



VARNOST ZDRAVSTVENEGA OSEBJA PRI OBRAVNAVI PACIENTOV

Končno poročilo

Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov

Branko Gabrovec, Tit Albreht, Kaja Prislán, Branko Lobnikar, Mirna Macur, Ivana Kršić,

Marjetka Jelenc, Špela Selak, Nuša Crnkovič, Sandra Malešević

Ljubljana, 2020

Raziskovalni projekt "*Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov*" se je izvajal v sklopu Ciljnega raziskovalnega programa 2017 (CRP – 2017), v obdobju od 1. 4. 2018 do 31. 3. 2020. Sofinanciran je bil s strani Ministrstva za zdravje in Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije. Vodil in izvajal ga je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), v sodelovanju s Fakulteto za varnostne vede, Univerze v Mariboru (UM, FVV) in Fakulteto za zdravstvo Angele Boškin (FZAB).

Poglavitni namen ciljno raziskovalnega projekta je bil ugotoviti obseg razširjenosti agresije nad zaposlenimi v zdravstvu, in v ta namen postaviti okvir za funkcionalno izobraževanje prepoznavanja agresivnega vedenja ter morebitnih možnih ukrepov. Slednji bi bili čim bolj usklajeni s potrebami zaposlenih, z upoštevanjem vidikov in stališč tudi drugih vpletenih subjektov (stroka in varnostne organizacije).

Delo je bilo organizirano v sklopu šestih delovnih paketov, kjer je bila z namenom celostne obravnave problematike, uporabljena kvalitativna in kvantitativna metodologija raziskovanja. Rezultati delovnih paketov so predstavljala raziskovalna poročila, ki so nastala v sodelovanju z naslednjimi raziskovalci:

- doc. dr. Tit Albreht (NIJZ) - vodja projekta;
- doc. dr. Branko Gabrovec (NIJZ);
- dr. Marjetka Jelenc (NIJZ);
- dr. Špela Selak (NIJZ);
- prof. dr. Branko Lobnikar (UM, FVV);
- doc. dr. Kaja Prislan (UM FVV);
- izr. prof. dr. Mirna Macur (FZAB).

K nastanku raziskovalnih poročil so prispevali tudi (po abecednem vrstnem redu): Nuša Crnkovič, Ivana Kršič in Sandra Malešević.

KAZALO VSEBINE

1 POROČILO CILJNO RAZISKOVALNEGA PROJEKTA: VARNOST ZDRAVSTVENEGA OSEBJA PRI OBRAVNAVI PACIENTOV	8
1.1 UVOD	10
1.1.1 PARTNERJI	11
1.2 PREGLED RAZISKAV	11
1.2.1 ANALIZA OPRAVLJENIH RAZISKAV IN LITERATURE NA PODROČJU POJAVNOSTI NASILJA NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVU TER PRIMERJAVA S TUJINO	11
1.2.1.1 Namen raziskave	11
1.2.1.2 Metodologija	11
1.2.1.3 Rezultati	13
1.2.1.4 Diskusija	20
1.2.2 PREGLED NAČINOV MERJENJA POJAVNOSTI NASILJA IN AGRESIVNEGA VEDENJA V OKVIRU ZDRAVSTVENIH SISTEMOV. IZDELAVA ENOTNEGA IN CELOVITEGA INSTRUMENTA ZA ZAZNAVO IN MERJENJE POJAVNOSTI NASILJA IN AGRESIVNEGA VEDENJA	22
1.2.2.1 Namen raziskave	22
1.2.2.2 Metodologija	22
1.2.2.3 Rezultati	23
1.2.2.4 Diskusija in predlog anketnega vprašalnika	26
1.2.3 RAZŠIRJENOST NASILJA NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVU IN ANALIZA NJIHOVIH STALIŠČ	27
1.2.3.1 Namen raziskave	27
1.2.3.2 Metodologija	27
1.2.3.3 Rezultati	27
1.2.3.4 Diskusija	36
1.2.4 RAZŠIRJENOST AGRESIVNOSTI NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVU – FOKUSNE SKUPINE	36
1.2.4.1 Namen raziskave	36
1.2.4.2 Metodologija	36
1.2.4.3 Rezultati	37
1.2.4.4 Diskusija	38
1.2.5 MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU ZA OBVLADOVANJE AGRESIJE	39
1.2.5.1 Ciljne populacije za usposabljanje	41
1.2.5.2 Oblika in pogostost usposabljanja	43
1.2.5.3 Funkcionalni model usposabljanja	44
1.2.6 MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA – ANALIZA PRELIMINARNE USPEŠNOSTI PREDLAGANEGA MODELA	49
1.2.6.1 Namen raziskave	49
1.2.6.2 Metodologija	49
1.2.6.3 Rezultati	49



