije

9.20 – 10.00

Ravnanje zdravstvenega osebja z nasilnimi pacienti / Coping with workplace violence in nursing

dr. Peter Umek, Visoka zdravstvena šola v Celju in Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede

10.00 – 10.40

Travma po izkušnji nasilja / The traumatic experience of violence

dr. Tinkara Pavšič Mrevlje, Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede

10.40 – 11.20

Psihosocialna pomoč po travmatski izkušnji / Psychosocial support after traumatic experiences

mag. Mateja Štirn, ISA inštitut

11.20 – 11.50

Odmor



2.del

Moderatorja / moderators: dr. Roman Parežnik in mag. Hilda Maze

11.50 – 12.20

Uvajanje kulture psihološke podpore v službah prvega odziva / Implementation of the culture of psychological support in the first responders' services

Elizabeta Vovko, Generalna policijska uprava Slovenije

12.20 – 12.50

Violence in different sectors of Health care in Finland / Nasilje v zdravstvu na Finskem
dr. Helvi Kyngäs, Univerza v Oulu, Medicinska fakulteta, Raziskovalna enota za zdravstveno nego in zdravstveni menedžment, Finska in Visoka zdravstvena šola v Celju

12.50 – 13.20

Izkušnje delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi s preprečevanjem nasilja na delovnem mestu

Monika Ažman, Irena Špela Cvetežar, Doroteja Lešnik Mugnaioni, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

13.20 – 13.50

Odmor

7

13.50 – 14.20

Pregled psihičnega in fizičnega nasilja nad zaposlenimi v Splošni bolnišnici Celje

mag. Hilda Maze, Splošna bolnišnica Celje in Visoka zdravstvena šola v Celju

14.20 – 14.50

Intervencija ekipe nujne medicinske pomoči in kazalniki nasilja

Matej Mažič, Splošna bolnišnica Celje in Visoka zdravstvena šola v Celju

14.50 – 15.00

Evalvacija in zaključek simpozija / Evaluation and Conclusion of the Symposium



UVODNI NAGOVOR DEKANA VISOKE ZDRAVSTVENE ŠOLE V CELJU

Dobrodošli na sedaj že osmem simpoziju Stiki zdravstvene nege. Zadnje štiri simpozije smo posvetili paliativni oskrbi in jo predstavili z različnih vidikov. Letošnji simpozij smo namenili področju varnosti, saj želimo prikazati, kakšna naj bosta ukrepanje in podpora ob konfliktnih in kriznih situacijah v zdravstvu.

Kljub demokratizaciji in velikokrat žal samo deklarativni humanosti sodobne družbe se z različnimi vrstami nasilja srečujemo pravzaprav vsakodnevno. Nasilje v družini, na delovnem mestu, na javnih prireditvah, shodih in protestih ter ne nazadnje tudi v zdravstvu ni samo posledica nasilnih posameznikov, ampak ima pogosto globlje sociološke, psihološke in ekonomske vzroke.

Kljub temu, da je nasilje v zdravstvu videti na prvi pogled nerazumljivo, saj pacienti sami prihajajo po pomoč in jo večinoma tudi dobijo, je nasilje nad delavci v zdravstvu razmeroma pogosto in se še stopnjuje, kar je seveda še posebej skrb vzbujajoče. Bolezen za večino pacientov pomeni stres, na katerega se lahko nepričakovano odzovejo in postanejo nasilni. Pogosto so, predvsem pri nujnih stanjih in pri zdravljenju kritično bolnih, v stresu tudi zdravstveni delavci, kar lahko povzroči napačno odzivanje na pacientovo obnašanje. Zato ne preseneča, da je bila več kot vsaka druga medicinska sestra že žrtev psihičnega, skoraj vsaka tretja pa tudi fizičnega nasilja. Poleg povsem subjektivnih vzrokov pa nasilje v zdravstvu pogojujejo tudi povsem objektivni dejavniki, kot so neustrezna organizacija in dostopnost zdravstvene službe, predolgo čakanje, nezadovoljstvo pacientov in njihovih svojcev ter seveda nepoučenost zdravstvenih delavcev o teh problemih.

In prav zmanjševanju tega dejavnika je namenjen današnji posvet in upam, da bo pripomogel k zmanjševanju nasilja in boljšemu odzivanju zdravstvenih delavcev na konfliktne in nasilne dogodke.

Zahvaljujem se Vam za sodelovanje in Vam želim kakovostno delo ter prijetno bivanje v knežjem mestu.

Izr. prof. dr. Gorazd Voga
dekan VZŠCE



UVODNI NAGOVOR PREDSEDNICE ZBORNICE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZE STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

V času izrednega tehnološkega napredka, v katerem živimo, ko so informacije, znanje, prenos podatkov in vedenj na dlani, ko se spogledujemo z realno prisotnostjo robotov v vsakdanjem življenju in tudi v zdravstvu, predstavlja spoprijemanje s konflikti in nasiljem poseben izziv. Izziv zato, ker je nasilje eden ključnih fenomenov zgodovinskega razvoja družine, družbe in države. Zaznavamo ga na vseh področjih življenja posameznikov in družbe.

Za nasilje nimamo enotne definicije, saj ga posamezne vede definirajo različno, v odvisnosti od lastnih znanstvenih paradigem ter družbenega in kulturnega konteksta. Mnogi, ki so nasilje proučevali v zadnjih desetletjih, so dokazali, da se psihološko-socialne dimenzije in okviri nasilnosti sploh niso veliko spremenili. Močno se je spremenilo razumevanje teže nasilnih dejanj in posledic le-teh. Morda to pomeni, da postajamo vse bolj ozaveščeni?

Medicinske sestre in babice področje prepoznavanja in zaznavanja nasilja ter ukrepanja ob prepoznavanju nasilnih dejanj intenzivno spremljamo vse od leta 2000. V ta namen je bila isto leto ustanovljena tudi Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, ki od takrat deluje pod okriljem Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

9

Simpozij, ki ga na temo varnosti v zdravstvu organizira Visoka zdravstvena šola v Celju, vnaša v strokovni prostor dodatne dimenzije. Je nova priložnost ne le za izmenjavo strokovnih stališč in primerov dobrih praks, temveč resna iztočnica za vzpostavitev sistemskih rešitev obravnave nasilja v zdravstvu na splošno.

Monika Ažman
predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



UVODNI NAGOVOR PREDSEDNICE ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Visoka zdravstvena šola v Celju se razvija v sodobno izobraževalno ustanovo na področju zdravstvene nege in se loteva tudi tem, ki jih v drugih visokošolskih in tudi univerzitetnih programih močno pogrešamo.

Pred 20 leti smo o nasilju govorili le redki. Takrat nismo imeli ne znanja ne izkušenj o tem, kako naj se pogovarjamo z žrtvami, še manj kako s povzročitelji nasilja. Znanje je k nam prihajalo po različnih poteh, največ skozi nevladne organizacije, veliko tudi v obliki študijskih programov, ki so jih pri nas izvajale tuje izobraževalne ustanove. Postopoma pa se znanje poraja tudi v naših domačih institucijah. Tako je treba omeniti obsežne aktivnosti na področju zdravstvene nege pod vodstvom Zbornice zdravstvene in babiške nege in zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V letu 2016 je potekal tudi projekt POND v izvedbi Zdravniške zbornice Slovenije pod finančnim okriljem Norveškega mehanizma. Veliko je bilo opravljenih raziskav, diplomskih, magistrskih in doktorskih nalog. Pa vendar se zdi, da smo – kar zadeva obvladovanje nasilja in kriznih situacij – še vedno nekje na začetku.

Nasilje, s katerim se pri svojem delu srečujemo zdravstveni delavci, je raznoliko. Sistemsko gledano se dogaja v treh podsistemih: nasilje pacientov nad zdravstvenim osebjem, nasilje zdravstvenega osebja nad pacienti in nasilje med zdravstvenimi delavci samimi. Slednje se lahko deli še na nasilje znotraj ene poklicne skupine in tisto med različnimi poklicnimi skupinami. Medtem ko o prvi obliki nasilja obširno poročajo tudi mediji in nikakor ni več tabu tema, za drugi dve obliki nasilja tega ne moremo trditi.

V vseh omenjenih podsistemih so vpleteni zdravstveni delavci. Ko se učimo prepoznavati nevarnosti grozečega nasilja in jih morda celo obvladovati, v zdravstvenem sistemu prevečkrat pozabljam na to, kaj vpleteni delavec ob tem doživlja. Ob hujših primerih nasilja je pričakovati, da se bo tudi pri njem ali njej razvila posttravmatska stresna motnja. Kadar ta ni prepoznana in ustrezno obravnavana, lahko prizadeti zaposleni postanejo nefunkcionalni pri svojem delu – kaj to pomeni za zdravstveni sistem, tukaj ni treba pojasnjevati. V mislih imam tudi tiste zdravstvene delavce, ki se zaradi narave svojega dela vsak dan srečujejo s konfliktnimi in kriznimi situacijami, a nimajo možnosti, da bi se po teh psihično razbremenili.

Želim si, da bi današnji simpozij odprl nove možnosti tako v prepoznavanju kriznih in konfliktnih situacij kot v ustanovitvi delujoče psihosocialne podpore za vse zdravstvene delavce, ki se v takih situacijah znajdejo. Če res želimo doseči spremembe, jih moramo skrbno načrtovati na nacionalni ravni in v te načrte vključiti vsa strokovna združenja ter vse izobraževalne ustanove, ki izobražujejo za poklice v zdravstvu. Ponosna sem, da je med prvimi ravno naša Visoka zdravstvena šola v Celju.

Doc. dr. Zdenka Čebašek-Travnik, dr. med.
predsednica Zdravniške zbornice Slovenije



RAVNANJE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA Z NASILNIMI PACIENTI

COPING WITH WORKPLACE VIOLENCE IN NURSING

zasl. prof. dr. Peter Umek, univ. dipl. psih.

upokojeni predavatelj na FVV UM in VZŠCE

peter.umek@vzsce.si

IZVLEČEK

V prispevku obravnavamo nasilje na področju zdravstvene nege. Pogostost pojavljanja psihičnega in fizičnega nasilja se stopnjuje in posledice občutijo predvsem medicinske sestre, ki so v zdravstvenem timu najbolj izpostavljene tem dogodkom. Ugotavljamo, da se temu posveča premalo pozornosti, kako ukrepati, je znano, v prakso pa se celoviti ukrepi uvajajo prepočasi.

Osrednja tema prispevka se nanaša na usposabljanje osebja v zdravstveni negi pri obravnavanju nasilnih pacientov. Predlagan je štiristopenjski model usposabljanja, ki obravnava zaznavo osebnostnih značilnosti zdravstvenega osebja, prepoznavo znakov, ki napovedujejo nasilno vedenje, nato pravila vedenja in komuniciranja z nasilnim pacientom ter na koncu prijavo in analizo dogodka.

Ključne besede: nasilje, model, vedenje, komuniciranje

11

ABSTRACT

This paper discusses the violence in the field of nursing care. The frequency of occurrence of psychological and physical violence is escalating, and the consequences are particularly felt by nurses, who are the most vulnerable members of medical teams as concerns such events. We established that not enough attention has been paid to this issue, in theory it is well known how to cope with violence, but the comprehensive measures are being put into practice too slowly.

The central theme of this paper relates to the training of the employees in nursing care in dealing with violent patients. A four-phased model of training has been proposed, which deals with the perception of the personality characteristics of nursing care providers, the identification of the signs that predict violent behavior, and the rules of behavior and communication with violent patients. It ends with reporting the incident and the analysis of it.

Keywords: violence, model, behavior, communication



UVOD

Današnji čas v mnogočem označuje nasilje. Zdi se, da je nasilja vse več, res je tudi, da mediji, predvsem televizija, vsakodnevno poročajo o nasilnih dejanjih različne vrste. Teroristični napadi se kar vrstijo, a se nas poročila o tistih, ki se dogajajo zunaj Evrope, ne dotaknejo preveč. Veliko bolj so nas prizadele novice o terorističnih napadih, ki so se zgodili v Franciji, Belgiji in Nemčiji. Dogodili so se v skupnostih, ki jim tudi mi pripadamo, in mnogi so se čutili ogrožene, čeprav je po zatrjevanju varnostnih služb Slovenija med najvarnejšimi državami v svetu.

Skoraj ne mine dan, da mediji ne bi poročali o nasilnih kaznivih dejanjih, ki se dogajajo pri nas, pri čemer posebno zanimanje vzbujajo uboji in umori, ki so večinoma posledica nesoglasij med partnerji in znanci. Ustvarilo se je mnenje, da je takih grozljivih dejanj vedno več, a analize za zadnjih nekaj let kažejo, da to ne drži, število ubojev in umorov se sicer iz leta v leto spreminja, a o trendu naraščanja ne moremo govoriti. Lahko pa zatrdimo, da število ne tako usodnih nasilnih kaznivih dejanj narašča, vzroke zanje bi lahko iskali v posledicah socialno-ekonomske krize zadnjih nekaj let (Ipavec & Umek, 2016).

Kriminolog Meško (2006) meni, da je nasilje postalo del našega vsakdana. Je individualni in je družbeni fenomen, z njim se srečujemo na vsakem koraku in praktično je že tako močno zakoreninjeno v našo podzavest, da ga niti ne opazimo več. Pozornost ljudi pritegnejo le izredni dogodki, o katerih se nekaj časa piše in govori, potem se na to bolj ali manj pozabi.

Tak dogodek, ki je nedvomno vzbudil pozornost javnosti in veliko vznemirjenja pri zaposlenih v zdravstvu, je bil umor sicer zelo priljubljenega zdravnika v izolski bolnišnici. Ustrelil ga je njegov pacient, ki je bil zaskrbljen zaradi svoje bolezni in ni bil zadovoljen s predvidenim datumom operacije. Tako usodni dogodki so pri nas v zdravstvu redki, redke pa niso različne oblike nasilja, ki ga vsakodnevno doživljajo zdravstveni delavci, zaposleni v različnih zdravstvenih ustanovah. O tej problematiki mediji skoraj ne poročajo, o tem beremo in slišimo večinoma le ob napovedih stavk zdravstvenih delavcev, ki zahtevajo boljše delovne pogoje in seveda primerno plačilo za svoje delo.

Nasilje v zdravstvenih ustanovah je prisotno že od nekdaj, a skrbi nas lahko, da se tako psihično kot fizično nasilje stopnjujeta, pri čemer to občutijo predvsem medicinske sestre, ki so v zdravstvenem timu najbolj izpostavljene tem dogodkom. Po podatkih Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) (n. d.) se poklic medicinske sestre uvršča v sam vrh poklicev, ki so izpostavljeni nasilju, tudi fizičnemu, takoj za policisti in varnostniki.



Raziskovalna skupina pri Zbornici – Zvezi je v letih 1999, 2010 in 2011 opravila raziskavo o nasilju nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu. Več kot 60 odstotkov sester je bilo žrtev psihičnega nasilja, približno 30 odstotkov pa jih je že doživelo fizično nasilje. Največkrat se je nasilje pojavljalo v urgentnih ambulantah, domovih starejših občanov, posebnih zavodih, bolnišnicah, najmanj pa v zdravstvenih domovih. Največkrat so bili nasilni pacienti, v več kot 70 odstotkih, svojci pa približno v 11 odstotkih (Zbornica – Zveza, n. d. a). V člankih, ki navajajo preglede tujih raziskav o pogostosti doživljanj nasilja v zdravstveni negi, je zaslediti zelo podobne podatke (ASSIS Healthcare Security Council, 2010; Jerkič, et al., 2014 Arnetz, et al., 2015; Zao, et al., 2015), kar kaže na to, da so problemi z doživljanjem nasilja po svetu podobni, ugotavlja se, da se temu problemu posveča premalo pozornosti, navajajo se nujni ukrepi, ki bi zmanjšali možnosti nasilja in povečali varnost zdravstvenega osebja, v prakso pa se kompleksni varnostni ukrepi uvajajo bolj počasi.

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA POJAV NASILJA

Če hočemo zagotoviti čim večjo varnost pred nasiljem v zdravstveni negi, moramo poznati in analizirati dejavnike za izbruh nasilja. Varnost medicinskih sester in drugih se bo povečala, če bodo ukrepi za preprečevanje nasilja celostni in bodo zajemali vse ali vsaj več možnih dejavnikov. Dejavnike tveganja za izbruh nasilja v zdravstveni negi lahko razvrstimo v štiri kategorije (Dernovšek, 2009; Gilespe, et al., 2010):

- Okolje (slabo opremljene čakalnice, prenapolnjene čakalnice in dolgo čakanje),
- Zdravstveno osebje (prenizka ali previsoka toleranca do nasilja, osebno zapletanje v konflikte, nepoznavanje znakov grozečega nasilnega vedenja, slabe komunikacijske in pogajalske veščine),
- Pacienti (tesnoba, droge in alkohol, duševne bolezni, akutna stresna reakcija in kulturne razlike),
- Svojci (prevelika pričakovanja, premalo pozornosti in razočaranje).

13

Naš namen ni, da bi navajali vse ukrepe, ki bi jih morali storiti, da bi zmanjšali možnost pojavljanja nasilja v čakalnicah, predvsem na področju urgentne medicine, kjer je pojavnost nasilja največja. Vsekakor je treba čakalnice tehnično opremiti z varnostno opremo (alarmi in kamere) ter uvesti učinkovito organizacijo glede obravnave in naročanja pacientov.

POSLEDICE DOŽIVETEGA NASILJA

Podatki raziskav kažejo, da se posledice doživetega nasilja izražajo na organizacijski, družbeni in individualni ravni. Tako zdravstveni delavci, ki so doživeli nasilje, kažejo znake depresije, anksioznosti, manjšega zadovoljstva z delom in so manj delovno učinkoviti. Osebne težave in nezadovoljstvo negativno vplivajo na socialno stabilnost organizacije (nižja morala, slabši medsebojni odnosi in prekinitev delovnega razmerja).

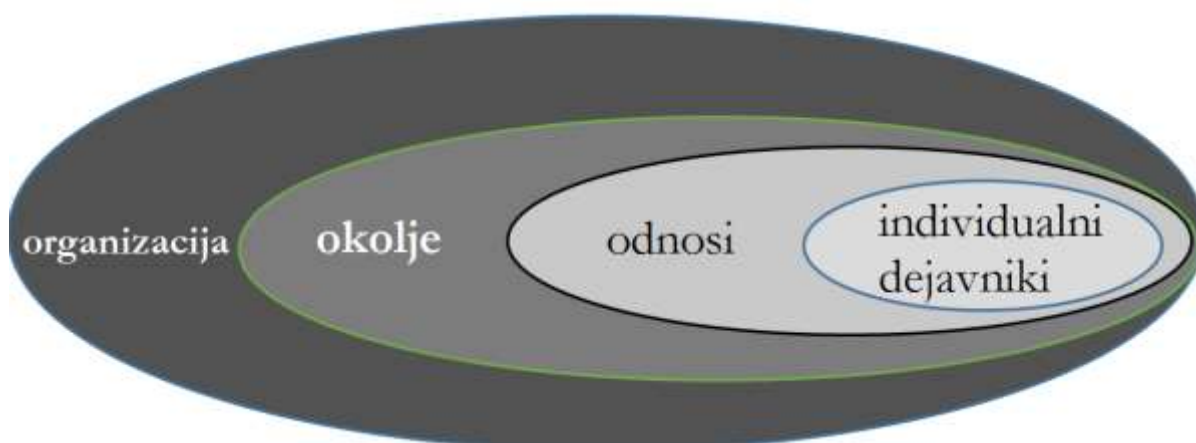


Pokazalo se je tudi, da so zdravstveni delavci, ki niso zadovoljni, pogosteje izpostavljeni nasilju kot drugi zdravstveni delavci (Zhao, et al., 2015). Nasilje na področju zdravstva je treba nujno preprečevati, istočasno pa zdravstvenemu osebju, ki je doživelo nasilje na delovnem mestu, zagotoviti tudi strokovno pomoč. Le na ta način se bodo učinkovito zmanjšale posledice delovnega stresa, privrženost organizaciji in zaupanje se bosta povečala, kar vse vpliva na boljše počutje posameznika, njegovo uspešnost in s tem tudi uspešnost organizacije.

Sistematično organizirane strokovne pomoči v naših zdravstvenih ustanovah ni, vsaj tako izhaja iz podatkov Zbornice – Zveze. V njihovi raziskavi se je pokazalo, da so se delavci v zdravstveni negi, ki so doživeli nasilje, najpogosteje zaupali kolegici ali kolegu in sodelavki ali sodelavcu, manj pa nadrejenim oziroma vodstvenemu kadru. Malo se jih je odločilo za prijavo nasilja, kar polovica je izjavila, da niso nič naredili ali ukrepali, ker so menili, da se tako ne bi nič spremenilo (Zbornica – Zveza, n. d. a).

Še enkrat bi poudarili, da morajo biti ukrepi za preprečevanja nasilja celostni, da bi bili učinkoviti. Tak model predlagajo Arnetz in sodelavci (2015), ponazorijo ga s štirimi koncentričnimi krogi (slika 1). Pri preprečevanju nasilja je treba upoštevati individualne dejavnike pacientov in zdravstvenih delavcev, nato odnose med zdravstvenimi delavci in pacienti v procesu zdravstvene nege, dejavnike okolja in končno dejavnike zdravstvene organizacije. V sistemu preprečevanja nasilja je seveda treba identificirati in analizirati rizične dejavnike na vseh štirih ravneh, kar bo omogočilo intervencije na vsaki ravni, treba pa je upoštevati tudi usklajeno delovanje celotnega sistema varnosti.

Slika 1: Model preprečevanja nasilja na delovnem mestu



Vir: Arnetz, et al., 2015

IZOBRAŽEVANJE IN USPOSABLJANJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Nasilje nad zdravstvenim osebjem je posebej pereče v psihiatričnih bolnišnicah in s tega področja je tudi največ raziskav. Spoznanja teh raziskav so deloma relevantna tudi



za druga področja, vsaj glede problematike usposabljanja za preprečevanje nasilja. V naši raziskavi (Pavšič Mrevlje & Umek), ki je bila izvedena v treh psihiatričnih bolnišnicah, in sicer v Ljubljani, Begunjah in Ormožu, smo ugotovili, da le manjši del zdravstvenega osebja zaznava svoje delo kot nevarno. Žrtve nasilja psihiatričnih bolnikov so najpogosteje medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Sodelujoči v raziskavi so menili, da bi potrebovali več usposabljanja s področja samoobrambe, dodatne kompetentne sodelavce, predvsem moške, treninge komunikacije in boljše sodelovanje v kolektivu. Poleg tega menijo, da bi bili zdravstveni delavci, ki so žrtve nasilnega vedenja pacientov, deležni sistematične pomoči. Občasno pri nasilnih dogodkih intervenira tudi varnostna služba, ki za tovrstne intervencije ni usposobljena, zato bi bilo treba zanje organizirati posebna usposabljanja.

Gabrovec in Lobnikar (2014) menita, da zdravstveni delavci potrebujejo sistematično in kontinuirano izobraževanje in usposabljanje za obvladovanje agresivnih situacij ter izdelavo splošnih in internih smernic obvladovanja, kar bi pripomoglo k dvigu samozavesti zdravstvenih delavcev in znanja obvladovanja agresivnih situacij ter posledično uspešnejšemu in varnejšemu obvladovanju nastalih situacij. Predlagata tudi model izobraževanja in usposabljanja negovalnega osebja v psihiatrični bolnišnici, pri čemer na osnovi tega modela navajamo podrobnejši vsebinski okvir usposabljanja za osebje v zdravstveni negi. Cilji usposabljanja so preprečevanje konfliktov, primerno reagiranje v konfliktnih situacijah in ustrezno ukrepanje po grozečih situacijah. Konkretni predlogi vedenja v konfliktni situaciji izvirajo iz usposabljanj policijskih pogajalcev (in drugih, ki se srečujejo z nasilnimi posamezniki, na primer inšpektorjev) in analize realnih situacij. Zato tudi ne navajamo literature, iz katere bi črpali nasvete za vedenje in komuniciranje v potencialno nevarnih situacijah.