1.2.6.4 Diskusija.....	50
1.3 RAZPRAVA IN SKLEP	51
1.4 PREDLOGI IN IZHODIŠČA ZA NADALJNE RAZISKAVE	55
2 RAZISKOVALNO POROČILO: ANALIZA OPRAVLJENIH RAZISKAV IN LITERATURE NA PODROČJU POJAVNOSTI AGRESIJE NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVU TER PRIMERJAVA S TUJINO.....	58
2.1 UVOD	59
2.1.1 NASILJE NA DELOVNEM MESTU.....	59
2.1.2 NASILJE NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI IN SOCIALNEM VARSTVU	61
2.1.3 NASILJE NAD ZDRAVNIKI	63
2.2 METODE.....	64
2.3 REZULTATI.....	67
2.4 DISKUSIJA	74
3 RAZISKOVALNO POROČILO: PREGLED NAČINOV MERJENJA POJAVNOSTI NASILJA IN AGRESIVNEGA VEDENJA V OKVIRU ZDRAVSTVENIH SISTEMOV. IZDELAVA ENOTNEGA IN CELOVITEGA INŠTRUMENTA ZA ZAZNAVO IN MERJENJE POJAVNOSTI NASILJA IN AGRESIVNEGA VEDENJA.....	76
3.1 UVOD	77
3.2 MERSKI INSTRUMENTI S PODROČJA NASILJA IN AGRESIVNEGA VEDENJA	78
3.2.1 PODROČJA MERJENJA	78
3.2.2 SPLOŠNI MERSKI INSTRUMENTI (NIVO 1 – NIVO 3).....	80
3.2.3 MERSKI INSTRUMENTI O NASILJU IN AGRESIVNEM VEDENJU V ZDRAVSTVU	84
3.3 RAZPRAVA IN PRIPOROČILA	89
3.4 PREDLOG ANKETNEGA VPRAŠALNIKA	90
4 RAZISKOVALNO POROČILO: RAZŠIRJENOST AGRESIVNOSTI NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVU – FOKUSNE SKUPINE.....	91
4.1 OPIS POSTOPKA	91
4.2 UGOTOVITVE FOKUSNIH SKUPIN	91
5 RAZISKOVALNO POROČILO: MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU ZA OBVLADOVANJE AGRESIJE.....	96
5.1 UVOD	96
5.1.1 KVANITATIVNA RAZISKAVA PREVALENCE NASILJA NAD ZAPOSLENIMI V URGENTNIH CENTRIH.....	98
5.1.2 KVALITATIVNA RAZISKAVA Z UPORABO FOKUSNIH SKUPIN NA PRIMERU ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE	99
5.2 MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU ZA OBVLADOVANJE AGRESIJE.....	100
5.2.1 OCENA STANJA IN PREPOZNAVANJE DEJAVNIKOV, KI POVEČUJEJO TVEGANJE ZA AGRESIVNO VEDENJE	106
5.2.2 UPORABA VEDENJSKO KOGNITIVNIH IN DEESKALACIJSKIH TEHNIK	107
5.2.3 UPORABA POSEBNEGA VAROVALNEGA UKREPA (ZA UPORABO V PSIHIATRIČNI STROKI).....	109

5.2.4 UPORABA PRILAGOJENIH TEHNIK FIZIČNEGA OVIRANJA ZA OBVLADOVANJE AGRESIVNOSTI.....	110
6 RAZISKOVALNO POROČILO: MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA – ANALIZA PRELIMINARNE USPEŠNOSTI PREDLAGANEGA MODELA.....	112
6.1 MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU ZA OBVLADOVANJE AGRESIJE.....	112
6.1.1 OCENA STANJA IN PREPOZNAVANJE DEJAVNIKOV, KI POVEČUJEJO TVEGANJE ZA AGRESIVNO VEDENJE	118
6.1.2 UPORABA VEDENJSKO KOGNITIVNIH IN DEESKALACIJSKIH TEHNIK	119
6.1.3 UPORABA POSEBNEGA VAROVALNEGA UKREPA (ZA UPORABO V PSIHIATRIČNI STROKI).....	121
6.1.4 UPORABA PRILAGOJENIH TEHNIK FIZIČNEGA OVIRANJA ZA OBVLADOVANJE AGRESIVNOSTI.....	122
6.2 IZVEDBA DELAVNICE	123
6.3 REZULTATI EVALVACIJSKEGA VPRAŠALNIKA	123
6.4 ZAKLJUČEK	145
7 DISEMINACIJA PROJEKTNIH REZULTATOV.....	146
8 LITERATURA IN VIRI	150
9 PRILOGE.....	158