15

Vsebinski sklopi modela:

1. Spoznavanje lastnih osebnostnih in vedenjskih značilnosti.
2. Prepoznavanje rizičnih dejavnikov in prvi ukrepi.
3. Komuniciranje z nasilnim pacientom.
4. Prijava in analiza kritičnega dogodka in pomoč žrtvi nasilja.

SPOZNAVANJE LASTNIH OSEBNOSTNIH IN VEDENJSKIH ZNAČILNOSTI

Premalo se zavedamo, da na naš odnos z drugimi v veliki meri vplivajo naše osebnostne in vedenjske karakteristike, in ne samo karakteristike tistega, s katerim smo v nekem odnosu, pa tudi situacija ima pri tem pomembno vlogo. Vedeti moramo, da je medsebojni odnos interakcija, in da tako kot mi presojava druge in se v skladu s tem tudi vedemo, tako tudi sogovorniki ocenjujejo nas in naše vedenje, kar povratno vpliva na njihov odnos do nas.

Medicinska sestra, ki si predstavlja, da je prijazna in da profesionalno opravlja svoje delo, je verjetno presenečena, ker se čakajoči ne vedejo v skladu z njeno predstavo o



sami sebi. Njeno vedenje namreč lahko dojemajo kot preveč avtoritarno ali birokratsko in ji to s svojim vedenjem, na primer s pripombami, tudi pokažejo, in to je ena izmed možnosti za konfliktno situacijo. Medicinska sestra lahko postane žrtev verbalnega nasilja, ne da bi se zavedala svoje vloge pri tem.

Osnovna znanja o tem, kako ocenjujemo sebe in kako ocenjujemo druge, bi morali pridobiti v študijskem procesu (predavanja in praktične vaje), ne bi bilo odveč, če bi za medicinsko osebje organizirali tako imenovane treninge senzitivnosti, ki potekajo v majhnih skupinah, pri čemer ti člani skupine postavijo ogledalo, tako omogočijo bolj realno predstavo o samem sebi in v nadaljevanju možnost osebnostne spremembe.

PREPOZNAVANJE RIZIČNIH DEJAVNIKOV IN PRVI UKREPI

Največ znanja o rizičnih dejavnikih za nasilje se seveda pridobi z izkušnjami, dobro pa bi bilo, da bi zdravstveno osebje že na začetku njihove poklicne poti opozorili na te dejavnike. Rizični dejavniki za nasilje so v različnih zdravstvenih ustanovah različni in so odvisni na primer od lokacije, velikosti ter seveda tipa ustanove.

Gabrovec in Lobnikar (2014) navajata, da se nasilje najpogosteje pojavlja v:

- psihiatričnih bolnišnicah;
- enotah nujne pomoči;
- čakalnicah;
- geriatričnih enotah in enotah, namenjenih dolgemu bivanju.

V dokumentu, ki ga je objavil Texas Department of Insurance, z naslovom Health Care Facilities and Workplace Violence Prevention (n. d.) so med drugimi navedeni naslednji najpogostejši rizični dejavniki tveganja:

- dolgo čakanje;
- prenapolnjene in neudobne čakalnice;
- psihiatrično obolenje (shizofrenija, demenca, delirantna stanja in intoksikacije);
- osebnostne motnje (paranoidne, borderline in disocialne);
- transport pacientov;
- posedovanje orožja.

Zdravstveno osebje je treba poučiti o tem in tudi usposobiti za to, kako se izogniti potencialno nasilnim situacijam in kako jih reševati, če nastanejo. Treba jim je predstaviti najpogostejše situacije in znake, ki nakazujejo agresivno vedenje. Znaki, ki nakazujejo možnost nasilnega vedenja, so:

- telesne spremembe, znaki stresa (potenje, stiskanje zob, tresenje, napetost, stisnjene pesti, sunkovito dihanje, nemirnost, zariplost ...);
- glasovni izrazi jeze in frustracije (vpitje, zmerjanje, preklinjanje in grožnje);



- vedenjske spremembe (grozeče kretnje, vstajanje, topotanje, razbijanje po vratih, metanje stvari in približevanje);
- znaki alkoholiziranosti ali uporabe drog;
- prisotnost orožja.

Vse naštetu je seveda izraz agresivnosti, ki ni nujno usmerjena v zdravstvene delavce. Če se tako vedenje na primer v čakalnici pojavi, mora medicinsko osebje reagirati, kajti v zdravstvenih ustanovah se mora uveljavljati ničelna toleranca do nasilja. Takrat je verjetnost, da se agresivnost usmeri na zdravstveno osebje, velika. Da bi se pacient pomiril, je treba upoštevati naslednja osnovna pravila:

- Poskušajte ostati mirni.
- Ne »merite moči«.
- Ne ukazujte!
- Pokažite, da sprejemate pacientova čustva (Vem, da ste vznemirjeni.).
- Izogibajte se vedenja, ki bi se lahko dojelo kot agresivno (hitri gibi, približevanje, dotikanje in glasno govorjenje).

Če se pacient ne pomiri in je velika verjetnost, da bo postal fizično nasilen, se je treba umakniti in poklicati pomoč. Treba si je zagotoviti možnost umika. Pozorni bodite na to, da se potencialno nasilen pacient ne postavi med vas in vrata.

KOMUNICIRANJE Z NASILNIM PACIENTOM

17

Prepričani smo, da je treba zdravstveno osebje usposobiti tudi za komunikacijo s pacientom, ki kaže znake agresivnosti. Navajamo nekaj pravil komuniciranja v potencialno nevarnih situacijah, ki imajo za cilj umirjanje situacije:

- Ostanite mirni. Obvladajte čustva, izogibajte se čezmernega reagiranja.
- Obvladajte svoj glas, govornico telesa (pantomima) in izraznost obraza (mimika). Gibi naj bodo umirjeni. Spoštujte osebni prostor.
- Ne odzivajte se na morebitne žalitve.
- Premislite, kaj boste rekli. Če občutite jezo ali strah, nekajkrat globoko vdihnite in šele nato reagirajte.
- Ne »merite moči«. Izogibajte se izražanju moči.
- Ne odreagirajte na isti način, ne bodite nesramni ali žaljivi.
- Ne pritožujte se nad vedenjem pacienta.
- Ne poučujte in ne moralizirajte.
- Poslušajte osebo in je ne prekinjajte. Dovolite ji, da se nekoliko umiri.
- Če že kritizirate, kritizirajte vedenje ali dejanja, in ne osebe.
- Govorite počasneje.
- Ne kričite. Govorite tišje, vendar dovolj glasno, da vas sogovornik lahko dobro sliši.
- Govorite z nekoliko nižjim glasom kot običajno.



- Govorite z mirnim, izenačenim tonom.
- Ne sledite, temveč vodite (asertivnost).
- Tisti, ki vas žali in vam grozi, praviloma svojega ravnanja ne usmerja ciljno na vas, zato njegovih žalitev ne jemljite osebno.
- Po dogodku poiščite podporo zase.

A bi poudarili, da ni dovolj samo poznavanje komunikacijskih tehnik za umirjanje situacije, te tehnike je treba resnično obvladati. Usposabljanje za komuniciranje naj poteka v simuliranih situacijah in z analizo nasilnih dogodkov, ki so se zgodili v zdravstveni ustanovi.

PRIJAVA IN ANALIZA KRITIČNEGA DOGODKA TER POMOČ ŽRTVI NASILJA

Vsakemu incidentu bi morala slediti prijava in podrobno poročilo vodilnim delavcem, pri čemer naj bi se poročilo v zdravstvenem timu tudi analiziralo. Po podatkih Zbornice – Zveze (n. d. a) se to redko zgodi, ker so delavci v zdravstveni negi prepričani, da se pogoji dela ne bodo spremenili, in zahteve po poročilih doživljajo kot nepotrebno administriranje, ki ovira njihovo delo. Vendar le podrobna poročila omogočajo analizo, diskusije o vzrokih in njihovo odpravo, tudi načrtovanje usposabljanja za ravnanje z nasilnimi pacienti. Posebno pozornost bi morali posvetiti tudi zdravstvenemu delavcu, ki je nasilje doživel, in mu omogočiti strokovno pomoč, če bi izrazil potrebo po taki pomoči.

18

SKLEP

Nasilje v zdravstveni negi obstaja in po podatkih domačih ter tujih raziskav narašča. Zavedati se moramo, da obstaja za nasilje več vzrokov, da je to kompleksen pojav, ki ga ni mogoče preprečiti s posameznimi preventivnimi, reaktivnimi in posledičnimi ukrepi, ti morajo biti usklajeni in celostni. Le tako bo nasilja manj, zadovoljstvo zdravstvenih delavcev bo večje in posledično bo tudi zdravstvena ustanova uspešnejša.

LITERATURA IN VIRI

Arnetz, J.E., Hamblin, L., Essenmacher, L., Upfal, M.J., Ager, J. & Luborsky, M., 2015. Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), pp. 338–348.

ASIS Healthcare Security Council, 2010. *Managing Disruptive Behavior and Workplace Violence in Healthcare*. Available at: www.g4s.us/.../Hospitals%20and%20Healthcare/Council_Healthcare [18. 2. 2017].



Dernovšek, Z.M., 2009. *Prepoznavanje in preprečevanje nasilnih vedenj in njihovih posledic v službah za duševno zdravje v skupnosti*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara.

Gabrovec, B. & Lobnikar, B., 2014. Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti obravnave agresije pri pacientu z duševno motnjo v zdravstveni negi na področju psihiatrije v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1-4), pp. 286–293.

Gillespie, G.L., Gates, D.M., Miller, M. & Kunz Howard, P., 2010. Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), pp. 177–184.

Ipavec, A. & Umek, P., 2016. Analiza ubojev in umorov v letu 2015. In: Flander, B., et al., eds. *Zbornik povzetkov*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede, pp. 109.

Jerkič, K., Babnik, K. & Karnjuš, I., 2014. Verbalno in posredno nasilje v urgentni dejavnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 104–112.

Meško, G., 2006. *Kriminologija*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.

Pavšič Mrevlje, T. & Umek, P., 2011. Safty Issues in Psychiatric Settings. *Varstvoslovje, Journal of Criminal Justice and Security*, 13(4), pp. 431–443.

19

Siqi, Z., He, L., Hongkun, M., Mingli, J., Ye, L., Yanhua, H., et al., 2015. Coping with Workplace Violence in Healthcare Settings: Social Support an Strategies. *International Journal of Environmental research and Public Health*, 12, pp. 14429–14444.

Texas Department of Insurance, (n. d.). *Health Care Facilities and Workplace Violence Prevention*. Available at: www.tdi.texas.gov/pubs/videoresource/stpwpvhealthc.pdf. [18. 3. 2017].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, n. d. *Nasilje med zaposlenimi v zdravstveni negi se stopnjuje*. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si>. [15. 3. 2017].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, n. d. a. *Proti nasilju na delovnih mestih*. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si> [11. 3. 2017].

Predstavitev avtorja

Zasl. prof. dr. Peter Umek je svojo poklicno kariero začel leta 1972 kot asistent na Katedri za klinično psihologijo, na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete Univerze



v Ljubljani. Na Oddelku za psihologijo je pridobil naziv izredni profesor, ukvarjal pa se je predvsem s področjem psihološkega svetovanja in terapije. Leta 1990 sem je zaposlil na sedanji Fakulteti za varnostne vede in tam skrbel za raziskovalno dejavnost in razvoj forenzične psihologije, ki jo je uvedel tudi v prakso kriminalističnega in policijskega dela. Raziskoval je področje stresa pri policijskem delu, uvedel nekaj psiholoških metod v kriminalistično dejavnost in sodeloval pri ustanavljanju, razvoju in delu policijskih pogajalskih skupin. Leta 2001 je bil izvoljen v naziv redni profesor za kriminalistično psihologijo, leta 2013 sem je upokojil. Univerza v Mariboru mu je za prispevek k razvoju leta 2014 podelila častni naziv zaslužni profesor. Kljub upokojitvi še vedno predava na Fakulteti za varnostne vede UM, Filozofski fakulteti UM in kar nekaj let tudi na Visoki zdravstveni šoli v Celju.



TRAVMA PO IZKUŠNJI NASILJA

THE TRAUMATIC EXPERIENCE OF VIOLENCE

doc. dr. Tinkara Pavšič Mrevlje

Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede

tinkara.pavsicmrevlje@fvv.uni-mb.si

IZVLEČEK

Dogodki, ki so potencialno travmatski, se lahko med seboj zelo razlikujejo, a večini je skupna nasilna narava. Prav izkušnje z nasiljem so tiste, ki najpogosteje na posamezniku pustijo psihične posledice, te pa se lahko razvijejo v posttravmatsko stresno motnjo. Potencialno travmatske niso le neposredne izkušnje z nasiljem, temveč tudi posredna izpostavljenost nasilju in njegovim posledicam. Zdravstveni delavci so pri svojem delu namreč pogosto v stiku z bolnimi in trpečimi ljudmi, ki morebiti potrebujejo zdravniško pomoč tudi zaradi nasilne izkušnje.

Število raziskav o nasilju nad zdravstvenim osebjem je v zadnjih desetletjih naraslo, manj pa je takih, ki bi obravnavale specifične psihične posledice nasilja. Dostopni podatki vsekakor kažejo, da zdravstveni delavci doživljajo predvsem psihično nasilje, da to vpliva na njihovo delovno učinkovitost, nekateri med njimi pa tudi dosegajo kriterije za posttravmatsko stresno motnjo.

21

Izobraževanja zaposlenih o posledicah nasilja in jasna podpora in pomoč sodelavcem s tovrstno izkušnjo so že poznana formula za preventivo na vseh ravneh in posledično delovno učinkovitejše okolje.

Ključne besede: nasilje, zdravstveni delavci, posttravmatska stresna motnja, psihične posledice

ABSTRACT

Potentially traumatic events can vary in their nature, but most of them share a common element: violence. Violent experiences are the most frequent triggers of psychological consequences that can evolve in posttraumatic stress disorder. However, potentially traumatic is not only direct exposure to violence, but indirect exposure as well. As a matter of fact, health workers are frequently working with ill and suffering patients that might need medical assistance also because of violence.

The research about violence in health care settings has increased over the last decades, but only a smaller number of studies tackle specific psychological consequences of violence. Accessible data undoubtedly show that psychological violence against health



care workers is especially frequent and it affects work efficiency, some individuals even reach the criteria for posttraumatic stress disorder.

Education of employees about consequences of violence and clear support and help to co-workers with such experience is a well-known formula for prevention of violence on all levels, and consequently for a more efficient work environment.

Key words: *violence, health care workers, posttraumatic stress disorder, psychological consequences*

PSIHIČNA TRAVMA

S prvo in drugo svetovno vojno ter vojno v Vietnamu je psihična travma začela pridobivati pozornost strokovne javnosti. Od sedemdesetih let preteklega stoletja so jo začeli prepoznavati tudi pri ženskah, žrtvah posilstev, in otrocih, žrtvah spolnih zlorab, v devetdesetih letih prejšnjega stoletja pa je raziskovanje travme pokazalo, da so posledice neosebni travm (npr. naravnih nesreč) nekoliko drugačne od posledic, ki so jih povzročili medosebni travmatski dogodki (Luxenberg & Levin, 2004). Tako naravne katastrofe kot človeško nasilje lahko v posamezniku, ki ga doživi, izzove različne psihične posledice. Ena najpogostejših je psihična travma v obliki *posttravmatske stresne motnje* (PTSM; Yehuda, 1998).

22

PTSM danes določamo skozi naslednje glavne elemente, ki morajo trajati vsaj en mesec (American Psychiatric Association, 2013):

- neposredna ali posredna izpostavljenost smrti, smrtni grožnji, nasilju ali hudi telesni poškodbi;
- vsiljivi simptomi v obliki spominov, sanj ipd., ob katerih posameznik podoživlja travmatsko izkušnjo;
- izogibanje vsem vsebinam, ki kakorkoli spominjajo na travmatski dogodek (npr. pogovori, kraj, občutki);
- negativni občutki in misli, vezani na travmo;
- povišana vznemirjenost in reaktivnost (npr. razdražljivost, izbruhi jeze, pogosto zdrznjenje, težave s koncentracijo, nespečnost).

Z organizacijo v diagnostične sisteme (PTSM je bila v kategorizacijo DSM sprejeta prvič leta 1980) se obravnava psihičnih težav žal pogosto skrči na raven simptomatskih manifestacij. Travma pa niso le simptomi. Če razumemo tudi psihično dogajanje v ozadju, dobimo o travmi bolj celostno sliko.

Ljudje med običajnim delovanjem selekcioniramo zunanje dražljaje in sprejmemo le vsebine določene narave in v takih količinah, da lahko ohranimo psihično ravnovesje. Travmatski je tisti dogodek, ki ogrozi življenje osebe, ki zato doživlja nemoč, strah in grozo, saj travma zlomi ali obide ta diskriminatorni, filtrirni proces. Osebo zato



preplavijo dražljaji take narave in intenzivnosti, da jih ni več zmožna osmisliti ali se z njimi spoprijeti (Garland, 1998). Dotedanja prepričanja o predvidljivosti sveta se omajajo, skrhajo se ustaljene miselne strukture in obrambe. Posameznik postane ranljiv, saj ga začnejo preplavljati silne tesnobe iz zunanjega in notranjega sveta: najhujše notranje tesnobe in strahovi človeka so vezani na neizbežnost in realnost lastne smrti, zunanji (v tem primeru travmatski) dogodek pa potrjuje prav te. Travma je torej dogodek, ki preplavi obstoječe obrambe proti tesnobi in obenem najgloblje univerzalne tesnobe tudi potrjuje (Garland, 1998).

Po travmatskem dogodku ljudje najpogosteje nadaljujejo življenje, ne da bi jih preganjali travmatski spomini. Nehotni vsiljivi spomini so takoj po dogodku namreč običajen način odziva na travmatske izkušnje. To velja tudi za »stanja zanikanja«, ko posameznik ignorira izkušnjo in pomembne težave ter se umika iz običajnega življenja. Posameznik s tem spreminja čustva, vezana na travmo, in v večini primerov ustvari toleranco na vsebino spominov (Horowitz, 1986). Nekateri pa tega ne zmorejo integrirati v svoje psihično delovanje in začnejo zato razvijati specifične, zgoraj omenjene vzorce izogibanja in povišanega vznemirjenja.

Čeprav je PTSM najpogostejša psihiatrična motnja, ki se razvije po travmatski izkušnji, vsekakor ni edina. Na travmo se lahko posameznik odzove tudi z motnjami razpoloženja, anksioznimi motnjami, z zlorabo različnih substanc ali motnjami hranjenja (Gros, et al., 2006; Marmar, et al., 2006; Yehuda, 1998). Kot posledica travme se lahko pojavi tudi povečano nasilno vedenje do drugih ali sebe, depersonalizacija (občutek posameznika, da ni vseskozi ena in ista oseba), derealizacija (občutek, da je zunanji svet nerealen), kompulzivno ponavljanje travmatske situacije kot tudi poslabšano družinsko in profesionalno delovanje, pa čeprav žrtev ne ustreza vsem kriterijem za PTSM (van der Kolk, 2003). Travmatska izkušnja lahko pusti različne dolgoročne posledice tudi tako, da poveča posameznikovo ranljivost za morebitno kasnejšo travmatsko izpostavljenost ali – nasprotno – postane taka izkušnja močan motivacijski vir za tiste, ki se s težko izkušnjo uspešno spoprimejo (McFarlane & Yehuda, 1996). Travmatska izkušnja je torej potreben, a ne zadosten pogoj za razvoj PTSM (Foa & Meadows, 1998). Šele z upoštevanjem osebnih in okoljskih dejavnikov lahko poskusimo obrazložiti, zakaj le nekateri od ljudi, ki so doživeli isti (travmatski) dogodek, razvijejo PTSM, drugi pa ne.

SEKUNDARNA TRAVMA

Posttravmatske znake prepoznamo tudi pri tistih, ki so bili izpostavljeni *posledicam* nasilnih, tragičnih, katastrofalnih dogodkov, šokantnim podobam in/ali travmatskemu čustvovanju in spominom žrtev takih dogodkov. Posredna izpostavljenost lahko prav tako povzroči travmatske odzive, ki jih v literaturi zasledimo med drugim tudi kot sekundarni travmatski stres (Figley, 1995), izčrpanost zaradi sočutja (compassion fatigue; Figley, 1995), nadomestna travmatizacija (vicarious traumatization; Pearlman



& Saakvitne, 1995) in stres ob kritičnih dogodkih (critical incident stress; npr. Paton, 2006).

V prispevku se osredotočamo predvsem na neposredne izkušnje nasilja, ki lahko v posamezniku izzovejo posttravmatsko simptomatiko, s čimer ne želimo zmanjšati pomena posredne travmatizacije. Veliko zdravstvenih delavcev tako kot nekatere druge službe (na primer policisti ali gasilci) pri svojem delu prihaja v stik z ljudmi, ki so žrtve travm. Tudi posredna izpostavljenost lahko predstavlja travmatogeni dejavnik, kar je v najnovejši definiciji PTSM tudi zajeto.

Ob tem je ustrezno opozoriti še na dejstvo, da enkratni travmatski dogodek ni vedno dovolj za razvoj posttravmatske simptomatike, saj večina ljudi po izpostavljenosti nenadnemu in intenzivnemu stresorju motnje ne razvije (Breslau, 1998). Reakcije na (travmatski) stres so lahko namreč odziv na dolgotrajno izpostavljenost stresorjem. Ellen Marshall (2006) govori o *kumulativnem kariernem travmatskem stresu*. Simptomi so običajno odloženi, in ker ne zadostujejo kriterijem PTSM, ostajajo pogosto neprepoznani. S tem se lahko policistova psihična in čustvena stabilnost počasi in komaj opazno destabilizirata in šibita.

KATERI DOGODKI SO TRAVMATSKI?

24 Zagotovo na razvoj PTSM vplivajo stresni dogodki, ki vključujejo smrt ali resne poškodbe, niso pa ti elementi nujno vedno prisotni. Upoštevajoč vrsto travme predstavljajo najvišje tveganje nasilne oblike napada (spolni napad, posilstvo, streljanje, hude telesne poškodbe), v srednje tveganje štejemo druge telesne poškodbe in šokantne izkušnje (na primer nesreča, naravna nesreča, diagnoza težke bolezni, prisostvovanje smrti drugega), novice o travmi drugih pa v tem kontekstu predstavljajo najmanjše tveganje (a še vedno govorimo o tveganju) (Breslau, 1998). Da je nasilje, ki ga (namerno) povzroči človek, ena najbolj obremenjujočih vsebin, je mogoče razumeti z vidika, da tovrsten dogodek zlomi predstave in izkušnje, da človeška krutost ni možna, kaj šele realna (Weinberg, et al., 2005).

Kljub izjemnosti dogodka, ki je osnova PTSM, je pomen, ki ga žrtev sama pripiše dogodku, pomemben kot travma sama – bistvena je subjektivna ocena žrtve, kako nemočna in ogrožena se počuti (van der Kolk & McFarlane, 1996). Van der Hart, Nijenhuis in Steele (2006) pravzaprav zapišejo, da dogodki sami po sebi niso travmatski, temveč da lahko nosijo to konotacijo glede na učinek, ki ga imajo na posameznika.

Dandanes vemo, da lahko zgodnja travma povzroči nevrobiološke spremembe, med drugim vpliva na delovanje hipokampus, ki v spominu zaznamuje čas in kraj ter shranjuje dogodke v dolgoročni spomin. Pomembno vlogo ima tudi amigdala, v kateri se shranjujejo implicitne, nezavedne in čustvene vsebine najzgodnejših izkušenj. Če so med njimi tudi travmatske, se amigdala na krizne situacije odzove s specifičnim



vzorcem, povečana je tudi njena občutljivost. Posledično posameznik težje uravnava svoja čustva in v življenju ter medosebnih odnosih slabše deluje (Wilkinson, 2010). Verhaeghe in Vanheule (2005) trdita, da so za uspešno procesiranje stresnih izkušenj pomembne ustrezne izkušnje v zgodnjih fazah razvoja, v katerih posreduje *pomembni drugi* (mama, oče ipd.). Brez dobre izkušnje empatičnega *pomembnega drugega* je travmatsko izkušnjo težko povezati v zgodbo in s tem ustvariti distanco do nje (Bohleber, 2010). Na eni strani imamo torej preplavljajočo (travmatsko) izkušnjo, pretirano stopnjo tesnobe in stimulacije, da bi jo lahko posameznik povezal v smiselno psihično celoto, na drugi pa notranji občutek varnosti in da se posameznik zmore spoprijeti s travmatskim stresom, kar ustvarja občutek popolne zapuščenosti in prekinitev čustvene povezanosti (Bohleber, 2010). Če je posameznik zaradi zgodnjih življenjskih izkušenj šibkejši, je tveganje za kronificirano travmatsko simptomatiko večje.

Po travmatskem dogodku je zelo pomembna tudi dostopnost socialnih, čustvenih in finančnih virov (Hobfoll, 2001). Socialna podpora pomaga ponovno vzpostaviti občutek nadzora nad življenjem in zmanjša negativno valenco izkušnje. Družbeni pritiski in omejitve imajo nasproten učinek, saj negativno valenco dogodka povečujejo, otežujejo čustveno predelavo stresnega dogodka in zmanjšujejo samospoštovanje. Pomembni so tudi finančni viri, ki posamezniku omogočijo potreben počitek in okrevanje brez strahu za preživetje, pogosto pa tudi olajšajo dostopnost podpore, na primer strokovnjaka za mentalno zdravje (Carlson et al., 2008).

NASILJE, PSIHIČNA TRAVMA IN ZDRAVSTVENO OSEBJE

Tudi zdravstveno osebje je zaradi narave dela izpostavljeno potencialnim travmatskim situacijam: posredne dejavnike lahko strnemo v delo s poškodovanimi, bolnimi, trpečimi ljudmi, neposredne pa zagotovo predstavljajo dogodki, v katerih so zdravstveni delavci žrtve nasilja. Kot že rečeno, se bomo osredotočili predvsem na slednje, čeprav t. i. sekundarna travma ni nič nedolžnejša pri posledicah, ki jih lahko povzroči.

Nasilje v zdravstvu še vedno nima enotne definicije, zagotovo pa gre za fizično, spolno in verbalno nasilje s strani bolnikov (najpogosteje), njihovih družinskih članov, drugih obiskovalcev zdravstvene ustanove in sodelavcev (Rippon, 2000). Raziskav o vidikih tega pojava je od devetdesetih let prejšnjega stoletja več, pri čemer jim je skupna ugotovitev, da nasilna problematika v zdravstvu narašča, najbrž tudi zato, ker je toleranca do le-te nižja (Wells & Bowers, 2002). Vsekakor je zdravstveno osebje z vidika nasilja med bolj izpostavljenimi poklici (National Institute for Occupational Safety and Health, 2002).

Raziskave o nasilju zajemajo predvsem medicinske sestre in tehnike. Ti v Minnesoti v 13,2 odstotka poročajo o fizičnem in v 38,8 odstotka o psihičnem nasilju (Gerberich, et



al., 2004), na Tajvanu je prav tako psihičnega nasilja več (izkusilo ga je 54,3 odstotka medicinskih sester in tehnikov) kot fizičnega (19,6 odstotka; Pai & Lee, 2011), v Turčiji pa je kar 75 odstotkov medicinskega osebja imelo vsaj eno izkušnjo nasilja na delovnem mestu (Kaya, et al., 2016).

Gerberich s sodelavci (2004) povzema, da poleg očitnih posledic fizičnega nasilja, kot so poškodbe, invalidnost ipd., izkušnje nasilja na delovnem mestu vplivajo tudi na zmanjšano učinkovitost pri delu, povečano fluktuacijo kadra, odsotnost z dela in slabše delovno vzdušje. Tako fizično kot psihično nasilje sta tudi v zdravstvenem okolju lahko vzrok za duševne težave, ki se lahko razvijejo tudi v posttravmatsko stresno motnjo. Prav Walsh in Clarke (2003) pri pregledu literature povzemata, da so med psihičnimi posledicami nasilja jeza, strah, depresija, nespečnost, vsiljivi spomini, spomini na pretekle travme, utrujenost, razdražljivost, glavoboli itd., ki lahko postanejo klinično pomembni in se razvijejo v PTSM. Posttravmatska simptomatika, ki ne dosega vseh kriterijev za diagnozo, je bila prisotna pri 61 odstotkih zdravstvenih delavcev, ki so pri delu doživeli smrtno ali telesno grožnjo ali bili priča hudi telesni poškodbi drugega (Caldwell, 1992). Od teh bi jih deset odstotkov lahko diagnosticirali s PTSM. Natančnejši vpogled kaže, da ima PTSM 40 odstotkov medicinskih sester, ki so bile na delovnem mestu spolno nadlegovane, dobra četrtnina (28 odstotkov) tistih, ki so doživele verbalno nasilje, in prav tako dobra četrtnina tistih (28 odstotkov), ki so bile deležne ustrahovanja (Pai in Lee, 2011).

RAZPRAVA

Kljub temu, da v zadnjih desetletjih zanimanje za pojav nasilja v zdravstvu narašča, so raziskave o psihičnih posledicah nasilnih dogodkov še vedno maloštevilne. Obstoječe študije vsekakor potrjujejo, da zdravstveni delavci tako kot vsi, ki so zaradi narave dela pogosteje izpostavljeni nasilju ali posledicam le-tega, doživljajo psihične posledice. Te so lahko različni čustveni odzivi, ki predstavljajo posamezne posttravmatske simptome (na primer vsiljivi spomini, občutek ločenosti od telesa ali čustvovanja, razdražljivost), zato so težje prepoznane in niso resno obravnavane, ali so tako intenzivne, da dosežejo kriterije za PTSM. Posebej poudarimo, da so psihične posledice lahko težje prepoznane tudi zato, ker so pogosto predmet psihične obrambe potlačevanja (Caldwell, 1992), velikokrat taki dogodki delujejo kot manj pomembni in se jim ne posveča veliko pozornosti, čeprav vplivajo na delovanje posameznika in zagotovo povzročajo tesnobne reakcije (Walsh & Clarke, 2003). Poleg tega ima izpostavljenost nasilnim situacijam tudi kumulativni učinek (Rippon, 2000), čeprav posameznik ne izpolnjuje vseh pogojev za PTSM, lahko obstoječa posttravmatska simptomatika ravno tako omejuje njegovo (delovno) funkcioniranje.

Prav je, da so zdravstveni delavci izobraženi o morebitnih psihičnih posledicah nasilja na delovnem mestu, saj so tako lahko bolj pozorni na svoje čustvene reakcije in na reakcije sodelavcev, kar velja kot dobra preventiva. Ker izpostavljenost nasilju na



delovnem mestu vpliva tudi na delovno učinkovitost, bi se tega moralo zavedati tudi vodstvo zdravstvenih ustanov. Skrb vzbujajoč je namreč podatek, da so tovrstni dogodki redko prijavljeni in obravnavani v delovnem okolju, še redkeje pa prijavljeni ustreznim organom. Izobraževanja zaposlenih in jasna podpora ter pomoč sodelavcem s tovrstno izkušnjo so že poznana formula za preventivo na vseh ravneh in posledično delovno učinkovitejše okolje.

LITERATURA IN VIRI

American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington: American Psychiatric Pub.

Berger, W., Figueira, I., Maurat, A.M., Bucassio, E.P., Vieira, I., Jardim, S.R., et al., 2007. Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: prevalence and impact on health and on quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), pp. 637–642.

Bohleber, W., 2010. *Destructiveness, intersubjectivity and trauma: The identity crisis of modern psychoanalysis*. London: Karnac Books.

Breslau, N., 1998. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In: Yehuda, R., ed. *Psychological trauma*. Washington: American Psychiatric Press, pp. 1–30.

Byrne, M.K., Lerias, D. & Sullivan, N.L., 2006. Predicting vicarious traumatization in those indirectly exposed to bushfires. *Stress and Health*, 22(3), pp. 167–177.

Caldwell, M.F., 1992. Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hospital and community psychiatry*, 43(8), pp. 838–839.

Carlson, E.B., Dalenberg, C. & Muhtadie, L., 2008. Etiology. In: Reyes, G., Elhai, J.D & Ford, J.D., eds. *The encyclopedia of psychological trauma*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., pp. 257–264.

Figley, C.R., 1995. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley, C.R., ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner – Routledge, pp. 1–20.

Foa, E.B. & Meadows, E.A., 1998. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. In: Yehuda, R., ed. *Psychological trauma*. Washington: American Psychiatric Press, pp. 179–204.



Garland, C., 1998. Thinking about trauma. In: Garland, C., ed. *Understanding trauma. A psychoanalytical approach*. London: Duckworth, pp. 9–31.

Gerberich, S.G., Church, T.R., McGovern, P.M., Hansen, H.E., Nachreiner, N.M., Geisser, M.S., et al., 2004. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and environmental medicine*, 61(6), pp. 495–503.

Gros, R., Neria, Y., Xuguang, T., Massa, J., Ashwell, L., Davis, K., et al., 2006. Posttraumatic stress disorder and other psychological sequelae among World Trade Center clean up and recovery workers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, pp. 495–499.

Hobfoll, S.E., 2001. The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50, pp. 337–421.

Horowitz, J.M., 1986. Stress response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(3), pp. 241–249.

Kaya, S., Demir, I.B., Karsavuran, S., Ürek, D. & Ilgün, G., 2016. Violence against doctors and nurses in hospitals in Turkey. *Journal of forensic nursing*, 12(1), pp. 26–34.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B., 1995. Posttraumatic stress disorder in the National comorbidity study. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), pp. 1048–1060.

Luxenberg, T. & Levin, P., 2004. The Role of the Rorschach in the Assessment and Treatment of Trauma. In: Wilson, J. & Keane, T., eds. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. 2nd ed. NY: Guilford Press, pp. 190–225.

Marshall, E.K., 2006. Cumulative career traumatic stress: a pilot study of traumatic stress in law enforcement. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 21(1), pp. 62–71.

Marmar, C.R., McCaslin, S.E., Metzler, T.J., Best, S., Weiss, D.S., Fagan, J., et al., 2006. Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, pp. 1–18.

McFarlane, A.C. & Yehuda, R., 1996. Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L., eds. *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, London: The Guilford Press, pp. 155–181.



National Institute for Occupational Safety and Health, 2002. *Violence: occupational hazards in hospitals*. Cincinnati: NIOSH, pp. 1.

Pai, H.C. & Sheuan, L., 2011. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 20(9-10), pp. 1405–1412.

Paton, D., 2006. Critical incident stress risk in police officers: managing resilience and vulnerability. *Traumatology*, 12(3), pp. 198–206.

Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W., 1995. *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Company, pp. 31–33.

Rippon, T.J., 2000. Aggression and violence in health care professions. *Journal of advanced nursing*, 31(2), pp. 452–460.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K., 2006. *The haunted self*. New York: W. W. Norton and Company, pp. 23.

Van der Kolk, B.A., 2003. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. In: Solomon, M.F. & Siegel, D.J., eds. *Healing trauma. Attachment, mind, body, and brain*. New York, London: W. W. Norton & company, pp. 168–195.

29

Van der Kolk, B.A. & McFarlane, A.C., 1996. The black hole of trauma. In: van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L., eds. *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, London: The Guilford Press, pp. 3–23.

Verhaeghe, P. & Vanheule, S., 2005. *Actual neurosis and PTSD: The impact of the Other*. *Psychoanalytic psychology*, 22(4), pp. 493–507.

Walsh, B. & Clarke, E., 2003. Post-trauma symptoms in health workers following physical and verbal aggression. *Work & stress*, 17(2), pp. 170–181.

Weinberg, H., Nuttman-Schwartz, O. & Gilmore, M., 2005. Trauma groups: an overview. *Group Analysis*, 38(2), pp. 187–202.

Wells, J. & Bowers, L., 2002. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of advanced nursing*, 39(3), pp. 230–240.

Wilkinson, M., 2010. *Changing minds in therapy. Emotion, attachment, trauma & neurobiology*. London & New York: W. W. Norton & company, pp. 29–35.



Yehuda, R., 1998. Neuroendocrinology of trauma and posttraumatic stress disorder. In: Yehuda, R., ed. *Psychological trauma*. London: American Psychiatric Press Inc., pp. 97–132.

Predstavitev avtorice

Dr. Tinkara Pavšič Mrevlje je kot docentka psihologije zaposlena na Fakulteti za varnostne vede Univerze v Mariboru, kjer predava na področju obče in forenzične psihologije. Njeno raziskovalno zanimanje je usmerjeno predvsem na travmo in psihične posledice le te pri rizičnih poklicih. Pri svojem delu združuje akademsko raziskovanje in izkušnje iz psihoterapevtske prakse.



PSIHOSOCIALNA PODPORA PO TRAVMATSKIH IZKUŠNJAH

PSYCHOSOCIAL SUPPORT AFTER TRAUMATIC EXPERIENCES

mag. Mateja Štirn, univ. dipl. psih.

ISA institut

mateja.stirn@isainstitut.si

IZVLEČEK

Krizni dogodek lahko pri človeku vsaj za kratek čas bolj ali manj zamaje njegovo ravnovesje, občutek varnosti in kontrole. Če gre za travmatske dogodke, lahko takšna izkušnja nanj vpliva do te mere, da vsaj kratkoročno »obarva« vse druge izkušnje. Po travmatski izkušnji se ljudje spoprijemajo z različnimi psihičnimi, telesnimi in socialnimi posledicami. Različni travmatski dogodki »kličejo« po različnih oblikah podpore in pomoči. Po travmatskem dogodku je treba praviloma najprej ponovno vzpostaviti občutek varnosti in kontrole. Ta je po travmatskih dogodkih praviloma zamajan ali porušen. V travmatskem dogodku prizadetim posameznikom je pomembno predstaviti informacije glede procesa odziva na travmatsko izkušnjo, obvladovanja posledic travmatske izkušnje, jim pomagati pomiriti se, omogočiti razbremenitev stiske, jih podpreti pri povezovanju s socialno podporno mrežo, jim izhajajoč iz njihovih aktualnih potreb in skrbi pomagati dobiti praktično pomoč in podporo ter jim predstaviti informacije o storitvah strokovne pomoči, ki so jim na voljo. Podpora in pomoč po kriznih dogodkih morata biti prilagojeni specifični situaciji, skupinam in posameznikom.

Ključne besede: krizni dogodki, travmatske izkušnje, psihosocialna podpora, prva psihološka pomoč

ABSTRACT

Each crisis event can, at least for a short time, more or less disturb the balance of the person who experienced it, their sense of safety and control. The traumatic experience can affect the individual to such an extent that at least temporarily it "colors" every other experience. After a traumatic experience we are faced with a variety of mental, physical and social consequences. Different traumatic events "call" for different forms of help and support. After a traumatic event it is first of all necessary to help the individual to restore the sense of safety and control, which can be shaken after a traumatic event. People who experience a traumatic event need information about the process of response to the traumatic experience and about its consequences. It is important to help them calm down, to support them in connecting with their social network, to help them get practical help and support they need, and to present to them information about the services that are available to them. Help and support after crisis events must be adapted to the specific situation, group or individual.



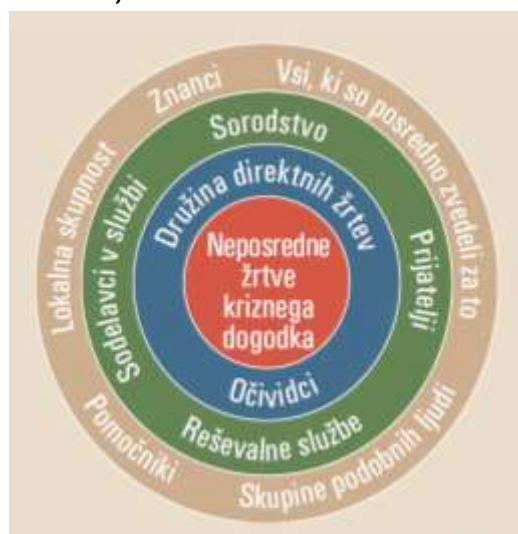
Key words: Crisis events – traumatic experience – psychosocial support – psychological first aid

1 UVOD

Krizni dogodki so del naših življenj. Nesreče, izkušnje nasilja, izgube ljudi, ki so nam blizu, hude bolezni, izkušnje terorističnih napadov, vojne in drugi dogodki, ki so povezani s tveganjem za varnost in življenje udeleženih oseb, lahko vsaj za kratek čas bolj ali manj vplivajo na doživljanje in ravnanje neposredno in posredno udeleženih v dogodku. Dogodki, ob katerih posameznik doživi grožnjo za svoje življenje ali varnost (fizično in čustveno) ali za življenje ali varnost drugih ljudi in ob tem doživlja močna čustva, ga je strah, se počuti ranljivo in nemočno, so travmatski dogodki. Praviloma zamajajo naše psihološko, telesno in socialno ravnovesje, občutek varnosti, kontrole in zaupanje. Vplivajo lahko na spremembe naših prepričanj o sebi, drugih in svetu. Pod vprašaj so lahko postavljene naše vrednote, sprašujemo se lahko o tem, kakšna je naša vloga v življenju. Skušamo razumeti, zakaj se je »to zgodilo«. Velik izziv je lahko to, kako ostati povezan z drugimi ljudmi in ohraniti interes in motivacijo za aktivnosti, s katerimi smo se ukvarjali pred dogodkom (Winch, 2013). To, kakšen bo odziv posameznika na travmatski dogodek, je odvisno od različnih dejavnikov. Odziv (lahko) določa tudi to, kakšno podporo in pomoč je posameznik prejel po dogodku.

32 S posledicami kriznega dogodka se ne spopadajo le neposredno udeleženi pri dogodku, temveč tudi drugi posamezniki in skupine, ki so posredno doživeli ta dogodek (očividci, družine neposredno udeleženih, sodelavci, prijatelji, znanci, reševalci, gasilci, zdravstveno osebje, psihologi, svetovalni delavci, drugi pomagajoči, lokalne skupnosti ...). Pri načrtovanju in nujenju psihosocialne podpore je treba upoštevati potrebe in interese tako neposredno kot posredno udeleženih pri kriznem dogodku.

Slika 1: Krogi ogroženosti ali ranljivosti



Vir: Arambašič, 2000

Pri večini ljudi se po kriznih dogodkih pojavi normalen odziv na nevsakodnevne in neobičajne okoliščine. Ne drži, da se s stisko in zamajanim ravnovesjem, občutkom varnosti odzovejo le »bolj ranljivi, ne dovolj močni« posamezniki.

2 OBLIKE PODPORE IN POMOČI PO TRAVMATSKIH IZKUŠNJAH

Kratkoročne in dolgoročne potrebe udeleženi v kriznem dogodku po podpori in pomoči so različne. S ciljem nudenja podpore in pomoči različnim skupinam, udeleženi v dogodku, se izvajajo različne aktivnosti in intervencije, kot so psihosocialna podpora, prva psihološka pomoč, psihološki »debriefing«¹, upravljanje tveganj travme², upravljanje stresa kritičnega dogodka³, razbremenilni pogovori, podporno svetovanje, na travmo osredotočena kognitivno-vedenjska terapija, kratka eklektična psihoterapija za PTSM⁴ idr. V zadnjih desetletjih se je pomemben del pozornosti namenjal razvoju in raziskavam o učinkovitosti preventivnih aktivnosti in pristopov, ki se izvajajo s ciljem preprečevanja razvoja hujših posledic travmatskih izkušenj, kot je posttravmatska stresna motnja idr. Kot povzema van der Kolk (2007, p. xvi), še vedno ni na voljo dovolj sistematičnih raziskav, ki bi ponudile odgovore o učinkovitosti posameznih pristopov (npr. psihološkega »debriefinga« idr.).

Strategije, ki lahko pomagajo preprečevati travmatski stres kot odziv na izkušnjo kriznega dogodka, so: izobraževanje in usposabljanje za posameznike in skupine ter pridobivanje izkušenj delovanja v primeru specifičnih kriznih dogodkov; uspešno skupinsko/organizacijsko vodenje; spodbujanje/krepitev občutka smisla in pomena travmatskega dogodka (se zagotavlja prek skupnosti, medijev ...); spremljanje, omejevanje obsega izpostavljenosti travmatskim dogodkom (npr. za pripadnike strokovnih služb, prostovoljce in druge, ki posredujejo v primeru kriznih dogodkov); obvladovanje fizičnih pogojev oz. zahtev delovanja v primeru travmatskih dogodkov (zadovoljevanje osnovnih potreb po varnosti, hrani, počitku za preprečevanje prevelike utrujenosti, izčrpanosti ...); zagotavljanje, spodbujanje tovariške podpore sodelavcev zaupnikov⁵; krepitev podporne socialne mreže; izobraževanje o stresu kot odzivu v primeru nesreč in drugih kriznih dogodkov, izobraževanje izvajalcev/ponudnikov primarnih zdravstvenih storitev (»vrtarjev sistema«) (van der Kolk, 2007, p. 449).

Psihosocialna podpora

Psihosocialna podpora predstavlja aktivnosti, s katerimi odgovorimo na psihološke in socialne potrebe posameznikov, družin, skupin in skupnosti v primeru kriznih dogodkov. Osnovni cilj tovrstnih aktivnosti je pri posameznikih, družinah, skupinah in

¹ angl. Psychological debriefing

² angl. Trauma risk management

³ angl. Critical incident stress management

⁴ angl. Posttravmatska stresna motnja

⁵ angl. Buddy care



skupnostih spodbuditi in podpreti njihovo prožnost. Smernice IASC⁶ o duševnem zdravju in psihosocialni podpori v kriznih situacijah definirajo psihosocialno podporo in podporo za duševno zdravje kot »vsako obliko lokalne ali zunanje podpore, katere cilj je zaščita ali promocija psihosocialnega dobrega počutja in/ali preventiva ali zdravljenje duševnih motenj« (Terlonge, 2014, p. 13).

Pri načrtovanju in nudenju psihosocialne podpore je pomembno upoštevati dejstvo, da večina posameznikov z izkušnjo travmatskih dogodkov ne potrebuje posebne strokovne pomoči (psihološke, psihiatrične ...), zlasti ne dolgoročno. Drugo pomembno dejstvo je, da je eden najpomembnejših virov psihosocialne podpore udeleženi v množičnih nesrečah in drugih kriznih dogodkih njihova podporna socialna mreža (Seynaeve, 2001).