KAZALO TABEL

Tabela 1.1: Vključitveni in izključitveni kriteriji	12
Tabela 1.2: Opis študij, vključenih v pregled literature.....	14
Tabela 1.3: Oblika nasilja na različnih zdravstvenih področjih	20
Tabela 1.4: Instrumenti za merjenje agresije in nasilja.....	25
Tabela 1.5: Izkušnje zaposlenih z različnimi oblikami nasilja in agresivnega vedenja na delovnem mestu.....	28
Tabela 1.6: Pogostost soočanja z različnimi oblikami nasilja	29
Tabela 1.7: Stopnja strinjanja s trditvami, vezanimi na delovanje organizacije	33
Tabela 1.8: Ocena vpliva nasilja s strani pacienta na nekatere dejavnike, povezane z varnostjo in kakovostjo obravnave bolnika.....	34
Tabela 1.9: Samoocena kompetenc v povezavi z obravnavo nasilnih pacientov	35
Tabela 2.1: Iskalna tabela	65
Tabela 2.2: Vključitveni in izključitveni kriteriji	67
Tabela 2.3: Opis študij, vključenih v pregled literature.....	67
Tabela 2.4: Oblika nasilja na različnih zdravstvenih področjih	74
Tabela 3.1: Vprašalniki o nasilju in agresivnem vedenju – splošni	81
Tabela 3.2: Ste bili žrtev trpinčenja v zadnjih petih letih? (Hafner-Fink, 2011) lastni izračun.	83
Tabela 3.3: Ste bili priča trpinčenju v zadnjih petih letih? (Hafner-Fink, 2011) lastni izračun	83
Tabela 3.4: Merski instrumenti o poklicnem nasilju in agresivnem vedenju (uporabniki do osebja) v zdravstvu	85
Tabela 6.1: Informacije o ukrepanju	125
Tabela 6.2: Znanje za obvladovanje agresivnega pacienta	126
Tabela 6.3: Znanje za izvajanje v praksi	127
Tabela 6.4: Ustrezna usposabljanja za osebje.....	128
Tabela 6.5: Teoretične delavnice za varno oskrbo pacientov	129
Tabela 6.6: Praktične delavnice za varno oskrbo pacientov	130
Tabela 6.7: Pisne smernice ukrepanja za varno oskrbo pacientov	131
Tabela 6.8: Izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami.....	132
Tabela 6.9: Udeležba na izobraževanju na temo obvladovanja agresivnosti v zdravstvu	133
Tabela 6.10: Ocena izobraževanja.....	134
Tabela 6.11: Organiziranost	135
Tabela 6.12: Strokovnost.....	136
Tabela 6.13: Odločnost.....	137
Tabela 6.14: Proaktivnost.....	138
Tabela 6.15: Samozaupanje	139
Tabela 6.16: Strah.....	140
Tabela 6.17: Nemoč.....	141
Tabela 6.18: Negotovost	142
Tabela 6.19: Neznanje	143
Tabela 6.20: Nervoza.....	144

KAZALO SLIK

Slika 1.1: Prikaz postopka izbora literature	13
Slika 1.2: Nivoji merjenja agresije in nasilja	23
Slika 1.3: Frekvenca različnih oblik psihičnega nasilja s strani sodelavcev ali nadrejenih	32
Slika 2.1: Prikaz poteka strategije iskanja in izbire literature – PRISMA diagram.....	66
Slika 3.1: Nasilje in agresivno vedenje - področja merjenja.....	80
Slika 6.1: Spol.....	124
Slika 6.2: Stopnja izobrazbe.....	124
Slika 6.3: Informacije o ukrepanju.....	125
Slika 6.4: Znanje za obvladovanje agresivnega pacienta	126
Slika 6.5: Znanje za izvajanje v praksi	127
Slika 6.6: Ustrezna usposabljanja za osebje	128
Slika 6.7: Teoretične delavnice za varno oskrbo pacientov	129
Slika 6.8: Praktične delavnice za varno oskrbo pacientov	130
Slika 6.9: Pisne smernice ukrepanja za varno oskrbo pacientov	131
Slika 6.10: Izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami	132
Slika 6.11: Udeležba na izobraževanju na temo obvladovanja agresivnosti v zdravstvu	133
Slika 6.12: Ocena izobraževanja	134
Slika 6.13: Organiziranost.....	135
Slika 6.14: Strokovnost	136
Slika 6.15: Odločnost	137
Slika 6.16: Proaktivnost	138
Slika 6.17: Samozaupanje	139
Slika 6.18: Strah	140
Slika 6.19: Nemoč	141
Slika 6.20: Negotovost.....	142
Slika 6.21: Neznanje	143
Slika 6.22: Nervoza	144