Obseg aktivnosti psihosocialne podpore je širok in raznolik. Gre za čustveno in praktično pomoč, ki po travmatskem dogodku pomaga posameznikom in skupinam k normalizaciji socialnega, družinskega in individualnega psihosocialnega delovanja (European Network for Traumatic Stress, 2009). Psihosocialna podpora z različnimi aktivnostmi pomaga odgovoriti na osnovne potrebe prizadetih oseb v travmatskem dogodku (varnost, zatočišče, hrana, pijača, oblačila ...), zagotavlja čustveno podporo (razumevanje, pomiritev posameznikov, ki so v večji stiski, močno vznemirjeni ...), praktično pomoč (zagotavljanje informacij, povezovanje s podporno socialno mrežo, dostop do socialne pomoči, zdravstvenih storitev, pravne pomoči, urejanje nadomestnega bivališča ...), in ko je aktualno, tudi dolgoročno psihološko podporo in specialistično pomoč (European Network for Traumatic Stress, 2009).

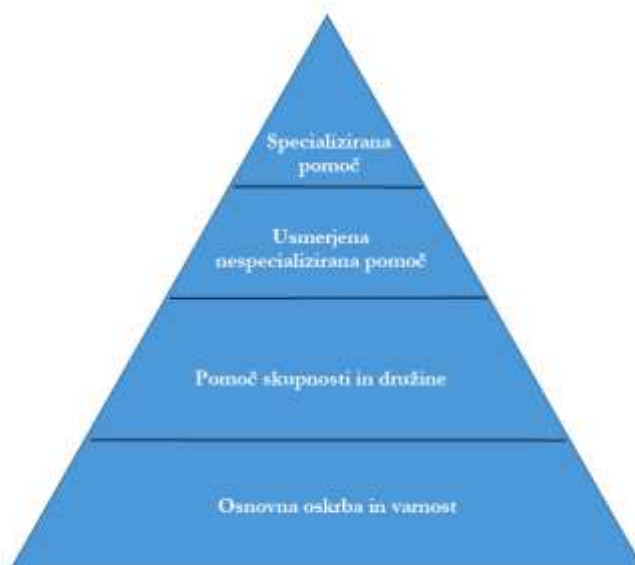
Posameznikom in skupinam zagotavljamo psihosocialno podporo na več ravneh (Larson & Österdahl, 1996; IASC, 2007):

- 1. Viri za pomoč samemu sebi** (znanje o normalnih odzivih na stresne/travmatske dogodke, o čustveni »prvi pomoči«, o strategijah/ustreznih načinih za spoprijemanje s stresom ...).
- 2. Podporna socialna mreža** (družina, prijatelji, sodelavci, delovni tim, združenja, lokalna skupnost).
- 3. Pomoč zunaj sistema zdravstvene pomoči** (podporne skupine v lokalni skupnosti; psihološka pomoč v okviru delovne organizacije, v okviru sistema zaščite in reševanja; psihološka pomoč za reševalce in druge sodelujoče po nesreči ...).
- 4. Psihološka in psihiatrična pomoč ter zdravstvena pomoč.**



⁶ The Inter- Agency Standing Committee

Slika 2: Piramida intervencij za psihosocialno podporo in podporo duševnega zdravja po kriznih dogodkih



Vir: IASC, 2007

Z dvigovanjem po ravneh piramide intervencij za psihosocialno podporo in podporo duševnega zdravja narašča potreba po specializiranih oblikah psihološke in psihiatrične pomoči, hkrati pa upada število tistih, ki po travmatskem dogodku tovrstno obliko pomoči potrebujejo. Kot je že bilo omenjeno, sta temeljni vir podpore in pomoči posameznikom s travmatskimi izkušnjami podpora in pomoč njihovih družin, prijateljev, sodelavcev in skupnosti. Vse druge oblike podpore in pomoči naj bi dopolnjevale podporo in pomoč posameznikove podperne socialne mreže.

Pomemben del zagotavljanja ustrezne psihosocialne podpore so tudi pripravljane aktivnosti, ki se izvajajo prek izobraževanj in usposabljanj, raziskovalno in razvojno delo, priprava smernic idr. Programi izobraževanj in usposabljanj naj bi vključevali predstavitev vsebin, kot so psihosocialna prožnost in potravmatska rast; običajni odzivi na travmatske dogodke, različne motnje kot posledice travmatskih izkušenj, pristopi za preprečevanje in zdravljenje različnih motenj; zgodnje intervencije po travmatskih dogodkih; ocenjevanje/ugotavljanje potreb, načrtovanje zdravljenja; oblike zdravljenja posttravmatske stresne motnje; intervencije skupnosti; žalovanje; pomoč otrokom in družinam; podpora tistim, ki pomagajo (European Network for Traumatic Stress, 2010).

Ustrezna psihosocialna podpora je torej prilagojena aktualnim potrebam udeleženi v kriznem dogodku. Diferenciran pristop sledi prednostnim nalogam pri zagotavljanju nujnih in manj nujnih oblik podpore in pomoči. Prva prednostna naloga je seveda zagotoviti fizično varnost, nujno zdravstveno oskrbo, zatočišče, hrano, pijačo, osnovno telesno higieno, informacije in vzpostavitev medosebnih kontaktov.



Naslednja prednostna naloga je zagotoviti osnovno podporo za vzpostavitev pogojev za »vrnitev« v običajen ritem življenja (materialna, tehnična in logistična podpora, čustvena in socialna podpora). V nadaljevanju se zagotavlja podpora za doseganje in vzdrževanje fizičnega in duševnega dobrega počutja, socio-ekonomskih pogojev za aktivno življenje v sedanosti in naprej v prihodnosti (materialna, tehnična in logistična podpora, čustvena in socialna podpora) (Seynaeve, 2001).

Ključne »sestavine« kratkih intervencij kot oblik pomoči v primeru akutnih reakcij na travmatske izkušnje so: vzpostavitev posameznikovega občutka kontrole, zmanjševanje občutka izoliranosti ter zmanjševanje občutka nemoči in občutka brezupa s krepitvijo moči, zmožnosti za skrb zase, za svoje bližnje, za izvajanje vsakdanjih aktivnosti, strategij za spoprijemanje s stresom in pričakovanj za prihodnost (Symonds, 1980).

Psihosocialna podpora je v osnovi preventivne narave. Zgodnja in ustrezna psihosocialna podpora lahko namreč prepreči, da se stiska ljudi, ki so doživeli travmatski dogodek, še poglobi; pomaga jim ponovno vzpostaviti ritem vsakdanjega življenja in zaživeti »običajno« življenje (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2016).

Nekatere oblike psihosocialne podpore

36

Prva psihološka pomoč

To je oblika psihosocialne podpore – strokovne pomoči, ki se izvaja takoj oziroma v krajšem času po kriznem dogodku. Njen namen je pomagati posameznikom, ki so doživeli izkušnjo kriznega dogodka, da se na ustrezen način spoprimejo s posledicami te izkušnje in čim prej ponovno vzpostavijo prejšnjo raven fizičnega in čustvenega delovanja. Osnovni cilj prve psihološke pomoči je zmanjšanje začetne stiske, ki jo povzroči travmatska izkušnja, in spodbujanje kratko- in dolgoročno prilagojenega delovanja in spoprijemanja s stisko otrok, mladostnikov, odraslih in družin s stisko (Brymer, et al., 2006, p. 5). Pomaga lahko preprečiti razvoj dodatnih posledic izkušnje kriznega oz. travmatskega dogodka in hujših težav. Z nudenjem prve psihološke pomoči delujemo v smeri vzpostavitve občutka varnosti, stabilizacije posameznikov (če je potrebno), opolnomočenja posameznikov, ohranitve občutka lastne vrednosti, ohranitve sposobnosti za vzpostavljanje podpornih socialnih stikov, ohranitve sposobnosti za izvajanje pričakovanih aktivnosti (skrb zase, za bližnje, delo, učenje ...).

Glavna načela prve psihološke pomoči so: 1) bodite blizu/na voljo, 2) pozorno poslušajte, 3) sprejmite in potrdite čustva ter 4) zagotovite splošno oskrbo in praktično pomoč (Terlonge, 2014).



Ključni koraki prve psihološke pomoči (Brymer, et al., 2006, p. 17):

- *Kontakt*
Vzpostavimo kontakt z udeleženi v travmatskem dogodku in zavzeto delujemo v odnosu na podporen, nevsiljujoč in razumevajoč način.
- *Varnost in udobje*
Zagotovimo takojšnjo varnost, poskrbimo za fizične in čustvene potrebe posameznikov v stiski (hrana, zavetišče, nujna medicinska pomoč in pogovor) ter zagotovimo informacije.
- *Stabilizacija (če je potrebno)*
Pomirimo in orientiramo posameznike, ki so zmedeni in so jih preplavila čustva.
- *Zbiranje informacij (trenutne potrebe in skrbi)*
Zberemo informacije o trenutnih potrebah in skrbih udeleženi v travmatskem dogodku in na podlagi tega prilagodimo proces prve psihološke pomoči.
- *Praktična pomoč in podpora*
Udeleženi v travmatskem dogodku izhajajoč iz njihovih aktualnih potreb nudimo praktično pomoč in podporo.
- *Povezovanje s socialno podporno mrežo*
Udeleženi v travmatskem dogodku pomagamo vzpostaviti stike z njihovo primarno podporno socialno mrežo in drugimi viri podpore (družina, prijatelji, podporne skupine v lokalni skupnosti ...).
- *Informacije glede možnih posledic travmatske izkušnje in obvladovanja težav*
Predstavimo informacije o odzivih na stresne in travmatske dogodke ter o možnih načinih za ustrezno spoprijemanje s posledicami travmatske izkušnje. Nudimo pomoč in podporo, da lahko ljudje začnejo skrbeti zase, si pomagajo. S tem pripomoremo k njihovem občutku varnosti, nadzora, umirjenosti in samoučinkovitosti.
- *Povezovanje z drugimi strokovnimi službami in storitvami*
Posameznikom, ki potrebujejo dodatno strokovno pomoč, pomagamo z informacijami o tem, kakšna pomoč jim je na voljo, in pri dostopu do le-te.

37

Psihološko prvo pomoč lahko izvajajo usposobljeni posamezniki – laiki in strokovnjaki. Zagotavlja se lahko tudi reševalcem, gasilcem, policistom, zdravstvenemu osebju in drugim, ki so v vlogi tistih, ki pomagajo udeleženi v travmatskem dogodku.

Tovariška podpora⁷

Tovariška podpora oziroma podpora zaupnikov je psihosocialna podpora, ki se po travmatskih dogodkih in zahtevnejših intervencijah (v travmatskem dogodku so smrtno ponesrečeni ali huje poškodovani sodelavci oz. člani delovnega tima; udeležene so bližnje osebe sodelavca; smrtno so ponesrečeni ali huje poškodovani otroci idr.) zagotavlja v delovni organizaciji, delovnem timu. Izvajajo jo zaupniki – sodelavci, ki so posebej usposobljeni za nudenje tovrstne podpore svojim kolegom.

⁷ angl. Peer support



Tovariška podpora se lahko v obliki razbremenilnih pogovorov izvaja individualno ali v skupini.

Psihoedukacija

Psihoedukacija je ena ključnih aktivnosti za zagotavljanje seznanjenosti, usposobljenosti neposredno in posredno udeleženih v kriznem dogodku o običajnih odzivih na krizne dogodke, o posttravmatski stresni motnji in drugih posledicah, o oblikah podpore in pomoči, ki so na voljo, o ustreznih načinih za obvladovanje oz. upravljanje stresa. Izvajamo jo lahko pred kriznim oz. travmatskim dogodkom ali po njem, prek izobraževalnih gradiv, kampanj za ozaveščanje splošne javnosti, izobraževalnih in drugih dogodkov, v okviru podpornih skupin, individualnega svetovalnega dela ... (Terlonge, 2014).

Zdravljenje posttravmatske stresne motnje

Različne smernice za zagotavljanje psihosocialne pomoči po nesrečah (NICE⁸, TENTS, EUTOPA idr.) za zdravljenje otrok in odraslih s posttravmatsko stresno motnjo priporočajo kognitivno vedenjsko terapijo, nekatere tudi kratko eklektično psihoterapijo za PTSM (BEPP) in pogojno tudi desenzitizacijo in ponovno predelavo z očesnim gibanjem (EMDR)⁹ (Lavrič & Štirn, 2016). Za zdravljenje posttravmatske stresne motnje se uporablja tudi farmakološko zdravljenje, ki se ne bi smelo uporabljati kot primarna terapija, ki bi imela prednost pred psihološko terapijo, usmerjeno na travmo (NICE, 2005).

38

Podpora tistim, ki pomagajo

Gasilci, policisti, reševalci, zdravstveno osebje, drugi strokovnjaki in posamezniki (prostovoljci ...), ki nudijo različne oblike podpore in pomoči med kriznimi dogodki in po njih, se ravno tako srečujejo z različnimi vplivi posredovanja oz. delovanja v kriznih razmerah. Za posameznike in skupine, ki so v vlogi tistih, ki pomagajo, je priporočljivo zagotavljati njihovim potrebam prilagojene oblike psihosocialne podpore. Pomembno je, da se ne obravnavajo enako kot neposredno udeleženi v travmatskem dogodku ali kot »žrtev« travmatskih dogodkov. Upoštevati je treba, da so lahko ranljivi za t. i. sekundarno travmatizacijo kot posledico dela s travmatiziranimi posamezniki. Za strokovnjake, ki nudijo različne oblike psihoterapevtske pomoči posameznikom s travmatskimi izkušnjami, je pomembno, da imajo na voljo klinično supervizijo (Seynaeve, 2001).

⁸ Nacionalni inštitut za klinično odličnost

⁹ EUTOPA za ugotavljanje učinkovitosti EMDR-ja priporoča nadaljnje raziskave.



3 PROŽNOST

Prožnost¹⁰ je multidimenzionalni konstrukt in ključni dejavnik pozitivnega odziva v primeru travmatskih dogodkov. Predstavlja proces učinkovite mobilizacije notranjih in zunanjih virov moči za prilagoditev ali za obvladovanje stiske kot odziva na močno stresne ali travmatske dogodke in okoliščine (Lee, et al., 2012). Rezultati študij so pokazali, da je prisotnost oziroma odsotnost varovalnih dejavnikov glavna razlika med posamezniki, ki se pozitivno odzovejo in prilagodijo na spremembe, povezane z različnimi negativnimi izkušnjami, in posamezniki, ki se odzovejo v smeri negativnih posledic (Lee, et al., 2012). Varovalni dejavniki so pogoji, značilnosti posameznikov in skupin ter sistemov, ki skozi vsa življenjska obdobja spodbujajo zdrav razvoj in blagostanje. Delujejo kot zaščita, ki zmanjša ali odpravi tveganja. Dejavniki in procesi, ki vplivajo na razvoj prožnosti, so številni. Eden primarnih dejavnikov je podporna socialna mreža, skrbni in podporni odnosi v družini in zunaj nje (Štirn, 2016). Dobra novica je, da je prožnost pogosta v življenju otrok in odraslih ter je povezana z običajnimi viri moči in varovalnimi dejavniki (Masten, 2015).

4 SKLEP

»Da bi resnično uspeli voditi osebo na določeno mesto, morate biti v prvi vrsti pozorni in ugotoviti, kje oseba trenutno je. In tam potem začnete.«
(Søren Kierkegaard)

39

Po kriznih dogodkih imamo ljudje različne potrebe, ki kličejo po prilagojeni in multidisciplinarni podpori in pomoči. Slednja vključuje kombinacijo različnih aktivnosti in pristopov (Seynaeve, 2001), ki upoštevajo aktualne potrebe in z njimi povezane prednostne naloge. Kot poudarja van der Kolk (Buczynski & van der Kolk, n. d., p. 2–3), je pri učinkovitih pristopih nudenja pomoči prizadetim v travmatskih dogodkih ključna ideja, da človek lahko vpliva na svoje misli, čustveni in telesni odziv ter vedenje ter ni nemočna žrtev okoliščin. Kot eno od komponent učinkovitih pristopov nudenja podpore in pomoči izpostavlja komunikacijo oz. jezik za izražanje notranjega doživljanja. Kot pravi, brez možnosti komuniciranja ostanemo »zaklenjeni v sebi«.

V življenju nas večina doživi različne krizne dogodke. Nekateri lahko močno zamajejo in postavijo pod vprašaj naša obstoječa prepričanja o sebi, o drugih ljudeh in o svetu. Po nekaterih travmatskih dogodkih lahko sebe spoznamo v »novi luči«, z zavedanjem svojih moči in tudi šibkosti, z zavedanjem pomena odnosov z bližnjimi, z drugačnim zavedanjem pomena življenja (Lavrič & Štirn, 2016). Pride lahko do potravnatske rasti – izkušnje pozitivne spremembe kot posledice spoprijemanja z zelo zahtevnimi življenjskimi krizami (Tedeschi & Calhoun, 2004).

¹⁰ angl. Resilience



Ključni varovalnimi dejavniki, ki zmanjšujejo tveganje za hujše negativne posledice travmatskih dogodkov in napovedujejo izhod iz krize v smeri rasti in zdravja, so podporna socialna mreža, osebna prožnost, ustrezna pripravljenost na krizne dogodke ter dostopnost različnih virov podpore in pomoči.

5 LITERATURA IN VIRI

Arambašić, L., ed., 2000. *Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoč nakon kriznih događaja*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.

Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., et al., 2006. *Psychological First Aid. Field Operations Guide. 2nd Edition*. [online] National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. Available at: <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid> [14. 7. 2014].

Buczynski, R., van der Kolk Bessel, A., "no date". *The Four Components of Trauma and Effective Treatment*. [online] The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine.

Available at: <https://www.scribd.com/document/153793917/Bessel-Van-Der-Kolk-Effective-Treatment> [11. 3. 2017].

40 Cicchetti, D., 2010. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9, pp. 145–154.

European Network for Traumatic Stress, 2009. *TENTS Guidelines*. Amsterdam: Academic Medical Center, University of Amsterdam.

European Network for Traumatic Stress, 2010. *TENTS-TP Core Curriculum*. [online] Available at: http://www.tentsproject.eu/_site1264/dbfiles/document/_~108~TENTS-TP_Core_Curriculum.pdf [12. 3. 2017].

Inter-Agency Standing Committee, 2007. *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. [online] Available at: http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf [17. 3. 2017].

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2016. *Psychosocial support*. [online] Available at: <http://www.ifrc.org/en/what-we-do/health/psychosocial-support/> [10. 12. 2016].

Konnikova, M., 2016. *How People Learn to Become Resilient*. [online] The New Yorker. Available at: <http://www.newyorker.com/science/maria-konnikova/the-secret-formula-for-resilience> [22. 2. 2016].



Lavrič, A., Štirn, M., 2016. *Psihosocialna pomoč po nesrečah in drugih kriznih dogodkih. Priročnik za vsakdanjo rabo*. Ljubljana: Uprava RS za zaščito in reševanje.

Lee, T.Y., Cheung, C.K. & Kwong, W.M., 2012. *Resilience as a Positive Youth Development Construct: A Conceptual Review*. [online] The Scientific World Journal. Available at: <http://dx.doi.org/10.1100/2012/390450> [15. 3. 2016].

Masten A.S., 2015. *Ordinary Magic. Resilience in Development*. New York: The Guilford Press.

Seynaeve, G.J.R., ed., 2001. *Psycho-Social Support in situations of mass emergency, European Policy Paper concerning different aspects of psycho-social support for people involved in major accidents and disasters*. Brussels: Ministry of Public Health.

Symonds, M., 1980. Victims responses to terror. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 347, pp. 129–136.

Štirn, M., 2016. Moč prožnosti. *Psihološki inkubator*, 4 (8), pp. 18–23.

Terlonge, P., 2014. *Strengthening Resilience: A global selection of psychosocial interventions*. Copenhagen: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Reference Centre for Psychosocial Support.

41

Van der Kolk Bessel, A., McFarlane Alexander, C., Weisaet, L., 2007. *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: The Guilford Press.

Winch, G., 2013. *Emotional first aid: practical strategies for treating failure, rejection, guilt, and other everyday psychological injuries*. New York: The Pnguin Group.

Predstavitev avtorice

Mag. Mateja Štirn izvaja psihološko svetovanje in psihoterapijo ter različne svetovalno-izobraževalne in preventivne projekte. Pri svojem delu se še posebej osredotoča na nudenje psihološke pomoči ljudem po različnih travmatskih izkušnjah in na izvajanje programov za promocijo zdravja, krepitev prožnosti in zagotavljanje varnosti otrok in odraslih pred različnimi oblikami nasilja. Za več podjetij izvaja psihološko pomoč in svetovanje zaposlenim po kriznih dogodkih. V obdobju od leta 1998 do leta 2006 je v Upravi kriminalistične policije GPU kot članica pogajalske skupine sodelovala pri obravnavi številnih kriznih situacij. Je soavtorica monografije *Psihosocialna pomoč po nesrečah in drugih kriznih dogodkih*. Zaposlena je v ISA institutu.



UVAJANJE KULTURE PSIHOLOŠKE PODPORE V SLUŽBAH PRVEGA ODZIVA

IMPLEMENTATION OF THE CULTURE OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN THE FIRST RESPONDERS' SERVICES

Elizabeta Vovko, univ. dipl. psih., integrativna psihoterapevtka

Policija, Uprava za policijske specialnosti, Specialna enota

elizabeta.vovko@policija.si

IZVLEČEK

Prispevek obravnava psihosocialno ogroženost zaposlenih v službah prvega odziva z vidika stresnih in kritičnih situacij, s katerimi se srečujejo na delovnem mestu in pri delu. Za mnoge predstavnike služb prvega odziva so stresne in kritične situacije pri opravljanju nalog neizogibne. Izpostavljenost dolgotrajnemu stresu in travmatskim dogodkom lahko povzroči različne stresne reakcije in travmatske odzive. Zaposleni v službah prvega odziva (policisti, gasilci, reševalci in zdravstveno osebje) po dolgotrajnem stresu, nesrečah in drugih kriznih dogodkih morebiti potrebujejo psihološko pomoč in podporo. Tovrstna pomoč po travmatskih dogodkih se sistemsko urejeno zagotavlja pripadnikom podsistemov nacionalne varnosti Republike Slovenije. V sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami se poleg psihosocialne pomoči za prebivalce po nesrečah izvaja tudi psihološka pomoč za reševalce. Prav tako psihologi in zaupniki ponujajo psihološko pomoč in podporo policistom v policiji. Psihološka pomoč in podpora sta pomembni tudi za zdravstveno osebje, saj bi zmanjševali posledice škodljivega stresa, omogočali hitrejše okrevanje po kritičnih dogodkih ter delovali preventivno pred poklicnim izgorevanjem.

Ključne besede: službe prvega odziva, stres, travma, psihološka pomoč in podpora, predsodki

ABSTRACT

The article deals with the psychosocial risk that the employees in first response services face in terms of stress and critical situations encountered with at the workplace and at work. For many first responders stressful and critical situations at work are inevitable. Exposure to prolonged stress and traumatic events can cause various traumatic stress reactions and responses. Employees in first response services (police officers, fire-fighters, paramedics and medical employees) may need psychological help and support after prolonged stress, disasters and other critical situations. Psychosocial help and support after traumatic events is provided systematically to the members of subsystems of national security of the Republic of Slovenia. Within the system of civil protection; the psychosocial help is offered to the victims of disasters and also to first responders. Psychologists and peers provide psychological help and support to police officers and other police employees. Psychological help and support are also important for the medical employees; offering this kind of support would reduce the harmful effects of



stress, allow faster recovery after critical situations and would serve as prevention against professional burnout.

Keywords: *first responders' services, stress, trauma, psychological help and support, prejudices*

1 UVOD

Zaposleni v službah prvega odziva (policisti, reševalci, gasilci, prostovoljci različnih služb in društev itn.) se lahko pri svojem delu srečujejo z različnimi kritičnimi dogodki, ki so daleč zunaj obsega običajnih človekovih izkušenj. Solomon (2011) navaja, da je travmatična vsaka situacija, ki povzroči izrazit občutek ranljivosti ali izgube nadzora. Gre za dogodek, ki ne spada med običajne izkušnje posameznika in predstavlja izziv za njegovo zmožnost obvladovanja ter lahko presega običajne psihološke mehanizme posameznika (Mitchell, cited in Solomon, 2011). Takšni kritični dogodki, če so nenadni in nepričakovani, lahko zamajajo občutek nadzora nad situacijo ter vključujejo zaznavo nevarnosti, ki ogroža življenje. Povezani so lahko s čustveno ali fizično izgubo pomembne osebe, stvari, zdravja ali z drugimi osebnimi okoliščinami (Vovko, 2014).

Ob reševanju hujših kritičnih situacij bo večina doživela različne stresne in travmatične reakcije. Za mnoge predstavnike služb prvega odziva so stresne in kritične situacije pri opravljanju nalog neizogibne. Solomon (2009) meni, da lahko ustrezna psihološka obravnava vedno pomaga pri predelavi hudega doživetja. Večina posameznikov si v kakšnem mesecu po takšni hudi izkušnji opomore, tisti, ki si ne, bi morali poiskati pomoč (Vovko, 2014).

V skrbi za zdravje na delovnem mestu se je izkazalo, da so med vsemi psihosocialnimi težavami najpogostejše tiste, ki so povezane s stresom. Negativni stres kratkoročno in dolgoročno vpliva na zdravje in kakovost življenja posameznika (Ozara, 2008 cited in Vovko Bergant, 2009).

Predstavniki javne uprave ter delodajalci in posamezniki z različnimi preventivnimi programi vse bolj prepoznavajo skrb za psihosocialno zdravje na delovnem mestu kot pomemben dejavnik ohranjanja zdravja, zadovoljstva in produktivnosti prebivalstva. Vendar je področje psihosocialnega zdravja za zaposlene na nekaterih področjih še vedno pomanjkljivo urejeno tako na strani države kot na strani delodajalcev. Seizović (2013) ugotavlja, da bi lahko bila zgodba življenja reševalca, ki se pri delu srečuje s težkimi stresnimi situacijami, čisto drugačna, če bi bila uvedena strokovna pomoč, pomoč, ki jo uporabljajo v zdravstvu drugod po svetu.



2 PREGLED PSIHOSOCIALNE OGROŽENOSTI ZAPOSLENIH, POMOČI IN PODPORE

2.1 Psihosocialna ogroženost zaposlenih v službah prvega odziva

Krizni dogodki lahko pri posamezniku povzročijo stresne odzive, pojav akutne stresne reakcije in akutne stresne motnje ali se kasneje razvijejo v posttravmatsko stresno motnjo (PTSM). Različni posamezniki pri istem dogodku doživijo različne travmatske odzive.

Krizni dogodek, ki je kritičen za enega posameznika, ni nujno kritičen za nekoga drugega. To je odvisno od posameznikovega dojetanja lastne ranljivosti, občutka nadzora nad situacijo, predhodnih izkušenj, usposobljenosti in stopnje povezanosti s kolektivom. Vse to vpliva na posameznikovo delovanje v trenutni situaciji in kasnejše delovanje. Nekateri se s posledicami takšnega dogodka soočajo dan ali nekaj dni, nekateri nekaj tednov, določeni ljudje pa lahko imajo z dogodkom povezane različne psihične, fizične in socialne posledice tudi več mesecev ali celo let. Odvisne so od narave in trajanja dogodka, od posameznika ter drugih okoliščin.

Reševalci na terenu, policisti in drugi člani raznih specialnih reševalnih ekip ter tudi zdravstveno osebje v intenzivnih enotah ter na urgentnih postajah so stalno izpostavljeni stresu. Res je, da gre večinoma za podprazne stresne situacije, ki jih ob izkušnjah in strokovni usposobljenosti praviloma uspešno uravnovesijo, vendar se ti dogodki na neki način kopičijo, seštevajo in so lahko dolgoročno hudo razdiralni. Povzročijo lahko nastanek sindroma izgorevanja, razvoj različnih odvisnosti, partnerske težave itd. (Seizović, 2013).

Zaposleni v zdravstveni negi se srečujejo s socialnimi, psihološkimi in zdravstvenimi problemi. Naloge so obremenjujoče, lahko vzbujajo neprijetne občutke, strah in nemoč. Pogosto se soočajo z bolečino, trpljenjem in smrtjo. Obremenjujoči so tudi konfliktni medosebni odnosi z bolniki, njihovimi svojci ali sodelavci v kolektivu (Milojčić, 2012). V raziskavi stresorjev pri delu različnih kadrov (Novak, et al., 2013) se je pokazalo, da zdravstvene kadre v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami najbolj obremenjujejo čustvene vsebine dela. Zaposleni v zdravstvu doživljajo višjo raven stresa, povezanega z delom, kot druge poklicne skupine. Za zdravstvene kadre sta poleg avtonomnosti pri delu in zunanjih časovnih pritiskov pomemben vir stresa predstavljal tudi visoka stopnja socialnih interakcij in velika odgovornost pri delu.

Posledice stresa (predvsem po kritičnem dogodku ali pri kumulativnem stresu) se kažejo v višji stopnji obolevnosti zaposlenih, poškodbah na delovnem mestu ali zunaj njega, vedenjskih problemih, zlorabi substanc, absentizmu, prezgodnjem upokojevanju, smrtnosti (Sever, 2008).



2.2 Psihosocialna pomoč in podpora

V ZDA so po več naravnih katastrofah in letalskih nesrečah razvili program CISM – Critical Incident Stress Management (obvladovanje stresa ob kritičnih dogodkih), ki je sestavljen iz CMB – Crisis Management Briefing, ki je namenjen posredovanju informacij o dogodku pred izbruhom govoric, psihološki razlagi stresne reakcije in njenih posledic z bistvenim sporočilom, posredovanju navodil za spoprijemanje s stresno reakcijo in omogočanju nadaljnje pomoči širši skupini udeležencev kritičnega dogodka.

Za profesionalno osebje je pomembnejši del CISD – Critical Incident Stress Debriefing, pri čemer gre za pomoč osebju profesionalnih reševalnih timov po kritičnem dogodku. Gre za skupinski proces, ko so udeleženci pod strokovnim psihološkim nadzorom vodeni skozi določene faze preživetega kritičnega dogodka. V procesu je udeležencem omogočeno, da

- ob ponovnem opisu dogodka ob strokovnem vodenju skozi kognitivne in čustvene faze uredijo svoje videnje in doživljanje dogodka;
- izrazijo svoja razmišljanja, čustva in prepoznajo morebitne simptome stresne reakcije, povezane s kritičnim dogodkom;
- spoznajo, da v teh čustvih niso osamljeni in ob tem lahko izrazijo svojo solidarnost z drugimi;
- dobijo psihološko razlago stresne reakcije in njenih simptomov z bistvenim sporočilom: gre za običajno reakcijo običajnih ljudi na neobičajne dogodke;
- dobijo konkretna navodila za spoprijemanje s stresno reakcijo;
- po potrebi jim je omogočena nadaljnja psihološka pomoč (Seizović, 2013).

45

Seizović (2013) ugotavlja, da je tovrstne komunikacije v Sloveniji v zdravstvenih timih zagotovo premalo. Po njenem mnenju je strokovno vodenje nujno potrebno, da bi preprečili pogovore v smeri medsebojnih obtoževanj in pripisovanja krivde. Ob rednih srečanjih bi moral biti glavni poudarek na izobraževanju o tej problematiki, saj bi bili prepoznavanje simptomov stresne reakcije in obvladovanje najosnovnejših prijemov za premagovanje teh simptomov namreč tudi pomemben korak k preprečevanju kroničnih posledic in boljši pripravljenosti na nove krizne situacije.

Na podlagi izkušenj s kritičnimi dogodki in izkušenj v tujini se je v sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami ter policiji vzpostavil sistem psihološke pomoči in podpore po kriznih dogodkih. Vsi trije podsistemi nacionalne varnosti Republike Slovenije, to so obrambni podsistem, podsistem notranje varnosti in podsistem varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami (Ušeničnik, 2002), imajo urejeno psihološko pomoč za svoje pripadnike, v sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami pa se razvija še psihosocialna pomoč prizadetim prebivalcem ob nesrečah.



2.3 Psihološka pomoč v policiji ter sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami

Za policiste, gasilce, gorske reševalce, jamarje, kinologe in druge so nekateri kritični dogodki stresnejši in se jim po njih lahko ponudi psihološka podpora. Še posebej so za reševalce stresni kritični dogodki, ko je reševalec priča smrti ali hujši poškodbi sodelavca, ko reševalec doživi hujšo poškodbo ali je bilo ogroženo njegovo življenje, ko so poškodovane ali mrtve bližnje osebe reševalca (na primer družinski člani) in ko so udeleženi huje poškodovani ali so mrtvi otroci (Lavrič & Vovko, 2016).

Smernice za psihološko pomoč reševalcem v sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami (Lavrič, 2012) predlagajo tri stopnje psihološke pomoči reševalcem po hujših nesrečah, ki se stopnjujejo glede na to, kaj posameznik najprej lahko naredi zase, kako mu po kritičnem dogodku lahko pomagajo sodelavci zaupniki (peer-support) v njegovi delovni enoti ter kakšno psihološko pomoč mu lahko dajejo strokovnjaki zunaj njihove organizacije, na primer psihologi, psihoterapevti in psihiatri v zdravstvenem sistemu (Lavrič & Vovko, 2016). Pri hujših primerih lahko reševalec prejme psihološko pomoč psihologa Službe za psihološko pomoč Uprave RS za zaščito in reševanje.

V Pravilniku o psihološki pomoči in psihološki podpori uslužbencem policije (Uradni list RS, št. 51/13) je opredeljeno, da psihologi in policijski zaupniki zagotavljajo pomoč in podporo ob duševni stiski, ki je posledica hujših stresnih dogodkov na delovnem mestu ali drugih dogodkov, ki vplivajo ali bi lahko vplivali na opravljanje dela uslužbencev policije. Kot oblike psihološke pomoči so v Pravilniku opredeljeni krizna intervencija, razbremenilni razgovor (defusing ali debriefing), psihološko svetovanje, psihoterapija ter druge oblike, skladne s psihološko stroko (na primer demobilizacija, temeljna prva psihološka pomoč).

Sistemska ureditev psihološke pomoči in svetovanja v policiji je bila nujna, ker lahko imajo strokovne napake ali (ne)pravilne odločitve v povezavi z uporabo policijskih pooblastil in prisilnih sredstev ter soočanje z različnimi kritičnimi situacijami hude posledice na fizičnem, psihičnem in socialnem področju posameznika (Lavrič & Vovko, 2016).

24-urno interventno psihološko pomoč, ki jo izvajajo psihologi, zaposleni na Policiji in MNZ, dopolnjuje mreža policijskih zaupnikov na regionalni ravni, ki podpira zaposlene v policiji, pod strokovnim vodstvom psihologov. To so policisti, ki v svojem okolju in v kolektivih uživajo ugled in spoštovanje, imajo najmanj šest let operativnih izkušenj, so komunikativni, empatični, zavzeti za podpiranje policistov in so samoiniciativni. Doživeli so različne travmatične dogodke tako pri opravljanju policijskih nalog kot v zasebnem življenju in jih uspešno razrešili ter predelali. V izbirnem postopku izbrani kandidati so na usposabljanjih razvijali socialne, osebne in strokovne kompetence policijskih zaupnikov.



Tovariška pomoč je zelo pomemben del policijske kulture. Policijski zaupniki z empatičnim odnosom sodelavce s podobnimi težavami podpirajo in jim pomagajo pri rešitvi težav ali stisk. Travmatizirani posameznik lahko s podporo okreva, če so njegovi čustva, misli in vedenje obravnavani kot normalni. Z izmenjavo življenjskih izkušenj ponujajo zaupniki izbiro in upanje ter prepričanje, da je mogoče rešiti vsakršno težavo. Z izmenjavo informacij in podporo pri samoodločanju pomagajo pri doseganju ciljev, ki so posamezniku tisti trenutek nepredstavljeni in nedosegljivi (Lavrič & Vovko, 2016).

3 RAZPRAVA

Zaposlenim v službah prvega odziva moramo ponuditi pomoč in podporo, če se znajdejo v stiski ali težavah zaradi stresnih pogojev dela, čezmerne obremenjenosti pri delu, neustreznih odnosov v kolektivu, mobinga, groženj pri izvajanju njihovih nalog ter celo fizičnega in psihičnega nasilja na delovnem mestu. Prav tako v primerih dela z rizičnimi skupinami: duševno in osebno motenimi ter osebami s kriminalno preteklostjo. Pomoč moramo ponuditi zaposlenim, ki se tedensko ali dnevno srečujejo s hudimi nesrečami, smrtjo, z družinskim nasiljem in nasiljem nad otroki.

Vendar se v slovenskem prostoru še vedno prevečkrat srečujemo s predsodki glede iskanja strokovne pomoči. Policisti, gasilci, reševalci in zdravstveno osebje bi se kljub ozaveščanju še vedno lahko označili za »šibke« in nesposobne za opravljanje dela, če bi poiskali strokovno pomoč zaradi opravljanja svojih delovnih nalog. Najpogostejši stavek, ki ga slišimo, je: »K psihologu pa že ne bom šel, saj nisem nor.« Delo psihologa temelji na usmerjenih pogovorih s posamezniki in uporabi psihodiagnostičnih sredstev, ki so namenjena oceni kognitivnih funkcij, osebnosti, sprememb v vedenju, duševnih težav, vrednot, stališč idr. Psiholog z znanjem iz psihološkega svetovanja in psihoterapije, ki si ga pridobi med študijem psihologije oziroma po njem, izvaja psihološko svetovanje in psihoterapijo, ki sta namenjena odpravljanju težav v čustvovanju, vedenju oziroma krepitvi zmožnosti prilagajanja v medosebnem ali poklicnem funkcioniranju in obvladovanju duševnih težav. Gre za specifične in raznolike postopke, ki temeljijo na usmerjenih pogovorih in odnosu med svetovalcem oziroma terapevtom in posameznikom. Če psiholog oceni, da je potrebno tudi zdravljenje z zdravili, oziroma prepozna hujše duševne težave in samomorilno ogroženost, posameznika napoti k psihiatru na psihiatrični pregled (psihologi MNZ in policije, 2012).

Brito (2016) meni, da mora psiholog najprej dobro poznati stresne in travmatične reakcije, posledice in zdravljenje le-teh, da lahko v službah prvega odziva ponuja ustrezno psihološko pomoč, da lahko zmanjša predsodke v zvezi z iskanjem psihološke pomoči ter da lahko učinkovito uvaja kulturo psihološke podpore. Poznati mora poklicno kulturo enot, ki jim ponuja psihološko pomoč, pri čemer naj bi bil celo sprejet v skupino teh enot s strani zaposlenih kot enakovreden član skupine. Praktično to pomeni, da je psiholog določen čas prisoten pri usposabljanjih in neposrednem



izvajanju delovnih nalog, seveda do te mere, da ne ovira izvedbe nalog. S tem dobi vpogled v naravo dela, dejavnike, ki lahko vplivajo na stresne in travmatične reakcije zaposlenih, ter poveča stopnjo zaupanja zaposlenih.

Pomembno je poudariti tudi to, da psihologi pri svojem delu spoštujejo etični kodeks psihologov. Kodeks psihološke etike je zapis najpomembnejših načel, po katerih se psihologi ravna pri svojem delu, in ga opredeljujejo štiri načela: spoštovanje človekovih pravic in dostojanstva, načelo pristojnosti, načelo odgovornosti psihologa ter načelo integritete poklica. Kodeks psihologa zavezuje k molčečnosti in zaupnosti, ki ju lahko prekršijo samo, kadar je ogroženo posameznikovo življenje (psihologi MNZ in policije, 2012).

4 SKLEP

Za mnoge predstavnike služb prvega odziva so stresne in kritične situacije pri opravljanju nalog neizogibne. Ljudje smo celostna bitja in prav je, da skrbimo za svoje psihofizično ravnovesje. Ob težje obvladljivih težavah lahko vedno poiščemo strokovno pomoč, brez predsodkov in z vztrajnostjo iščemo nove poti za boljše delovanje. »Kdor išče cilj, bo ostal prazen, ko ga bo dosegel, kdor pa najde pot, bo cilj vedno nosil v sebi (N. Zaplotnik)« (psihologi MNZ in policije, 2012). Namen koncepta psihološke pomoči in podpore je lajšanje čustvene stiske ob doživljanju travmatskega dogodka, zmanjševanje škodljivega stresa, ponovno vzpostavljanje prilagoditvenih funkcij, triaža huje prizadetih za nadaljnjo obravnavo, seznanitev z morebitnimi čustvenimi, miselnimi, telesnimi in vedenjskimi odzivi na kritične dogodke. Omogoča preventivo pred poklicnim izgorevanjem, hitrejše okrevanje po kritičnih dogodkih, graditev zaupanja in sodelovanja v skupini ter izmenjavo izkušenj.

5 LITERATURA IN VIRI

Brito, B., 2016. Izročki predstavitve Skupinski postopek pri kriznih intervencijah. *Program dopolnilnega usposabljanja o psihosocialni pomoči: Skupinski razbremenilni pogovori po nesrečah*. Ig: Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje.

Gomboc, N., 2010. *Vpliv stresa na delovnem mestu: Vzroki stresa na delovnem mestu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v enotah za intenzivno terapijo kirurških in internističnih strok: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 76.

Lavrič, A., 2012. *Smernice za psihološko pomoč reševalcem – sistem varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami*. Ljubljana: Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje.



Lavrič, A. & Vovko, E., 2016. Psihološka pomoč in podpora v policiji in sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami. In: Vuga Beršnak, J., *Upravljanje kompleksnih kriz v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za obrambo Republike Slovenije, pp. 93–110.

Milojčić, D., 2012. *Stres in izgorevanje na delovnem mestu medicinske sestre: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 9.

Novak, T., Sedlar, N. & Šprah, L., 2013. *Doživljanje stresa na delovnem mestu ter sopojavljanje zdravstvenih težav in izgorevanja pri različnih poklicnih skupinah*. [online] *Zdrav Var*, 52, pp. 301–302. Dostopno na: http://dmi.zrc-sazu.si/sites/default/files/dozivljanje_stresa_na_delovnem_mestu_ter_sopojavljanje_z_dravstvenih_tezav_in_izgorevanja_.pdf [14. 3. 2017].

Pravilnik o psihološki pomoči in psihološki podpori uslužbencem policije, 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 51.

Psihologi MNZ in policije, 2012. O psihološki dejavnosti v policiji in stereotipih. *Revija Varnost*, 3, pp. 9–13.

Seizović, D., 2013. Stres pri reševalcih. *Delo in varnost*, LVII (2), pp. 42–44.

Sektor za odnose z javnostmi GPU, 2009. 24-urna psihološka interventna pomoč za policiste. *Revija Varnost*, 5, pp. 5.

Sektor za odnose z javnostmi GPU, 2011. 18 policijskih zaupnikov vam je na voljo za pogovor. *Revija Varnost*, 1, pp. 10–11.

Sever, A., 2008. Izročki predstavitve Model obravnave stresa po kritičnem dogodku. Ig: Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje.

Ušeničnik, B., 2002. *Nesreče in varstvo pred njimi*. Ljubljana: Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje.

Vovko, E., 2014. Predelava travme kot izziv – posttravmatska osebnostna rast. *Revija Varnost*, 1, pp. 53–56.

Vovko Bergant, E., 2009. Možnosti psihosocialne pomoči policistom. In: Tavčar, N. & Krobe, S. F., *Zaščita in pomoč policistom: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Policija, pp. 5–9.

Zakon o organiziranosti in delu v policiji (ZODPol), 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 15.



Predstavitev avtorice

Elizabeta Vovko, univ. dipl. psih., integrativna psihoterapevtka, je višja policijska inšpektorica – psihologinja v Specialni enoti Uprave za policijske specialnosti na Generalni policijski upravi, kjer sodeluje pri izboru kadra, izpopolnjevanju in usposabljanju delavcev policije in drugih nalogah. Zagotavlja psihološko in psihoterapevtsko pomoč zaposlenim v policiji, dodatno je usposobljena za obravnavo posameznikov in skupin po travmatskih dogodkih. Sodeluje s policijskimi pogajalskimi skupinami pri usposabljanju in pri vključevanju v reševanje varnostnih situacij ter sodeluje s policijskimi zaupniki pri usposabljanju in delu. Je nacionalni kontakt za skupino zdravnikov in psihologov evropskih policij.



VIOLENCE IN HEALTH CARE IN FINLAND

Helvi Kyngäs, Dr., Professor

Head of Unit of Nursing Science and Health Management, University of Oulu, Part-time
Chief Nursing Officer, University Hospital of Oulu
helvi.kyngas@oulu.fi

Safety at work is defined by law (738/2002) in Finland. According to that, the conditions at work are not allowed to cause any harm or present the risk to the worker's health. If there is an obvious risk of violence, the employer is required to execute an operation action to prevent violence. Also, Act of Health Care (2010) defines that such an operation must be safe to all health care providers and patients.

Violence at work is defined as aggressive behaviour which is physical or/and verbal, and is aimed to hurt another person or environment. It is difficult to indicate accurate rates of violence in health care because violence is defined and measured in different ways. In Finland more than 80 000 people face violence at work, which is 4.1% of those who work daily. Out of those 80 000 people, 0.5% are health care providers. Some of the professions where the risk to face violence is among the highest, are security services, health care and social care. The most common is the violence in units where dementia or people with disabilities are treated, in emergency care and psychiatric units.

51

Verbal violence is more common than physical violence. Violence is everything such as name-calling, improper critique, obstructing the freedom of a person's bodily movement, pushing, kicking, scratching, spitting, biting, throwing objects (things), and threatening someone with a knife or other sharp tool. Consequences of violence are most often physically mild but mentally they can be severe and may cause fears and even disability to work.

The most common reason for violence in health care is patient's/relatives' unmet needs and dissatisfaction with care and treatment. Also problems in communication between the patient and health care providers (and/or patient's relatives) can represent reasons for violence.

To prevent violence, actions and fast reactions are needed. The most important from the perspective of nurses are security services, phones, alarm bells, possibility to go out of the room (back door) and the possibility to lock the door. Every unit in health care should have operational models for violence. It is recommended to do risk assessment and analysis and to do models for security management.



Not much research has been, however, done about health care providers' violence against patients/relatives. In Finland, based on the Act on the Status and Rights of patients (1993), patient's status is an active and equal subject with the right of self-determination. According to the law, patients and relatives have the right to show their dissatisfaction with the received care and treatment with a written complaint. In Oulu University hospital, 956 written complaints have been filed for somatic care and treatment. According to these complaints, there exists repression, mental violence, unprofessional behavior and violations of integrity against patients and their relatives.