1 POROČILO CILJNO RAZISKOVALNEGA PROJEKTA: VARNOST ZDRAVSTVENEGA OSEBJA PRI OBRAVNAVI PACIENTOV

Branko Gabrovec, Nuša Crnkovič, Tit Albreht

POVZETEK

Namen ciljno raziskovalnega projekta (CRP) z naslovom Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov je ugotoviti vrsto in prevalenco nasilja v zdravstvenih ustanovah, kateremu so izpostavljeni delavci, stališča zaposlenih do nasilja na njihovem delovnem mestu ter na podlagi teh rezultatov zasnovati preventivni izobraževalni model, ki bi pripomogel k znižanju nasilja. Poleg tega je cilj CRP-a doprinesti strokovno znanje, ki bo pomagal odločevalcem implementirati potrebne ukrepe na državni ravni in tako poskrbeti za varnost na delovnih mestih.

V sklopu CRP-a je bilo izvedenih šest raziskav:

- Analiza opravljenih raziskav in literature na področju pojavnosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu ter primerjava s tujino;
- Pregled načinov merjenja pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja v okviru zdravstvenih sistemov ter izdelava enotnega in celovitega instrumenta za zaznavo in merjenje pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja;
- Razširjenost nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu in analiza njihovih stališč;
- Razširjenost nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu – fokusne skupine;
- Model funkcionalnega izobraževanja zaposlenih v zdravstvu za obvladovanje nasilja;
- Model funkcionalnega izobraževanja – analiza preliminarne uspešnosti predlaganega modela.

Raziskave so pokazale, da je prevalenca nasilja v Sloveniji podobna kot v tujini, z glavnim odstopanjem v prevalenci fizičnega nasilja, ki je nižji v Sloveniji. Prevladuje verbalno in psihično nasilje, ki ga predvsem nad zaposlenimi izvajajo pacienti ali njihovi bližnji. Večina zaposlenih izpostavlja, da kljub temu, da so bili deležni usposabljanja za obvladovanje nasilja, le-tega znanja ne znajo uspešno prenesti v prakso. To vodi v občutek strahu in ogroženosti na delovnem mestu.

Rezultati raziskav pa so pokazali tudi vse splošno razširjenost viktimizacije zaposlenih v zdravstvu iz strani sodelavcev ali nadrejenih. Tudi v tem primeru prevladuje verbalno in psihično nasilje. Prav tako zaposleni nimajo pozitivnega mnenja o odnosu organizacij in vodstev do zagotavljanja varnosti na delovnem mestu. Udeleženci raziskav so izpostavili, da ima nasilje iz strani sodelavcev ali nadrejenih najbolj negativni vpliv na njihovo zmožnost zagotavljanja varne in kakovostne oskrbe pacientov.

Na podlagi teh rezultatov in strokovne literature je bil zasnovan model funkcionalnega izobraževanja za zaposlene v zdravstvu za obvladovanje nasilja. Preliminarna evalvacija uspešnosti modela se je izkazala za zelo uspešno oz. uspešno. Udeleženci so po zaključku usposabljanja poročali o zmanjšanem občutku strahu, negotovosti in nervoze. Prav tako pa izpostavili izboljšanje strokovnosti, organiziranosti, proaktivnosti ter odločnosti.

Trenutni ciljno raziskovali projekt je orisal prevalenco nasilja v zdravstvu, ki izhaja iz dveh virov ter tudi predstavil nov model funkcionalnega izobraževanja za obvladovanje nasilja, ki bi pomagal nižati prevalenco nasilja iz strani pacientov. Vendar je to šele prvi korak in v kolikor pa bi želeli celostno in sistematično nasloviti problematiko nasilja v zdravstvu, je potrebno dodatno raziskati dotično problematiko. Razprava problematike in implikacija v praksi, kot tudi predlogi za nadaljnje korake, so opredeljeni v poročilu.