Violence among health care providers is also recognized but has not been much studied. There is verbal violence such as name-calling, improper critique, bullying and unprofessional behaviour. Physical violence is for example obstructing the freedom of a person's bodily movement, pushing or hitting a person, or throwing objects (things).

NASILJE V ZDRAVSTVU NA FINSKEM

prof. dr. Helvi Kyngäs

Oddelek za vede o zdravstveni negi in zdravstveni management Medicinske fakultete
Univerze v Oulu in Univerzitetna bolnišnica Oulu, Finska
helvi.kyngas@oulu.fi

52

Varnost pri delu je na Finskem zakonsko opredeljena (738/2002). Glede na to razmere na delovnem mestu človeku ne smejo povzročiti nobene škode ali predstavljati tveganja za njegovo zdravje. Če obstaja očitno tveganje za nasilje, mora delodajalec izvesti postopek za preprečevanje nasilja. Zakon o zdravstvenem varstvu (2010) tudi določa, da mora biti postopek varen tako za vse zdravstvene delavce kot tudi za paciente.

Nasilje na delovnem mestu se opredeli kot agresivno vedenje, ki je lahko tako fizično kot verbalno in je usmerjeno v poškodovanje druge osebe ali okolja. Težko je navesti pravilne podatke o nasilju v zdravstvu, saj se opredeljuje in meri na različne načine. Na Finskem se več kot 80.000 ljudi srečuje z nasiljem na delovnem mestu, kar predstavlja 4,1 odstotka tistih, ki delajo vsak dan. Med temi 80.000 ljudmi je 0,5 odstotka zdravstvenih delavcev. Med poklice, v katerih so uslužbenci najbolj ogroženi glede nasilja, spadajo poklici v varovanju, zdravstvu in socialnem skrbstvu. Nasilje je najpogostejše na oddelkih z bolniki z demenco ali invalidnimi osebami, v enotah nujne medicinske pomoči in psihiatričnih enotah.

Verbalno nasilje je pogostejše od fizičnega. Pod nasilje spadajo na primer zmerjanje, neupravičeno kritiziranje, omejevanje gibanja, potiskanje, brcanje, praskanje, pljuvanje, grizenje, metanje predmetov in grožnje z nožem ali kakšnim drugim ostrim predmetom. Posledice nasilja so najpogosteje fizično blage, a psihološko so lahko resne ter lahko povzročijo strahove in celo nezmožnost za delo.



Najpogostejši razlog za nasilje v zdravstvu so nezadovoljene potrebe bolnikov in njihovih svojcev ter njihovo nezadovoljstvo z nego in obravnavo. Vzrok za nasilje so tudi težave pri komunikaciji med pacienti, zdravstvenimi delavci in/ali pacientovimi sorodniki.

Da bi preprečili nasilje, potrebujemo ukrepe in hitre reakcije. Najpomembnejši varnostni ukrepi, ki lahko pomagajo medicinskim sestram, so varnostniki, telefoni, alarmni zvonci, možnost zapustiti sobo (skozi zadnja vrata) in zaklepanje vrat. Vsaka enota v zdravstvu bi morala imeti delujoče modele proti nasilju. Priporočljivo je izvesti oceno tveganja ter analizo in izdelati modele zagotavljanja varnosti.

Ne obstaja mnogo raziskav o nasilju zdravstvenih delavcev nad bolniki ali njihovimi sorodniki. Na Finskem imajo po Zakonu o statusu in pravicah pacientov (Act on the Status and Rights of patients) iz leta 1993 bolniki in sorodniki aktivno vlogo in pravico do izražanja svojega nezadovoljstva s prejeto nego in zdravljenjem s pisno pritožbo. V Univerzitetni bolnišnici v Oulu so prejeli 956 pisnih pritožb nad somatsko nego in zdravljenjem. Glede na te pritožbe je v bolnišnici prisotno zatiranje, mentalno nasilje, neprofesionalno vedenje in kršenje integritete bolnikov ter njihovih svojcev.

Opaženo je tudi nasilje med zdravstvenimi delavci, ki ni dovolj raziskano. Obstaja verbalno nasilje, ki zajema zmerjanje, neupravičeno kritiziranje, ustrahovanje in neprofesionalno vedenje. Pod fizično nasilje spadajo na primer omejevanje gibanja, potiskanje, udarjanje/pretepanje človeka in metanje predmetov.



IZKUŠNJE DELOVNE SKUPINE ZA NENASILJE V ZDRAVSTEVNI NEGI S PREPREČEVANJEM NASILJA NA DELOVNEM MESTU

THE WORKING GROUP FOR NONVIOLENCE IN NURSING: EXPERIENCES WITH WORKPLACE VIOLENCE PREVENTION

Doroteja Lešnik Mugnaioni, Monika Ažman, Irena Špela Cvetežar

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
nenasilje@zbornica-zveza.si

1 UVOD

Delovno skupino za nenasilje v zdravstveni negi (v nadaljevanju DS) je Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zbornica – Zveza) ustanovila leta 2000. Razlogi za ustanovitev DS so bili predvsem v ugotovitvah raziskave, ki je bila izvedena v letu 1999 na temo Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji (Klemenc & Pahor, 2000). Raziskava je pokazala, da je kar 72 odstotkov zaposlenih v zdravstveni negi zaznalo nasilno komunikacijo na delovnem mestu, od tega največ verbalnega (59 odstotkov) in psihičnega (52,7 odstotka) nasilja, pa tudi fizičnega (29,5 odstotka), ekonomskega (24,2 odstotka) in spolnega nasilja (17,6 odstotka). V velikem deležu so nasilje povzročale nadrejene osebe – tako zdravniki kot tudi medicinske sestre, največkrat v obliki verbalnega direktnega nasilja nad medicinskimi sestrami, pacienti pa so izstopali po fizičnem nasilju. O izkušnji nasilja na delovnem mestu so medicinske sestre največkrat zaupale kolegici (27,4 odstotka), v najmanjšem deležu pa pristojnim službam (2,7 odstotka). Raziskava je pokazala še, da se zaposleni v zdravstveni negi ne počutijo kompetentne za preprečevanje in obravnavo nasilnih dejanj. Ti rezultati so pokazali na nujnost sistematičnega delovanja Zbornice - Zveze zoper nasilje v zdravstveni negi (kasneje se je področju delovanja pridružila tudi babiška nega), predvsem v smeri ozaveščanja, izobraževanja ter opolnomočenja zaposlenih v zdravstveni negi za pravočasno in učinkovito soočanje z nasiljem na delovnem mestu. S tem namenom je bila ustanovljena DS in tak je bil temeljni program njenega delovanja vsa leta od ustanovitve do danes.

2 PODROČJA DELOVANJA

Poglavitna dejavnost DS je bila vseskozi **izobraževanje in usposabljanje zaposlenih v zdravstveni in babiški negi**, in sicer na področju: nenasilnega in konstruktivnega reševanja konfliktov; prepoznavanja različnih vrst in oblik nasilja; odzivanja na nasilno komunikacijo in zagotavljanja varnosti zaposlenim; obravnave nasilnih dejanj;



svetovalne pomoči zaposlenim, ki so imeli izkušnjo nasilja; vzpostavitve systemskega preprečevanja nasilja na delovnem mestu v organizacijah in prepoznavanja ter obravnave nasilja nad pacientkami in pacienti v partnerskih in družinskih odnosih. Izobraževanja so potekala v okviru regijskih društev pa tudi na sedežu Zbornice - Zveze. Prav tako je DS izvajala izobraževanja v zdravstvenih in socialnih zavodih. Nekajkrat je usposabljala tudi sindikalne zaupnike Sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije.

S ciljem večje **ozaveščenosti zaposlenih v zdravstveni in babiški negi** je DS v obdobju 2000–2017 pripravila številne zloženke, plakate, informativna gradiva in publikacije ter tudi spletno stran. V Utripu je pogosto objavljala članke, gradiva in protokole ter predstavljala svoje aktivnosti.

Da bi se zaposleni v zdravstveni in babiški negi učinkovito, systemsko ter strokovno odzivali na zaznano nasilje, je DS oblikovala več **protokolov**. V letu 2005 sta tako nastala dva protokola obravnave nasilnih dejanj, in sicer ko gre za nasilje na delovnem mestu in ko gre za zaznavo nasilja nad bolnicami in bolniki v partnerskih in družinskih odnosih. V letu 2011 je pripravila nova protokola na podlagi prepovedi spolnega nadlegovanja, nadlegovanja zaradi osebnih okoliščin in trpinčenja na delovnem mestu v Zakonu o delovnih razmerjih (ZDR-1) ter prepovedi šikaniranja v Kazenskem zakoniku (KZ-1D). DS je oblikovala tudi protokol obravnave partnerskega nasilja v družini, nad starejšimi in nad otroki ter sodelovala pri nastanku smernic obravnave nasilja v družini v zdravstvu na nacionalni ravni. Protokole je DS objavila v Utripu, zloženkah, člankih in na spletni strani DS (spletna stran Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi).

Od leta 2001 je DS pri načrtovanju in izvedbi aktivnosti na področju preprečevanja nasilja v družini **sodelovala z nevladnimi organizacijami, predvsem z Društvom SOS telefon**. V vsakoletni kampanji ob mednarodnem dnevu boja zoper nasilje nad ženskami 25. novembra (pod naslovom »Kaj ti je, deklica?«) je DS skupaj z Društvom SOS telefon izvajala številne akcije ozaveščanja, informiranja (vsakoletno tudi v Utripu) in izobraževanja, saj je svoje poslanstvo vseskozi videla tudi v preprečevanju drugih vrst nasilja v družbi, predvsem nasilja v partnerskih odnosih in družini ter nasilja nad pripadnicami in pripadniki najbolj ranljivih družbenih skupin.

V letu 2011 je DS ponovno izvedla **raziskavo** Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu, v katero je vključila zaposlene v zdravstveni in babiški negi. Z raziskavo je po 12 letih ponovno želela preveriti stanje na tem področju. Rezultati so pokazali, da se je zaznava nasilja povečala na 78,5 odstotka, pri tem je bila nova zaznava mobinga (trpinčenja) v delovnem okolju, in to kar v 50 odstotkih. Osebnostno izkušnjo z nasilnim vedenjem je imelo 60 odstotkov zaposlenih v zdravstveni negi, od tega največ psihičnega nasilja (60 odstotkov) in mobinga (31 odstotkov), 15 odstotkov pa jih je že doživelo fizično nasilje. Med povzročitelji vseh vrst nasilja so prevladovali pacienti. Ponovno se je pokazalo, da o izkušnji z nasiljem zaposleni v zdravstveni in



babiški negi največkrat povedo kolegom in sodelavcem (45 odstotkov), v manjši meri pa nadrejenim, v kar 50 odstotkih pa nikomur, saj menijo, da se s tem ne bi nič spremenilo. Na vprašanje, kaj bi bilo po njihovem mnenju potrebno za uspešno preprečevanje in obravnavo nasilja na delovnem mestu, so anketiranci odgovorili: poznavanje problematike (17,6 odstotka), komunikacijske veščine (15,2 odstotka) in veščine reševanja konfliktov (14,5 odstotka). Sledita še: pravilnik o obravnavi nasilja v organizaciji (12,5 odstotka) in zastopnik/zaupnik za reševanje primerov nasilja v organizaciji (12,1 odstotka). Rezultati raziskave ter interpretacije so bili skupaj s teoretičnimi članki na temo nasilja na delovnem mestu objavljeni v tematski številki Obzornika v letu 2012 (Obzornik zdravstvene nege, 2012).

Z organizacijo **Dneva odprtih vrat (2010–2014)** je DS ob mednarodnih dnevih boja proti nasilju nad ženskami, od 25. 11. do 10. 12., v sodelovanju z Društvom SOS telefon poskušala približati svoje delovanje članicam in članom Zbornice -Zveze ter tudi drugim poklicnim skupinam v zdravstvu. Na Dnevu odprtih vrat so potekala tudi predavanja, okrogle mize in posveti. Vsakokrat smo v DS ponudili tudi individualno svetovanje za članice in člane Zbornice - Zveze z izkušnjo nasilja na delovnem mestu ter tudi v partnerskih in družinskih odnosih.

DS je organizirala posvete in konference na temo preprečevanja nasilja. Največkrat s področja nasilja v družini, saj nas je k temu spodbudilo sprejetje Zakona o preprečevanju nasilja v družini, ki je k ukrepanju ter prijavi nasilja zavezal tudi zdravstvene delavce. Tudi zadnji posvet »Nasilje nad ženskami med nosečnostjo«, ki smo ga izvedli 6. 12. 2016 na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani, je zajemal to področje.

DS je izvedla tudi dve strokovni srečanja na temo nasilja na delovnem mestu. V letu 2011 je organizirala strokovno srečanje z mednarodno udeležbo »Ponovno skupaj proti nasilju«, na katerem je bila predstavljena tudi nova raziskava o nasilju nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu. V letu 2014 pa je DS pripravila posvet s predstavniki sindikatov, v katere so vključeni zaposleni v zdravstveni in babiški negi. Cilja posveta sta bila medsebojno povezovanje ter medinstitucionalno sodelovanje pri obravnavi primerov nasilja na delovnem mestu. DS je na posvetu predstavila analizo obravnavanih primerov in svetovalnega dela.

Prav tako so članice DS aktivno sodelovale s prispevki na temo nasilja na delovnem mestu in v družini na posvetih v Državnem svetu, na konferencah v organizaciji Urada za enake možnosti, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, nevladnih organizacij, na kongresu ICN-a v Ženevi in drugo.

V letu 2009 je bil v DS ustanovljen **multiprofesionalni tim za osebno svetovanje in pomoč** članicam in članom Zbornice – Zveze v primerih nasilja na delovnem mestu. V okviru svetovalnega dela je multiprofesionalni tim ponujal: osebno svetovanje; oblikovanje načrta pomoči – skupaj s pravno službo in Sindikatom delavcev v zdravstveni negi; e-svetovanje na nenasilje@zbornica-zveza.si; neformalno



posredovanje pri drugih sodelavcih, ki so bili vpleteni v primere nasilja, ter pri nadrejenih; formalno posredovanje pri delodajalcu zavoda.

Od leta 2009 do 2015 je DS obravnavala primere nasilja v 37 javnih zavodih: od tega v 20 zdravstvenih zavodih, 12 socialnih in štirih vzgojno-varstvenih zavodih ter na eni fakulteti. V teh zavodih je DS obravnavala 54 primerov nasilja, saj je bilo v nekaterih zavodih zaznanih več primerov nasilja, ki so jih DS predstavili posamezniki ali skupine zaposlenih. Največ primerov (36) je bilo v zdravstvenih zavodih, 12 v socialnih in štirje v vzgojno-varstvenih zavodih. Dva primera sta bila s fakultete. Daleč največ primerov nasilja je bilo v obliki trpinčenja (mobinga) na delovnem mestu (68,5 odstotka), sledili so žaljiva ter agresivna komunikacija med zaposlenimi (12,2 odstotka), različne oblike nasilja s strani bolnikov (9,3 odstotka), spolno in druge oblike nadlegovanja s strani sodelavcev (3,7 odstotka) ter druge oblike nasilja, kot je npr. internetno nadlegovanje s strani sodelavcev (6,3 odstotka) (Lešnik Mugnaioni, 2014).

3 ZAZNANI PROBLEMI IN STROKOVNE DILEME PRI PREPREČEVANJU NASILJA NA DELOVNEM MESTU V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

a) Definiranje in poznavanje pojavnih oblik nasilja, njegove zakonitosti, dinamike in posledic in pravnih ter strokovnih opredelitev različnih vrst ter oblik nasilja na delovnem mestu sta v zdravstveni in babiški negi nezadostna. To je DS vseskozi ugotavljala tako pri izobraževalni dejavnosti ter akcijah ozaveščanja kot tudi pri svetovanju osebam z izkušnjo nasilja. Stanje se od nastanka DS v letu 2000 do danes ni bistveno izboljšalo. Nastala je celo dodatna zmeda v definiranju pojmov, kot so: trpinčenje (mobing), spolno nadlegovanje in nadlegovanje zaradi osebnih okoliščin, šikaniranje in diskriminacija, ki sta jih uvedla Zakon o delovnih razmerjih v letu 2007 ter Kazenski zakonik v letu 2008.

b) Izobraževanje o strokovni terminologiji in konceptualizaciji ter dinamiki nasilja na delovnem mestu je zato nujna in prioritarna naloga DS tudi v prihodnje. Hkrati v DS menimo, da se lahko stanje na tem področju bistveno izboljša le, če bodo vsebine preprečevanja nasilja sistemsko vključene v vse programe izobraževanja zdravstvene in babiške nege. Zato bo Zbornica - Zveza v okviru javnih pooblastil predlagala dopolnitev Pravilnika o registru in licencah v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. V modulu obveznih vsebin na področju »kakovost in varnost v zdravstvu« bo podan predlog, da se kot obvezni del vsebin opredelijo tudi vsebine o (ne)nasilju.

c) Terminološka in pojmovna zadrega je prisotna še vedno tudi pri ločevanju konflikta in nasilja na delovnem mestu, saj različne stroke in znanstvene discipline oba pojava različno opredeljujejo ali celo izenačujejo. V praksi je to pogosto vodilo v uporabo istih metod v različnih primerih destruktivne komunikacije med zaposlenimi (npr. uporaba mediacije v primerih trpinčenja in nadlegovanja), kar je povzročilo sekundarno viktimizacijo žrtev nasilja. V zvezi s preprečevanjem tovrstne škodljive prakse



obravnave primerov nasilja v zavodih si je treba prizadevati za nadaljnje izobraževanje vodstvenega kadra in za strokovno ustrezno usposabljanje sindikatov.

d) Težko je zagotoviti celovito pomoč osebam z izkušnjo nasilja, še posebno če pridejo po pomoč, ko so že v veliki stiski ter ko se nasilje začne zelo zaostrovati in ima že resne posledice za zdravje, socialno mrežo ter delovno storilnost žrtve nasilja. DS je takšno pomoč poskušala zagotavljati v obdobju 2009–2015, a pri tem kljub velikemu trudu ni bila dovolj uspešna. Razlogov za to je nedvomno več:

- DS ni imela na voljo dovolj usposobljenih strokovnjakov, ki bi lahko celovito pomagali žrtvi, bili operativni, hitro dosegljivi in s tem učinkoviti. Celovita pomoč žrtvam nasilja, še posebno če je dinamika nasilja dolgotrajna, predpostavlja: pravno pomoč; psihološko ali terapevtsko pomoč; svetovanje glede možnosti neformalnega reševanja problema v organizaciji; komunikacijo z delodajalcem, če žrtev to želi; sindikalno intervencijo; usmerjanje v različne oblike nevladnih programov za opolnomočenje in razvijanje nenasilne komunikacije; usmerjanje v različne oblike samopomoči; prijavo nasilja, če se žrtev zanjo odloči; spremljanje dinamike nasilja ter dinamike izhoda iz nasilja in tudi koordiniranje vseh naštetih vidikov pomoči. Zgolj s takšnim sistemskim pristopom lahko upamo na uspeh pri ustavitvi nasilja, »reintegraciji« žrtve ter opazovalcev in pri ponovni vzpostavitvi normalnega delovnega okolja in pozitivne organizacijske kulture.
- Osebe z izkušnjo nasilja so v DS prihajale po pomoč praviloma v tisti fazi dinamike (procesa) nasilja, ko se znotraj ali zunaj zavoda že začnejo formalni in pravni postopki za delovnopravno zaščito žrtv, ki zapirajo vrata neformalnim oblikam reševanja v organizacijah. V tej fazi tudi same žrtve niso imele več osebne moči za aktivno reševanje problema, saj so bile pogosto v bolniškem staležu, hudi stiski in socialno že povsem izolirane v kolektivu, kar je manevrski prostor ukrepanja DS zelo zožilo.
- V Sloveniji, deset let po zakonski prepovedi nasilja na delovnem mestu, še ni vzpostavljena mreža vladne in nevladne pomoči žrtvam tovrstnega nasilja. Država vse do danes te problematike ni prepoznala kot družbene (v primerjavi z nasiljem v družini, ki ta »status« ima), ampak jo obravnava kot odgovornost delodajalcev ter sindikatov, ko gre za delovnopravne kršitve. V tem smislu je zakonodaja ne neki način prehitela družbeno »stvarnost« in kulturo reševanja tovrstnih problemov v delovnih okoljih. DS, ki je leta 2009 poskušala pionirsko vpeljati primer prakse multiprofesionalne pomoči žrtvam nasilja, je bila pri tem delu osamljena in razen sodelovanja s sindikati ter Društvom SOS telefon ni bilo drugega medinstitucionalnega povezovanja, čeprav bi bilo to za učinkovito obravnavo primerov nasilja nujno.

e) Vloga vodstev zdravstvene in babiške nege je pri razvoju politik preprečevanja nasilnih dejanj ključna. Ne le zato ker brez resne podpore vodstev v zavodih sistematično preprečevanje nasilja sploh ni mogoče. Pomembno je tudi to, da vodstva v organizacijah določijo organizacijsko kulturo ter odnos do nasilne komunikacije. In



tudi to, da vodje s svojo komunikacijo dajejo zgled podrejenim, poudarjajo vrednostni sistem v kolektivih ter etiko odnosa do drugega, predvsem če je položajno šibkejši (Lešnik Mugnaioni & Klemenc, 2011). Izkušnje DS kažejo, da je na tem področju treba narediti še veliko, saj so po raziskavi iz leta 2011 ter glede na obravnavane primere prijavljenega nasilja vodje zdravstvene in babiške nege nemalokrat v vlogi povzročiteljic in povzročiteljev nasilne komunikacije.

f) Skrb vzbujajoče je, da se je na anketo o stanju na področju systemskega preprečevanja nasilja, ki jo je DS v decembru 2016 poslala vsem vodstvom, odzvalo le deset odstotkov vodij zdravstvene in babiške nege. Glede na to, da so prav vodstva najbolj odgovorna za hitro in učinkovito preprečevanje nasilja, je ta podatek skrb vzbujajoč, za DS pa tudi velik izziv. Cilj DS je, da bi vsi zdravstveni zavodi sprejeli politiko o ničelni toleranci do vseh vrst nasilja, na tej podlagi pa tudi protokole obravnave posameznih vrst nasilja.

g) Od ustanovitve DS v letu 2000 se je na individualni ravni zelo povečala občutljivost za konflikte in nasilje v medosebnih odnosih ter tudi ozaveščenost na področju zaščite pravic posameznikov. Država je prav tako sledila temu procesu in sankcionirala ter inkriminirala škodljive in ogrožajoče medosebne interakcije, tudi na delovnem mestu. Hkrati je vse bolj zanemarjala družbene, socialne in ekonomske dejavnike tveganja, ki vplivajo na medosebne odnose – tudi na pojav nasilja – v družini, skupnosti in organizacijah.

59

Sodobni ekonomski in družbeni procesi namreč vodijo v vse večjo neenakost, diskriminacijo ter marginalizacijo različnih družbenih skupin v družbi, kar povečuje strukturno nasilje. Nekateri avtorji ga imenujejo tudi systemsko/objektivno nasilje (Žižek, 2007). V DS menimo, da bo treba naše prihodnje delovanje zato usmeriti tudi v te vidike nasilja, saj so ključen dejavnik tveganja za pojav medosebnega nasilja. Pozornost DS bo torej v prihodnje usmerjena tudi v organizacijsko ter družbeno-strukturno nasilje.

LITERATURA IN VIRI

Kazenski zakonik (KZ-1D), 2016. Uradni list Republike Slovenije št. 38.

Klemenc, D. & Pahor, M., eds., 2000. Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, 4. 12. 1999. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Lešnik Mugnaioni, D., 2014. Predstavitev obravnave nasilja na delovnem mestu v Delovni skupini za nenasilje v zdravstveni negi. Prispevek na posvetu »S sodelovanjem do učinkovite obravnave nasilja na delovnem mestu v zdravstvu«, 26. 11. 2014.



Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Lešnik Mugnaioni, D., Klemenc, D., 2011. Trpinčenje na delovnem mestu. Odličnost v zdravstvu – odprti za nove ideje: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zbornica - Zveza, Sekcija medicinskih sester v managementu, pp. 93–108.

Obzornik zdravstvene nege, 2012; 46(2). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Spletna stran Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/organi/delovne-skupine/delovna-skupina-za-nenasilje-v-zdravstveni-negi>

Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1), 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 21.

Žižek, S., 2007. *Nasilje*. Ljubljana: Analekta.



PREGLED PSIHIČNEGA IN FIZIČNEGA NASILJA NAD ZAPOSLENIMI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI CELJE

REVIEW OF PSYCHOLOGICAL AND PHYSICAL VIOLENCE AGAINST STAFF OF THE GENERAL HOSPITAL CELJE

viš. pred. mag. Hilda Maze

Splošna bolnišnica Celje in Visoka zdravstvena šola v Celju

hilda.maze@vzsce.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Pojavnost poškodb zaradi nasilja uporabnikov nad zdravstvenimi delavci je približno trikrat večja kot pri drugih poklicnih skupinah. Na nasilje nas med formalnim izobraževanjem niso pripravili, zato naši odzivi niso vedno optimalni. Namen prispevka je predstaviti pregled verbalnega in fizičnega nasilja v Splošni bolnišnici Celje.

Metode: Uporabili smo kvalitativni pristop raziskovanja. Pregledali in analizirali smo 51 prijav neželenih dogodkov v zdravstveni obravnavi za leti 2015 in 2016, 17 zapisov ukrepanja varnostnega osebja ter prijave fizičnega in psihičnega nasilja v Pravni službi.

Rezultati: Pojavi fizičnega in psihičnega nasilja nad zaposlenimi se dogajajo tako v ambulantah kot na bolnišničnih oddelkih. Vzroki nasilja v ambulantah so večinoma čakanje na pregled in dolge čakalne dobe. Najpogosteje nasilje izvajajo pacienti, ki jim sledijo svojci in v sporadičnih primerih sodelavci. Največ je bilo psihičnega nasilja z zmerljivkami in grožnjami ter kar precej fizičnega nasilja, ki se je na srečo končalo z manjšimi poškodbami. Večji del primerov rešijo zaposleni sami. Ko pri tem niso uspešni, pokličejo na pomoč zaposlene z drugih oddelkov in varnostnike ter redkeje policijo. Naknadno o dogodku vedno obvestijo vodstvo oddelka, področje zdravstvene nege ter v posameznih primerih Pravno službo.

Razprava: Ugotovili smo, da je delo zdravstvenih delavcev, predvsem medicinskih sester, zelo tvegano. Ni mogoče predvideti, kdaj se bo pojavilo psihično ali fizično nasilje. Analiza prijav je pokazala, da vseh dogodkov ne prijavljajo, saj poročilo varnostne službe govori o več primerih, ki niso bili zavedeni na obrazcu za prijavo neželenega dogodka. Zdravstvene delavce bo treba naučiti deeskalacijskih tehnik in pripraviti elektronsko prijavo neželenega dogodka. Pacienti bodo morali poleg pravic vedeti tudi za svoje dolžnosti, za kar bo morala poskrbeti zakonodaja.

Ključne besede: zdravstveni delavci, grožnje, fizično nasilje

ABSTRACT

Introduction: The incidence of injuries due to violence of users over health-care workers is about three times greater than in other occupational groups. We were not prepared to violence during formal education, so our responses are not always optimal. The purpose



of this paper is to present an overview of verbal and physical violence in Celje General Hospital.

Methods: We used a qualitative research approach. We reviewed and analyzed 51 reports of adverse events in medical treatment for the years 2015 and 2016, 17 security personnel records of action and the application of physical and psychological violence in the Legal Department.

Results: Phenomena of physical and psychological violence against employees occur both in outpatient and hospital wards. The cause of violence in the outpatient clinics are mostly because of waiting for the review and long waiting periods. Most often, the violence is carried out by the patients, followed by relatives and colleagues in sporadic cases. Most of it was psychological violence by threats and insults and quite physical violence, which thankfully ended with minor injuries. The greater part of the cases solved employees themselves. When they are not successful, they call for help employees from other departments and the security guards, rarely the police. Subsequently, the event is always reported to leadership of the department field of health care and in individual cases Legal Department.

Discussion: We found that the work of health care professionals, especially nurses is very risky. It is not possible to predict when there will be psychological or physical violence. Analysis of the reports revealed that all events are not applied, because Security Service report speaks of several cases that were not recorded on the application form undesirable event. Health care workers will need to learn regular verbal and nonverbal techniques and online registration of adverse event. Patients will also have to be aware of their duties, which will have to take care by legislation.

Keywords: health care workers, threats, physical violence,

1 UVOD

Zdravstveni delavci niti ne pričakujemo nasilja od pacientov niti nismo usposobljeni za delo z nasilnimi osebami. Obvladovanja nasilnih oseb nas med formalnim izobraževanjem niso naučili. V Sloveniji teh incidentov ne spremljamo sistematično, zato se lahko opremo na podatke iz tujine (Bregar, 2016). O nasilju nad zaposlenimi na delovnem mestu smo morali prvič poročati Ministrstvu za zdravje preteklo leto po uboju zdravnika v izolski bolnišnici. Bregar (2016) navaja, da se v Ameriki 60 odstotkov vsega nasilja na delovnem mestu (napadov na zaposlenega) zgodi prav na področju zdravstvenega varstva – večina teh napadov je s strani uporabnikov. Pojavnost poškodb zaradi nasilja uporabnikov nad zdravstvenimi delavci je približno trikrat večja kot pri drugih poklicnih skupinah. Iz tega lahko sklepamo, da smo zaposleni v zdravstvu najbolj ogrožena skupina zaposlenih.



2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

V splošno bolnišnico dnevno prihaja na ambulantno obravnavo okoli 1000 pacientov. Največ le-teh je v Urgentnem centru, kjer se ta številka povprečno giblje od 150 do 250 in vse do rekordnih 365. V to številko so vključeni tudi otroci v Pediatričnem urgentnem centru. Na oddelke je dnevno sprejetih od 100 do 150 pacientov. Povprečni dnevni stalež hospitaliziranih pacientov je 500. Večina teh pacientov ima svoje obiskovalce. Bolnišnica je za paciente, obiskovalce in preostale v osnovi zelo odprta, saj je mogoče vanjo vstopiti na dvanajstih vhodih. Nekateri od njih so bolj, drugi manj dostopni.

Bolnišnica ima zagotovljeno dnevno fizično varovanje, ki ga izvajajo štirje varnostniki. Eden je stalno prisoten v Urgentnem centru, preostali trije občasno opravljajo obhode. V bolnišnici imamo nameščenih 51 nadzornih kamer. V zadnjih letih smo vgradili 53 vrat s pristopno kontrolo, ki preprečujejo nenadzorovan pristop na oddelke. Zaposleni imajo informacije o pomembnih telefonskih številkah, pri čemer imajo možnost najprej poklicati mobilnega varnostnika in v primeru resne nevarnosti direktno Policijsko postajo Celje.

3 METODOLOGIJA

Za namen tega prispevka smo uporabili kvalitativni pristop. Pregledali in analizirali smo prijave neželenih dogodkov v zdravstveni obravnavi za leti 2015 in 2016, ki jih zbiramo v tajništvu zdravstvene nege in jih po pregledu posredujemo v Službo za kakovost. Zatem smo analizirali povzetke dogodkov za leto 2016, ki se nanašajo na ukrepanje varnostnega osebja podjetja Protect, ki skrbi za varnost v Splošni bolnišnici Celje. Sledil je pregled prijav fizičnega in psihičnega nasilja v Pravni službi.

4 REZULTATI

V letu 2015 je bilo posredovanih 15 prijav neželenih dogodkov, medtem ko je bilo v letu 2016 prijav 36. V nadaljevanju so navedeni nekateri primeri fizičnega nasilja:

- Zmeden pacient je grozil medicinski sestri in jo želel tudi udariti. Na pomoč je poklicala varnostnika, ki je pacienta pomagal namestiti v bolniško sobo, dežurni zdravnik je predpisal terapijo. Pacient se je za tri ure pomiril, potem je ponovno začel zmerjati medicinsko sestro in soležečega pacienta.
- Agresivna pacientka je zmerjala in prostaško govorila ter pri poskusu pomirjanja ugriznila medicinsko sestro v nadlaket. Rano so očistili ter odvzeli kri za pregled morebitne okužbe s HIV-om in hepatitisom.
- Pacient je zahteval predčasno aplikacijo metadona. Le-te ni dobil, zato je prižgal luč in tolkel s palico po nočni omarici. Poklicali so dežurnega zdravnika, ki je pacientu predpisal terapijo, na kar se je malo umiril in ob 6. uri dobil zahtevani metadon.



- Pacientka je bila agresivna, je grizla, praskala, tepla, medicinski sestri zvijala prste ter jo žalila. Poklicali so zdravnika, ki je predpisal terapijo in uvedel prisilne varovalne ukrepe.
- Dementni in agresivni pacientki so po naročilu zdravnika aplicirali pomirjevalo, pri čemer je medicinsko sestro brcnila v glavo. O dogodku so obvestili vodstvo oddelka.
- Pacient je želel pomagati medicinski sestri, ki jo je neki pacient udaril, ob tem ga je le-ta s pestjo zadel v obraz. Obvestili so dežurnega zdravnika ter ga poslali na pregled na Oddelek za otorinolaringologijo.
- Pacient je odlomil del plastične mizice in udaril čistilko po hrbtu. O dogodku so obvestili vodstvo oddelka.
- Pacient je poskušal brcniti in ugrizniti medicinsko sestro. Na pomoč so ji priskočili sodelavci. Poklicali so dežurnega zdravnika, ki je rekel, da nima kaj storiti.
- Pacient je najprej zmerjal vse zaposlene, da so živali, pijejo in da se obnašajo, kot da so v gostilni. Skozi balkonska vrata je želel oditi, vendar so ga zadržali. Poklicali so dežurnega zdravnika, ki je predpisal pomirjevalo, ki mu ga zaradi njegove agresivnosti niso uspeli aplicirati. Sopacienti v sobi so bili zelo vznemirjeni in prestrašeni. Občasni verbalni napadi so se ponavljali do jutra.
- Zvečer je postal pacient nemiren, želel je iz postelje in začel lomiti posteljno ograjico. Medicinske sestre so ga želele pomiriti s pogovorom, vendar niso bile uspešne. Pacient je postal še bolj nemiren ter vstal iz postelje. Na pomoč so poklicali varnostnika in medicinske sestre z drugega oddelka. Nekako jim je uspelo pacienta namestiti v posteljo ter aplicirati naročeno terapijo za pomirjanje.
- Pacient je postal zmeden in agresiven. Zlezal je čez ograjico postelje. Ko so ga medicinske sestre želele namestiti v posteljo, je najprej prvo sestro udaril z nogo v roko in drugo s pestjo po obrazu. O dogodku so obvestili dežurnega zdravnika.
- Pacient je bil po posegu zmeden, nemiren, se odklapljal z monitorja. Nenadoma je medicinsko sestro prijel za roko ter jo tiščal na posteljo k sosednji pacientki. Poklicali so dežurnega zdravnika. Ta se je poskušal s pacientom pogovoriti. Prizadevanja niso bila uspešna, zato so na pomoč poklicali policijo, ki je pomagala pacienta fiksirati.
- Medicinska sestra je pacienta vprašala, kako se počuti. Le-ta je proti njej zalučal jabolko, ki se mu je le za las izognila. Ko ga je medicinska sestra ponovno vprašala, kaj dela, je v roke vzela nož in se napotil proti njej. Stekla je v sosednjo sobo in prosila za pomoč kolegice. Obveščena sta bila dežurni zdravnik in medicinska sestra, ki jima je po daljšem pogovoru s pacientom od njega uspelo pridobiti nož.

Verbalno nasilje so izvajali zaposleni, pacienti in svojci. Med neželenimi dogodki je bilo v dveh primerih evidentirano žaljivo obnašanje s poniževanjem medicinskih sester v zvezi z delom in grožnjami medicinskim sestram s strani zdravnic. To se je dogajalo ob prisotnosti pacientov in drugih zaposlenih.



Med primeri psihičnega nasilja bi izpostavili naslednje:

- Pacient je grozil medicinski sestri, da bo skočil čez okno, da jih bo napadel v mestu. Obtožil jih je, da so mu ukradli telefon, uhanе in majico. V bolnišnici ga ni bilo mogoče zadržati, zato so ga odpustili in mu naročili taksi. Vanj ni hotel vstopiti, ker je še vedno zahteval ukradeni telefon. Takrat so prišli kriminalisti in ga odpeljali. Naslednji dan se je na oddelek zglasila pacientova mati, ki je zopet zahtevala stvari, ki so jih naknadno prinesli iz sprejemne sobe.
- Obiskovalec je grozil medicinski sestri, ker ga je zalotila med brskanjem po nočni omarici enega izmed pacientov. Na vprašanje, kaj dela v sobi, je odgovoril, da išče svojo punco. Zaposili so ga, da zapusti oddelek, na kar se je odzval z grožnjami. Poklicali so varnostnika, ki je prispel pet minut za tem, ko je obiskovalec že zapustil oddelek.
- Pacient je bil verbalno agresiven do sopacienta, ko so ga zaposleni želeli pomiriti, je agresijo usmeril še vanje. Zdravniki so mu predpisali pomirjevalo. Poklicali so tudi njegovo ženo.

V nekaterih primerih so se agresivno obnašali tudi svojci hospitaliziranih pacientov. Vsebinska je razvidna iz naslednjih primerov:

- Sorodnica je vpila na medicinske sestre zaradi nezadovoljstva z obravnavo očeta. Vzroka ni znala navesti. Vsi poskusi medicinskih sester, da se z njo pogovorijo, so bili neuspešni. Zapustila je prostor in močno zaloputnila z vrati. Naknadno se je z njo pogovoril sobni zdravnik.
- Svojec je bil nezadovoljen z obravnavo svoje mame, zato je zdravnici grozil, da bo prinesel pištolo, če mama ne bo dobila infuzije. O dogodku so obvestili Pravno službo in glavno medicinsko sestro bolnišnice. Dogovorili so se, da v primeru ponovnega incidenta pokličejo varnostnika ali policijo.
- Svojec je poklical na oddelek in zahteval, da pacientko v treh urah premestijo na drugo boljšo posteljo, sicer bo prišel v bolnišnico in začel streljati ter nekoga zagrabil za »kravatelj«. Na prijavi je zapisano, da je pacientka ležala na njihovi dobri postelji.
- Svojci so grozili medicinskim sestram, ker je bil pacient začasno nameščen na hodniku. Poudarili so, da so iz Ljubljane, kjer je vse dosti boljše organizirano, in da so na oddelku vsi popolnoma nesposobni. Pacienta so čez par ur namestili v bolniško sobo.
- Svojec je ob 23. uri zaradi »predolgega čakanja« želel oditi na cigareto. Varnostnik mu je povedal, da je pri tem vhodu mogoč samo izhod, vrniti pa se ne more. Približno pet minut se je kregal in izsiljeval varnostnika. Otroci, ki so čakali na pregled v čakalnici, so bili prestrašeni in so jokali.
- Sorodnica je poklicala ob 4.30 zjutraj in želela informacije o pacientu. Povedali so ji, da zdravnik ni dosegljiv. Zahtevala je, da jo zdravnik pokliče ob 7. uri, sicer bo poklicala inšpekcijo, medije in varuha človekovih pravic. Zjutraj je ponovno poklicala in zahtevala, da kopiramo vso pacientovo dokumentacijo, in dala čas do



7.15, ko bi jo morala poklicati lečeča zdravnica. O dogodku so obvestili Pravno službo.

Delo v ambulantah postaja čedalje nevarnejše, kar je razvidno iz naslednjih opisov neželenih dogodkov:

- Pacient je grozil medicinski sestri, ker na pregledu ni imel napotnice. Stopil je v ambulanto, razmetaval dokumentacijo drugih pacientov ter zahteval predstojnika. Ko je ta prišel, pacienta pred ambulanto ni bilo več.
- Pacient je grozil po telefonu s pištolo, ker je bil nezadovoljen s čakalno dobo. Kljub prijazni obrazložitvi glede čakalne dobe se ni pomiril. O dogodku so obvestili predstojnika oddelka.
- Pacient je grozil in žalil zaposlene v ambulanti. Zdravnik mu je razložil potek dela in med drugim predstavil tudi njegove dolžnosti. Zapisali so, da bodo ob ponovnem incidentu predlagali, da si za obravnavo poišče drugo ustanovo.
- Pacient je pri naročanju na prvi revmatološki pregled osebno žalil specialista revmatologa. Po prijavi dogodka v Pravno službo smo se odločili, da pacientu vrnemo napotnico in uveljavljamo ugovor vesti, saj je šlo za takšno hudo nezaupanje do zdravnika, da sama opravljena zdravstvena obravnava ne bi mogla imeti pozitivnega učinka.
- V drugem primeru v okviru revmatološke ambulante je pacient fizično vdrl v ambulanto med obravnavo druge pacientke in želel fizično obračunati z zdravnikom. V tem primeru je bil klican varnostnik, pacientu smo po posvetu s Pravno službo zavrnilo nadaljnjo zdravstveno obravnavo.
- Pacient je poklical v revmatološko ambulanto in se razburjal, ker je zdravnik po triaži stopnjo nujnosti na napotnici spremenil s hitro na redno. Izjavil je, da bi bilo najboljše, da pride v ambulanto in začne streljati, tako kot se je zgodilo v izolski bolnišnici.
- Pacientka je prišla z napotnico pod hitro in želela biti pregledana takoj. V ambulanti je dobila datum v okviru dopustne čakalne dobe. Z njim ni bila zadovoljna, zato je začela groziti z novinarji. Po pogovoru je vzela napotnico in odšla.
- Pacient je po telefonu grozil, da bo fizično obračunal z zdravnico, ter medicinski sestri povedal, da od nje dobi zgolj hudobijo. V čem je problem, ni povedal. V opisu je navedeno, da se ta pacient v ambulanti obravnava že nekaj let in da je ves čas konflikten. Nikoli ni zadovoljen s terminom kontrole, ker so po njegovem mnenju prepogoste. Predvidevali so, da je bil ta verbalni incident povezan s prehitrim terminom kontrole, ki so jo v ambulanti določili glede na njegove nezadovoljive izvide.
- Ker nam ni uspelo zagotoviti pisnega izvida v zakonskem roku treh dni, je pacient grozil administratorki, da se bo v primeru nezagotovitve le-tega vrnil s strelnim orožjem in ji stregel po življenju. Ker nismo znali oceniti, ali so grožnje resne ali ne, smo zagotovili pred njenim delovnim mestom spremstvo varnostnika, kar je bila seveda trenutna in začasna rešitev.



V evidenci ukrepanja varnostnikov ob nasilnih dogodkih v letu 2016 je zabeleženih 17 intervencij. Za prejšnja leta teh dogodkov nismo sistematično spremljali. Pet intervencij je bilo izvedenih v okviru Urgentnega centra, preostale na bolnišničnih oddelkih. V večini primerov so se pacienti pomirili po izreku opozorila. V treh primerih je morala naknadno posredovati tudi policija.

V Pravni službi sistematično ne vodijo vseh prijav fizičnega in psihičnega nasilja. Obravnavajo predvsem primere, ko gre za hude grožnje in primere fizičnega nasilja, katerega posledice so fizične poškodbe naših zaposlenih. Med drugim so izpostavili še primere kroničnih dializnih pacientov, ki so dolgoletni pacienti naše ustanove. Z njihove strani smo se že v več primerih srečali s fizično in verbalno agresijo.

5 RAZPRAVA

Zgoraj navedeno nasilje predstavlja le omejen pregled vseh evidentiranih dogodkov, čeprav je predvsem verbalnega nasilja v praksi neprimerno več. V mnogo primerih, predvsem v okviru naročanja na zdravstvene storitve in seznanitve pacientov s čakalnimi dobami v naši ustanovi, so zdravstveni delavci vsakodnevno soočeni z verbalnim nasiljem. Pravna služba je o njih obveščena le takrat, kadar gre za hujše primere. V vseh preostalih primerih sprejemajo zdravstveni delavci to nasilje kot del kulture obnašanja pacientov, ki so pod stresom ali v negotovosti zaradi svojega zdravja, zato skušajo paciente razumeti in jim pomagati, kar večkrat nima pričakovanega učinka. Ogromno verbalnega nasilja pacientov je bilo preteklo leto zaznati v revmatološki ambulanti. Zaradi negativne propagande tako v medijih kot tudi družbenih omrežij ter nerazumevanja določil Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah s strani pacientov je bila ta ambulanta med najbolj izpostavljenimi.

67

V primeru kroničnih dializnih pacientov, ki izvajajo fizično in verbalno agresijo, smo v nekaterih primerih v sodelovanju s Pravno službo že resno razmišljali o uveljavljanju ugovora vesti zaradi porušenega zaupanja v zdravstveno obravnavo med pacientom in izvajalcem. Kljub temu smo se do zdaj vedno odločili, da jim zaradi dolgotrajne dosedanje obravnave pri nas to še vedno zagotavljamo, hkrati pa smo jih obvestili o njihovih dolžnostih v postopku zdravstvene obravnave. Največ nasilja je na urgentnih oddelkih (Farouk Abdellah & Morsy Salama, 2017), česar mi z našo analizo ne moremo potrditi. V letu 2016 so bili iz Urgentnega centra prijavljeni trije dogodki, medtem ko smo iz pregleda dela varnostne službe zaznali pet primerov. Prepričani smo, da je teh neprimerno več.

Verbalnega nasilja niso deležni zgolj zdravstveni delavci med zdravstveno obravnavo pacientov, temveč tudi upravno-administrativni delavci zavoda, bodisi zaradi pacientove plačilne nediscipline bodisi varnostniki pri zagotavljanju reda v okviru vratarske službe, in drugi. Ti so vsakodnevno izpostavljeni izsiljevanju pacientov in



obiskovalcev bolnišnice, ki želijo brezplačno parkirati znotraj bolnišnice, in to predvsem na mestih, ki so namenjena parkiranju invalidov.

Za zmanjšanje tveganja za nastanek fizičnega in psihičnega nasilja, predvsem pa njihovih posledic, smo v bolnišnici pripravili navodilo za delo Komunikacija z vznemirjeno osebo in Komunikacija z nasilnimi ljudmi.