KLJUČNE BESEDE: Zdravstvo, nasilje, organizacijska varnost, model funkcionalnega izobraževanja, obvladovanje nasilja

1.1 UVOD

Na problematiko nasilja na delovnem mestu je Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organisation; WHO) prvič opozorila v poznih devetdesetih letih prejšnjega stoletja in leta 2002 tudi objavila obširno poročilo z naslovom Nasilje in zdravje (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002). Leta 2008 je bila izvedena prva mednarodna konferenca z naslovom Nasilje na delovnem mestu v zdravstvu, na podlagi katere so pripravili prvo izčrpno in poglobljeno strokovno poročilo na dotično tematiko z namenom spodbuditve implementacije ukrepov za zagotovitev bolj varnih delovnih okolji (Needham, Kingma, O'Brien-Pallas, McKenna, Tucker, & Oud, 2008).

WHO opredeljuje nasilje na delovnem mestu kot vsak »incident na delovnem mestu v katerem je zaposlena oseba zlorabljena, ogrožena, napadena ali izpostavljena katerikoli drugi obliki žaljivega vedenja in je posledica okoliščin povezanih z njihovim delom« (Di Martino, 2003, str. 1). Vključuje in vpliva lahko na zaposlene, odjemalce in obiskovalce (U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration, 2002). Glede na vir in tarčo nasilja so ločijo tri glavne vrste nasilja na delovnem mestu v zdravstvu (Campbell, Burg, & Gammonley, 2015):

- Lateralno nasilje – nasilje med sodelavci;
- Nasilje uporabnikov nad organizacijo;
- Nasilje organizacije nad uporabniki.

V strokovni literaturi ni enotne opredelitve oblik nasilja na delovnem mestu in celo izmenično uporabljajo termine za opis istih oblik nasilja. V trenutnem ciljno raziskovalnem projektu (CRP) smo uporabili oblike nasilja na delovnem mestu kot jih opredeljuje Kanadski center za zdravje in varnost na delovnem mestu (2014):

- Napadalno vedenje – kot je grožnja s pestjo, uničevanje lastnine ali metanje predmetov;
- Verbalne ali pisne grožnje – katerikoli izraz namenske povzročitve škode;
- Nadlegovanje – vsako vedenje, ki ponižuje, spravlja v zadrego, sramoti, jezi, vznemirja ali žali osebo in je znano ali pričakovano, kot nezaželeno. To vključuje besede, geste, ustrahovanje, nasilno obnašanje ali ostale neprimerne aktivnosti;
- Verbalno nasilje - preklinjanje, žaljenje ali podcenjevanje;
- Fizični napad – udarjanje, potiskanje ali brcanje.

V zadnjih letih številno nasilnih incidentov na delovnih mestih v zdravstvu v Sloveniji narašča. Splošno javno zavedanje o le-tem pa se je pojavilo šele po tragičnem incidentu avgusta 2016, ko so v strelskem obračunu v izolski bolnišnici 3 osebe izgubile življenje (zdravnik, policist in storilec).

Namen ciljno raziskovalnega projekta z naslovom Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov je ugotoviti vrsto in prevalenco nasilja v zdravstvenih ustanovah, kateremu so izpostavljeni delavci, stališča zaposlenih do nasilja na njihovem delovnem mestu ter na podlagi teh rezultatov zasnovati preventivni izobraževalni model, ki bi pripomogel k znižanju nasilja. Poleg tega je cilj CRP-a doprinesti strokovno znanje, ki bo pomagal odločevalcem implementirati potrebne ukrepe na državni ravni in tako poskrbeti za varnost na delovnih mestih.

1.1.1 PARTNERJI

Projekt Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov je vodil Inštitut za javno zdravje v sodelovanju s Fakulteto za varnostne vede (Univerza v Mariboru) ter Fakulteto za zdravstvo Angele Boškin.

1.2 PREGLED RAZISKAV

1.2.1 ANALIZA OPRAVLJENIH RAZISKAV IN LITERATURE NA PODROČJU POJAVNOSTI NASILJA NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVU TER PRIMERJAVA S TUJINO

1.2.1.1 Namen raziskave

Prvi korak pri obravnavi problematike je bil pregled in analiza že obstoječih raziskav na področju pojavnosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu ter primerjava rezultatov teh raziskav z rezultati raziskav opravljenih v tujini. Namen raziskave je bil identificirati vrste ter razširjenost nasilja, kvaliteto opravljenih raziskav ter tako pridobiti celovito razumevanje raziskovalnega področja.