6 ZAKLJUČEK

Vsekakor bi potrebovali jasnejša navodila oziroma zakonodajne usmeritve za ravnanje v primerih verbalno in fizično agresivnih pacientov ali svojcev. Zakon o pacientovih pravicah je zagotovil predvsem uveljavljanje pravic pacientov, v svojih določilih pa ne zagotavlja njihove odgovornosti. Dolžnosti pacientov opredeljuje zgolj 54. člen Zakona o pacientovih pravicah, pri čemer bi poudarili, da kršitev njihovih obveznosti zakon ne sankcionira, kar predstavlja veliko pomanjkljivost, ki jo zakon bodisi ni predvidel bodisi ni želel urediti. Želimo si sistemske ureditve težav, pri čemer po našem mnenju največ nevšečnosti izhaja iz nezaupanja pacientov v zdravstveni sistem in nerazumevanja nabora pravic ter storitev, ki jim jih ta zagotavlja. Posledica tega sistema so primeri, ko zdravstveni delavci zaradi nenehnih pritiskov pacientov na delovnem mestu izgorevajo, pri čemer slednje vpliva tudi na njihovo zdravstveno stanje in bolniško odsotnost. Za sistematično reševanje problematike bomo morali predvsem celoviteje spremljati vse incidente, jih analizirati in na podlagi tega načrtovati ukrepanje. V letošnjem načrtu izobraževanja predvidevamo izvedbo predavanj na temo ukrepanja ob srečanju z verbalno in fizično agresivnimi osebami, saj bodo le deeskalacijske tehnike delno zaščitile zdravstvene delavce.

68

7 LITERATURA IN VIRI

Bregar, B., 2016. Nasilje nad zaposlenimi v zdravstvu – odkrito in zakrito – in kako se obvarovati. Dnevnik, 27. avgust 2016.

Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. 2009. Uradni list Republike Slovenije št. 63/10.

Rasha, F.A. & Khaled, M.S. 2016. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. Pan African Medical Journal. 26(21), pp. 1–8.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 5/08.



Predstavitev avtorice

Viš. pred. mag. Hilda Maze se je po zaključeni Srednji zdravstveni šoli v Celju zaposlila v Splošni bolnišnici Celje kot srednja medicinska sestra. Ob delu je zaključila študij zdravstvene nege in leta 1999 postala glavna medicinska sestra Oddelka za splošno in abdominalno kirurgijo. Na Fakulteti za organizacijske vede Kranj je diplomirala leta 2002 in leta 2008 magistrirala z delom Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici. Leta 2003 je postala vodja Referata za izobraževanje v Splošni bolnišnici Celje, od leta 2005 opravlja delo pomočnice direktorja za zdravstveno nego. Na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru je bila leta 2008 izvoljena v naziv predavateljica in leta 2013 na Visoki zdravstveni šoli v Celju v naziv višja predavateljica za področje zdravstvene nege. Sodelovala je pri ustanovitvi Visoke zdravstvene šole v Celju, kjer se aktivno vključuje v izvedbo in organizacijo študijskega programa zdravstvene nege.



SLOVENSKA PRIPOROČILA ZA UKREPANJE SLUŽB NUJNE MEDICINSKE POMOČI V PRIMERU DOGODKOV AMOK

SLOVENIAN EMERGENCY MEDICAL SERVICE OPERATIONAL CONSIDERATIONES AND GUIDE FOR ACTIVE SHOOTER

Matej Mažič, dipl. zn.

Splošna bolnišnica Celje, Enota za SNMP

matej.mazic@sb-celje.si

IZVLEČEK

Intervencije z aktivnim strelcem na kraju so za ekipe nujne medicinske pomoči nevarne. Vključevanje načel taktične medicine in »tactical combat casualty care« v civilno medicino v teh primerih je nujno. Narejen je bil pregled postopkovnikov ukrepanja različnih intervencijskih služb v Sloveniji in po svetu z namenom izdelave in izdaje Slovenskih priporočil za ekipe nujne medicinske pomoči za ukrepanje v primeru AMOK intervencij ter priprave programa skupnega usposabljanja med policijo in službo nujne medicinske pomoči za tovrstna posredovanja. Multidisciplinarni pristop je ključ do povečanja preživetja udeleženi v akutni strelski situaciji. Izobraževanje med policijo in urgentno službo pa je nujno.

70

Ključne besede: aktivna strelska situacija, AMOK intervencija, taktična medicina

ABSTRACT

Intervention with active shooter on the scene is not safe for prehospital emergency unit. Incorporation of tactical medicine and combat casualty care concepts into EMS protocols is necessary. Review of existing protocols and recommendations in intervention groups for AMOK intervention in Slovenia and around the globe has been made, with primary goal of creating and publishing of Slovenian recommendations for prehospital units in case of intervention with active shooter and secondary goal of starting a curriculum for police and emergency services about intervention with active shooter at the scene. Multidisciplinary approach is a key for improving patient survival in active shooter situation. Education between police and emergency service is necessary.

Key words: active shooter situation, AMOK intervention, tactical medicine

UVOD

Dogodki z aktivnim streljanjem zahtevajo usklajeno ukrepanje vseh intervencijskih služb: policije, nujne medicinske pomoči in gasilcev. Ta izjemni varnostni pojav lahko spremljajo tudi elementi terorizma. Ekipe nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju NMP) na terenu so dolžne upoštevati navodila policije, v svojo strokovnost pa



implementirati še koncepte taktične medicine. Zaradi zagotavljanja varnosti na najvišji ravni naj bi ekipe nujne medicinske pomoči uporabljale posebno zaščitno opremo, ki zadostuje standardom zaščite v topli coni. Posebno nevarne situacije za ekipe nujne medicinske pomoči so elementi streljanja med »običajno« intervencijo nujne medicinske pomoči.

Ameriško združenje kirurgov je v sodelovanju z drugimi združenji in intervencijskimi službami leta 2013 objavilo t. i. Hartfordski konsenz, v katerem so prioritete oskrbe poškodovanih in koordinacija intervencijskih služb natančno razdelane (Peter, et al., 2015). Cilj teh priporočil ni usposobiti ekipe nujne medicinske pomoči za delo v vroči coni, ampak z ustreznim ravnanjem in zaščito povečati njeno varnost tam, kjer običajno deluje.

AMOK INTERVENCIJA

AMOK dogodek je izjemen varnostni pojav, ko eden ali več storilcev brezciljno ali sistematično, z orožjem, orodjem, nevarnimi predmeti ali sredstvi, ubije ali poškoduje eno ali več oseb ali je to poskušalo storiti, pri čemer storilci to dejanje nadaljujejo ali je očitno, da bodo to nadaljevali. Storilci kot sredstvo napada najpogosteje uporabljajo strelno orožje, lahko pa uporabljajo tudi eksplozivne naprave, nože, sablje, mačete, meče in razna druga bodala, kar je odvisno tudi od zgodovinskega, kulturološkega in sociološkega ozadja ter pomena posamezne vrste orožja v neki družbi. Najpogosteje izvedejo napad na javnem kraju npr.: cesta, ulica, trg, trgovski center, restavracija, javna ustanova in šola (Kocjančič & Prezelj, 2015). AMOK dogodka ne smemo enačiti s terorizmom, saj je njegova razsežnost mnogo večja in ima svoje značilnosti.

71

IZHODIŠČA ZA IZDELAVO PRIPOROČIL: HARTFORDSKI KONSENZ

V Ameriki so bili v zadnjem desetletju priče mnogim strelskim pohodom. Zato so se v Hartfordu 2. aprila 2013 sestali strokovnjaki – intervencijske službe, ki posredujejo v primeru intervencij z aktivnim strelcem: policija, gasilci, predbolnišnična nujna medicinska pomoč, vojska in drugi, z namenom da se poveča preživetje žrtev v teh napadih. Za medicinski del je ključno vlogo prevzelo Ameriško združenje kirurgov (Peter, et al., 2015).

Zato je bil med temi službami sprejet dogovor ukrepov, ki je zajet v akronimu THRAT, in sicer:

1. Threat suppression.
2. Hemorrhage control.
3. Rapid Extrication to safety.
4. Assessment by medical providers.
5. Transport to definitive care (Peter, et al., 2015).



Drugo zasedanje te delovne skupine je bilo 11. julija 2013. Izdan je bil dokument, ki opisuje implementacijo koncepta Tactical Combat Casualty Care v »civilno« sfero ukrepov nujne medicinske pomoči. Poleg tega vsebuje še opis del in nalog za policijo ter prve posredovalce, opisan je tudi sistem edukacije. Tretji del konsenza ima naslov »Implementation of Bleeding Control« ter je z vsemi grafičnimi prilogami usmerjen k zaustavljanju hudih zunanjih krvavitev (Peter, et al., 2015).

PRIPRAVA SLOVENSКИH PRIPOROČIL

Na pobudo avtorja prispevka in sugestij iz drugih intervencijskih služb je bila pod okriljem Zbornice – Zveze v decembru 2015 ustanovljena delovna skupina, katere cilj je proučiti pripravljenost oz. delovanje intervencijskih služb v primeru intervencij z aktivnim strelcem (pregled že izdelanih postopkovnikov oz. algoritmov ukrepanja) ter izdelati priporočila za ekipe nujne medicinske pomoči, seveda z značilnostmi za slovenski prostor. Ta priporočila vsebujejo navodila za usklajeno delo vseh vpletenih intervencijskih služb. Člani delovne skupine so bili predstavniki nujne medicinske pomoči, policije (služba generalnega direktorja, uprava za policijske specialnosti – specialna enota, predstavnik posebne policijske enote Policijske uprave Celje) in predstavnika Slovenske vojske (predstavnica generalštaba Slovenske vojske in predstavnik vojaške zdravstvene službe).

72 KRITIČNI TRENUTKI V DELOVANJU SLUŽBE NUJNE MEDICINSKE POMOČI OB AMOK INTERVENCIJI

S stališča varnosti obravnave AMOK intervencije smo razdelili delovanje intervencijskih služb v štiri korake; vsak segment predstavlja posebno tveganje in je s stališča varnosti svojevrsten izziv (Brooks, et al., 2011).

1. Sprejem klica: prvi klic je lahko sprejet ali prek regijskega centra za obveščanje direktno k zdravstvenemu dispečerju ali je klic prvotno usmerjen v operativno-komunikacijski center. Da se izognemo izgubi podatkov oz. telefonske linije, se takšen klic sprejme »do konca« ne glede na to, kje je bil prvotno sprejet. Pri zbiranju podatkov je dispečerju v pomoč sedem zlatih kriminalističnih vprašanj: KAJ (orožje, talci, št. poškodovanih/mrtvih), KDO (št., delujoč, opis, identiteta, lokacija, pobeg), KDAJ (čas začetka, delovanje), KJE (lokacija, očitvidci, dostop), S ČIM (hladno orožje, strelno orožje), ZAKAJ (motiv, brezciljno ...), KAKO (način). Zdravstveni dispečer sedaj ne aktivira mobilne ekipe (kot je to pri običajnih medicinskih intervencijah), ampak podatke preda operativno-komunikacijskemu centru ter ravna izključno po njihovih navodilih. Pred aktivacijo mora zdravstveni dispečer pridobiti podatke o alarmiranju, lokaciji zbirnega mesta in koordinaciji s policijo (Lennquist, 2012).
2. Intervencijska pot: intervencijska pot mora biti vnaprej določena s strani OKC. Do zbirne točke lahko dostopamo npr. iz različnih smeri. Zaradi taktičnega posredovanja policije (širše blokade, ožje blokade, sredstva za zaustavljanje,



izvidovanje ...) mora ekipa nujne medicinske pomoči natančno upoštevati smer prihoda na zbirno mesto. Način intervencijske vožnje (uporaba posebnih zvočnih in svetlobnih znakov ali »tiho alarmiranje«) poda ekipi nujne medicinske pomoči seveda operativno-komunikacijski center. Ta je odvisna od taktičnega posredovanja policije, nikakor pa se tu ne sme razlikovati način vožnje npr. policijskih vozil in reševalnih vozil. Ta morajo biti usklajena (Lennquist, 2012).

3. Zbirno mesto: operativno-komunikacijski center določi neko varno točko, zbirno točko za intervencijske službe, na primerni oddaljenosti od kraja dogodka (Technicians, n.d.). Ta točka je določena glede na vrsto dogodka, uporabo storilčevega strelnega orožja ali eksploziva, način posredovanja intervencijskih skupin in še nekatere druge dejavnike. To mesto predstavlja prvo stičišče med vodjem intervencije nujne medicinske pomoči in policistom koordinatorjem. Naloge, ki jih na tem zbirnem mestu izvaja služba nujne medicinske pomoči: dogovor s policijo, preverjanje (tudi minimaliziranje) medicinske opreme za posredovanje v topli coni, razdelitev vlog med člani tima nujne medicinske pomoči, nameščanje posebne zaščitne opreme (neprebojne srajčke, čelade, zaščitna očala in taktične rokavice), preverjanje kompletov za vodenje večjih intervencij (oprema primarnega triažerja, koordinatorja prevozov), določitev načina komunikacije na intervenciji (zveze UKW, mobiteli, signalizacija z znaki – nebesedno sporazumevanje ...). Policija tudi določi čas začetka posredovanja ekip nujne medicinske pomoči pri tovrstnih dogodkih.
4. Kraj dogodka: neposreden prihod ekipe nujne medicinske pomoči na kraj dogodka upoštevajoč tri ravni zagotavljanja prve medicinske pomoči: vroča cona, topla cona in hladna cona. V vroči coni mesta za ekipe nujne medicinske pomoči ni; tu posredujejo za to posebej izurjene enote, medicinska oskrba pa je tudi drugotnega pomena in se izvaja po načelih »care under fire«. Topla cona je potencialno varna cona. V tej coni ekipa nujne medicinske pomoči sicer lahko posreduje, če sta izpolnjena vsaj dva pogoja: ekipa nujne medicinske pomoči ima posebno varovalno opremo in ima policijsko spremstvo. Hladna cona pa je s stališča varnosti najvarnejše mesto za izvajanje nujne medicinske pomoči.
5. Postavitev intervencijskih vozil:
 - Minimalna varnostna razdalja vozilo – objekt (približno 15 m, če ni določeno drugače).
 - Ustrezno mesto postavitve intervencijskega vozila (»cover«, »concealment« varovanje; razmišljati je treba tudi kot vozilu kot zaščiti pred nenadnim streljanjem pri motorju vozila).
 - Obrnjeno v smeri odvoza z mesta dogodka.
 - Izogibanje odprtina na objektu (okna, vrata, balkoni, strešna okna ...).
 - Prisotne nevarne snovi: upoštevaj smer vetra in nagib terena (razlitje oz. razsutje nevarnih snovi).
6. Orientacija na širšem območju:
 - Gibanje na potencialno nevarnem območju izvaja ekipa nujne medicinske pomoči v spremstvu policije.



- Izhodiščna črta je začetno območje operativnega delovanja intervencijske službe nujne medicinske pomoči, lahko pa se ob nevarnih okoliščinah (oborožena oseba, neposredna grožnja) po navodilih policije zastavi precej širše (konfiguracija zemljišča, zaklon ...); praviloma je območje do izhodiščne črte hladna cona (Technicians, n.d.).
- Levo in desno krilo: Pomeni levo in desno stran območja; določena je lahko z objekti, orientirji, po karti ali z napravo GPS. Za službo nujne medicinske pomoči je pomembna zaradi določitve sektorjev, če je dogodek na večji površini.
- Končna črta: Je linija, kjer je meja med vročo/toplo in hladno cono.
- Kritična mesta: So mesta, ki zahtevajo večjo pozornost oz. kjer pričakujemo posebnosti pri oskrbi poškodovancev (bivalni prostori, prisotnost nevarnih snovi ...).
- Orientirji: Na širšem območju delovanja se po orientirjih določijo elementi delovišča zdravstvene oskrbe pri večjem dogodku (npr. zbirno mesto za reševalna vozila, postavitve triažnih šotorov, zbirno mesto opreme ...).
- Formiranje sektorjev v primeru večje površine: Pri dogodkih na večji površini se lahko zaradi lažje organizacije dela (npr. izvajanje primarne triaže) določijo sektorji; ti so lahko poimenovani po straneh neba, levo-desna stran, nadstropja ipd. Če je poškodovanec le eden, izvede evakuacijo le-tega v hladno cono policija. Tam ga prevzame ekipa nujne medicinske pomoči. Prihod poškodovanca skupina policistov prek svoje vodje najavi (če okoliščine to dopuščajo). Če je poškodovancev več, skladno s policijskimi navodili izvaja nujno medicinsko pomoč ekipa nujne medicinske pomoči v topli coni, seveda ob policijskem varovanju. Takoj ko je možno, skupina policistov javi število in stanje poškodovancev vodji intervencije nujne medicinske pomoči.
- Hladna cona pomeni za delovanje ekipe nujne medicinske pomoči najvišjo stopnjo varnosti in tu delovišče zdravstvene oskrbe ni odvisno od policijskega varovanja. Glede na dinamiko dogodkov se lahko vroča cona takoj po nevtralizaciji storilca (storilcev) spremeni v toplo ali celo hladno cono. Vendar se tudi topla cona v primeru neposredne nevarnosti za zdravje in življenje ljudi preobrazí v vročo cono (McDevitt, 2002).

STRELJANJE MED OBIČAJNO INTERVENCIJO NUJNE MEDICINSKE POMOČI

Intervencije, pri katerih na podlagi prvega klica ni pričakovati posebnosti glede varnosti ekipe nujne medicinske pomoči, se pa med posredovanjem pokažejo znaki nasilja, so za ekipe nujne medicinske pomoči najnevarnejše oz. tudi usodne. Nasilje je lahko usmerjeno v ekipo nujne medicinske pomoči, poškodovanca ali v prisotne (Schwartz, et al., 2008).

Ob prihodu na kraj dogodka mora ekipa nujne medicinske pomoči zaznati kazalnike nasilja:

- uporaba drog in drugih psihoaktivnih substanc (alkohol ...),



- nasilje (družinsko, med vrstniki ...),
- reakcije prisotnih ob prihodu ekipe nujne medicinske pomoči (grožnje, stopnjevanje glasnosti govora, hitre in nenavadne kretnje, vpitje ...) (Schwartz, et al., 2008).

Glede na oceno situacije je možnih več oblik ravnanja ekipe nujne medicinske pomoči ob nastali situaciji:

- Takojšen umik celotne ekipe nujne medicinske pomoči; gre za najboljši razplet ob nastali situaciji; varen zaklon poiščemo čim dlje oz. z izbiro ustreznega mesta (za motorjem vozila, ob zidu ...).
- Odhod člana ekipe nujne medicinske pomoči do vozila ekipe nujne medicinske pomoči; ta član mora situacijo nepretrgoma opazovati, in takoj ko ni v pozornosti drugih prisotnih, poklicati pomoč na tel. št. 113 (Schwartz, et al., 2008).

V obeh zgoraj opisanih primerih naj ekipa nujne medicinske pomoči opremo, ki jo je prinesla s sabo, uporabi kot varovalo oz. zaščitna sredstva najvitalnejših predelov telesa.

- Evakuacija v prostor, ki je dovolj oddaljen od trenutne lokacije storilca; po možnosti prostor z močnimi vrati in vsaj enim izhodom (okna, balkon ...),
- zakleniti vrata in zabarikadiranje s priročnimi sredstvi,
- če evakuacija iz tega prostora ni možna, je treba osebe skriti v omare, pod mizo ipd. ter jih opozoriti na popolno tišino in mirnost,
- ugasniti vse električne naprave (tv, radio) v prostoru in preklopiti mobilne telefone na tihi način,
- določiti skupino/osebo za morebitno soočenje s storilcem in sredstva za njegovo onesposobitev,
- po tiho sporočiti policiji lokacijo storilca in svojo lokacijo (Schwartz, et al., 2008).

75

Pri dogodku AMOK se ekipa nujne medicinske pomoči nikakor ne poskuša spopasti s storilcem, razen če se le-ta nahaja v neposredni bližini in neposredno ogroža naše življenje. V tem primeru:

- en član ekipe skuša zbiti orožje iz rok napadalca,
- drugi pa ga skušajo onesposobiti; pri tem je treba delovati agresivno in glasno sporočati, da je policija že na mestu dogodka, čeprav morda te informacije nimamo. Pri tem je treba upoštevati vitalne dele telesa (glava, vrat, genitalije) ter dejstvo, da bo šlo v tem primeru za silobran (Schwartz, et al., 2008).

Ob prihodu policije na kraj se najprej prepričajte, da gre dejansko za policiste – ti bodo enotno oblečeni (uniformirani), če pa bodo v civilnih oblačilih, bodo označeni z oznakami policije (na anorakih, jopičih). Na kraju bosta najmanj dva policista – najbližja patrolja in bo opremljena s strelnim orožjem ter zaščitnimi sredstvi (čelade, jopiči).



Ob prihodu policistov:

- dosledno upoštevajte njihova navodila in ukaze,
- povejte, kdo ste, in ne kričite ter ne ustvarjajte panike,
- odložite vse iz rok, dvignite roke v zrak in ne izvajajte hitrih gibov,
- ne skušajte ustvarjati neposrednega stika s policisti, saj v prvi fazi še ne bodo vedeli, kdo ste,
- ne prosite policistov za pomoč poškodovanim (prva skupina policistov se mora usmerjati izključno proti storilcu, pomoč poškodovanim in evakuacijo pa bodo izvedli policisti, ki bodo prišli za prvo skupino) (Schwartz, et al., 2008).

ZAKLJUČEK

Verjetnost, da bi se izognili tovrstnim dejanjem, je praktično ničelna. Zato se mora zdravstveni sistem pripraviti na te dogodke, operativni timi pa morajo biti medsebojno dobro uigrani. To lahko dosežemo le z vajami in treningi do mere usposobljenosti avtomatizma ter z upoštevanjem postopkovnikov drugih intervencijskih služb.

VIRI IN LITERATURA

Brooks, A., Clasper, J., Hodgetts, T., Mahoney, P. & Midwinter, M., 2011. V: *Ryan's ballistic trauma*. tretja ured. New York: Springer, pp. 207–221.

Kocjančič, K. & Prezelj, I., 2015. Islamistični terorizem in zloraba verskih načel in dogem. *Varstvoslovje*, Izvod 17(3), pp. 297–319.

Lenquist, S., 2012. V: *Medical response to major incidents and disasters*. London: Springer, pp. 337–351.

McDevitt, I., 2002. V: *Tactical Medicine*. Colorado: Paladin Press, pp. 7–13.

Peter, T. P., Jerome, J., McMullen, J. & Chappleau, W., 2015. The Hartford consensus on active shooters: implementing the continuum of prehospital trauma response. *The Journal of Emergency Medicine*, 49(6), pp. 878–885.

Schwartz, R., McManus, J. G. & Swienton, R. E., 2008. V: *Tactical emergency medicine*. New York: Lippicott Williams&Wilkins, pp. 101–137.

Technicians, N. A. o. E. M., n.d.. *TCCC-MP Guidelines and Curriculum*. [Elektronski] Available at: http://www.naemt.org/education/TCCC/guidelines_curriculum [11.3.2017].



Predstavitev avtorja

Matej Mažič je prve delovne izkušnje po zaključeni diplomi leta 2001 pridobival na Oddelku intenzivne terapije Splošne bolnišnice Celje. Nato je deset let opravljal delo odgovornega diplomiranega zdravstvenika Prehospitalne enote Celje, od decembra 2016 pa je zaposlen kot vodja zdravstvene nege v enoti za SNMP Urgentnega centra SB Celje, kjer še naprej opravlja delo v zunajbolnišnični nujni medicinski pomoči. Sodeluje kot inštruktor pri tečajih Evropskega reanimacijskega sveta za področje reanimacije otrok in odraslih, kot inštruktor tečajev za oskrbo odraslih poškodovancev in otrok International trauma life support, pri tečajih Medical response to major incidents, kot aktivni inštruktor in predavatelj Sekcije reševalcev v zdravstvu, pri Gasilski zvezi Slovenije ter je strokovni sodelavec Visoke zdravstvene šole v Celju.