1.2.1.2 Metodologija

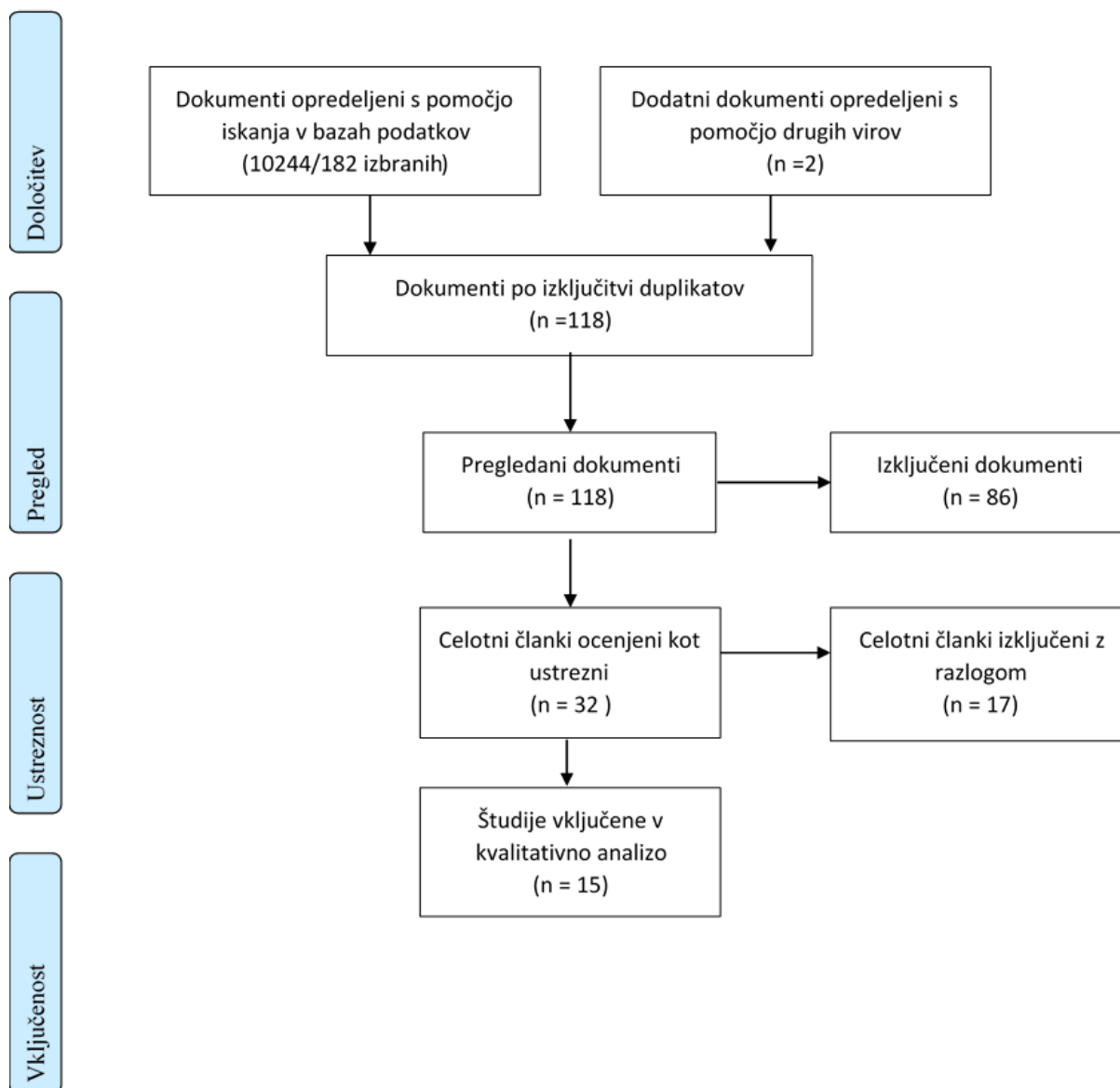
Literaturo objavljeno od leta 2002 do 2017 se je iskalo po podatkovnih bazah (PubMed, Cobiss in CINAHL) v slovenskem in angleškem jeziku na podlagi sledečih ključnih besed: Nasilje *() OR Zdravstvena nega *() OR Zdravstveni *() OR Medicinske sestre *() OR Violence *() OR Nursing care *() OR Medical*() OR Nurses *() OR Slovenia *(). Besede smo iskali v naslovu, ključnih

besedah in povzetku v različnih kombinacijah ter tako našli skupno 10244 prispevkov. Postopke ocenjevanja najdene literature (Slika 1.1) se je pričel s pregledom člankov, ki so bili objavljeni v strokovno znanstvenih revijah, kot tudi v mednarodnih dokumentih, standardih, smernicah in raziskovalnih študijah v EU. Informacije iz uredništev, pisma, intervjuji, posterji in članki brez dostopa do celotnega besedila niso bili vključeni v študijo. Sivi dokumenti so bili pridobljeni s pomočjo oportunističnega iskanja, kar pomeni usmerjeno ali osredotočeno iskanje. Med sivo literaturo so bile vključene publikacije, ki niso bile objavljene ali jih je težko najti, vključno z raznimi poročili, specialističnimi nalogami, doktorati, itd.

Na podlagi predhodno določenih kriterijih za vključitev oz. izključitev člankov (Tabela 1.1), je bilo v raziskavo vključenih 15 strokovnih člankov, ki so bili analizirani v skladu z kvalitativno deskriptivno metodologijo.

Tabela 1.1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Objavljeno v slovenskem ali angleškem jeziku.	Ni bilo objavljeno v slovenskem ali angleškem jeziku.
Dostop do celotnega teksta.	Dostop samo do povzetka ali bibliografskih podatkov.
Izvirni raziskovalni znanstveni članki, monografija, pregled znanstvenega članka.	Debatni članki, strokovni članki, pisma poslana uredništvu.
Tematska ustreznost.	Dokument, ki ni neposredno povezan z našim pregledom.
Izbrane besede v naslovu, ključnih besedah in povzetku.	Literatura, ki se ne nanaša na celotno temo.



Slika 1.1: Prikaz postopka izbora literature

1.2.1.3 Rezultati

Iskanje literature je potekalo z uporabo treh podatkovnih baz: PubMed, Cobiss in CINAHL – vključena je bila tudi siva literatura. Celotno število iskalnih rezultatov je bilo 10244. Po izključitvi duplikatov in z upoštevanjem vključitvenih kriterijev, je v končni analizi ostalo 15 člankov oziroma virov (Tabela 1.2).

Tabela 1.2: Opis študij, vključenih v pregled literature

Avtor in leto	Raziskovalna zasnova	Vzorec (število anketirancev)	Namen raziskovanja	Ključne ugotovitve
Klemenc & Pahor, 2004	Deskriptivna metoda	N=376 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Obravnavati različne oblike nasilja usmerjenega k medicinskim sestram, medicinskim tehnikom in babicam na delovnem mestu v Sloveniji.	72.3% zaposlenih v zdravstveni negi je doživelo nasilje. 59 % jih je doživelo verbalno nasilje, 53 % psihično nasilje in 29 % fizično nasilje.
Planinšek & Pahor, 2004	Deskriptivna metoda	N=376 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Članek obravnava problem spolnega nasilja na delovnem mestu.	34.8% je poročalo o izkušnjah s spolnim nasiljem. Ker večina slovenskih zdravstvenih ustanov nima specifičnih protokolov za obravnavo nasilja, je potreben celovit in sistematičen pristop, ki bi vključeval vodstvene delavce, zaposlene in zaželeno tudi civilno družbo.
Babnik, Štemberger & Kopač, 2012	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=692 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Osredotočiti se na opis oblik, pogostosti in najpogostejših povzročiteljev psihičnega nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi.	60.1% je doživelo psihično nasilje. Prevalenca psihičnega nasilja, ugotovljena v sedanjih raziskavi, je primerljiva z rezultati preteklih študij.



Košir, 2012	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=692 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Določiti prevalenco in naravo znanega in izkušenega nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi, in prepoznati primarne povzročitelje nasilja.	Najpogosteje so povzročitelji pacienti (74.8 %). Zaposleni v zdravstveni negi so našli različna nasilna dejanja, usmerjenega proti njim na delovnem mestu, kot so udarjanje, brcanje, odpiranje in podobno.
Kelbič, 2013	Magistrsko delo Kvantitativna metoda	N=177 Nujna medicinska pomoč.	Identificirati nasilje pacientov in njihovih sorodnikov v primerih nujne zdravstvene nege.	98% zaposlenih v zdravstveni negi je doživelo nekakšno obliko nasilja, 77% jih je doživelo psihično nasilje in 15 % fizično nasilje.
Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=203 Intenzivna psihiatrična zdravstvena nega.	Določiti vrste in pogostost nasilja, s katerim se zdravstveno osebje v psihiatrični zdravstveni negi srečuje.	92.6% zaposlenih v zdravstveni negi je doživelo verbalno nasilje, 84.2 % fizično nasilje, 24.6 % spolno nasilje, 63.5 % zaposlenih v zdravstveni negi pa je bilo v preteklosti poškodovanih.
Kvas & Seljak, 2014	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=692 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Raziskati nasilje, ki ga doživljajo zaposleni v zdravstveni negi v primarni, sekundarni in terciarni zdravstveni oskrbi.	60.6% je bilo izpostavljenemu nasilju v zadnjem letu, večinoma psihičnemu nasilju – 60.1 %, 28.9 % ekonomskemu

				nasilju in 10.9 % fizičnemu nasilju.
Jerkič, Babnik & Karnjuš, 2014	Kvantitativna metoda	N=62 Oddelki za nujno medicinsko pomoč.	Preučiti pojav incidence verbalnega in ostalih oblik posrednega nasilja na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v enotah nujne medicinske pomoči, in sicer: ugotoviti pogostost doživljanja različnih oblik nasilja, kdo so najpogostejši povzročitelji verbalnega nasilja, zaznavne vzroke in demografske spremenljivke zaposlenih v povezavi z višjo pogostostjo odkrivanja nasilja na delovnem mestu.	74.2 % zaposlenih je doživelo verbalno ali drugo obliko posrednega nasilja na delovnem mestu, zlasti v obliki posredne verbalne agresije s strani pacientov in njihovih družinskih članov. Najpogostejši vzroki za zlorabo so nezadostne in prenatrpane čakalnice (36 odgovorov).
Vičar, 2015	Magistrsko delo Presečna metoda	N=121 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Ugotoviti katere oblike nasilja se pojavljajo v zdravstveni oskrbi in kdo izvaja nasilje med delavci.	72.7 % zaposlenih v zdravstveni negi so doživeli eno izmed oblik nasilja, 90.8 % jih je doživelo psihično nasilje in 46 % fizično nasilje.
Kvas & Seljak, 2015	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=692 Raziskava na vseh področjih	Preučiti pogostost in stopnjo nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi in analizirati povezavo	Najpogostejši povzročitelji verbalnega nasilja so bili pacienti (39.3 % anketirancev je to

		zdravstvene nege.	med različnimi viri in vrstami nasilja.	navedlo kot vir nasilja) in sodelavci (39.6 %), Fizično nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi je bilo pogosto povzročeno s strani pacientov (20.8 %).
Gabrovec, 2015	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=246 Zdravstvena nega v reševalni službi.	Prepoznati vrsto in pogostost nasilja, ki so ga utrpeli zaposleni v reševalni službi.	78.0 % zaposlenih je doživelo verbalno nasilje, 49.6 % fizično nasilje, 24.4 % spolno nasilje in 26.8 % je bilo poškodovanih v svoji poklicni karieri.
Bojić, Bole & Bregar, 2016	Kvantitativna metoda	N=197 Intenzivna psihiatrična zdravstvena nega in nujna medicinska pomoč.	Ugotoviti stopnjo pojava in vrsto neželenih dogodkov, ki jih povzročijo bolniki, katerim so izpostavljeni zdravstveni delavci v nujnih primerih in bolnišnični psihiatrični negi.	Dokumentirana je bila razširjenost agresije v akutni in neakutni psihiatrični zdravstveni negi. Zdravstveno osebje v psihiatričnem okolju je izkusilo višjo stopnjo blagega nasilja s strani pacientov kot ostali anketiranci. Najbolj ranljivo skupino predstavljajo anketiranci z nižjo stopnjo izobrazbe in tisti, ki delajo izmensko delo. Ženske so verjetneje pogosteje žrtve spolnega nasilja kot pa moški.

Gabrovec & Eržen, 2016	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=527 Negovalno osebje v domovih starejših občanov v Slovenji.	Identificirati prevalenco nasilja, usmerjenega k zaposlenim v zdravstveni negi v domovih starejših občanov v Sloveniji.	71.7 % zaposlenih v zdravstveni negi je bilo žrtev verbalnega nasilja, 63.8 % fizičnega nasilja, 35.5 % spolnega nasilja in 35.5 % zaposlenih v zdravstveni negi je bilo poškodovanih v svoji poklicni karieri.
Gabrovec, 2017	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=337 Zdravstvena nega v patronažni službi.	Raziskati pogostost nasilja, usmerjenega proti patronažnim medicinskim sestram v Sloveniji.	56 % je poročalo o izkušnjah verbalnega nasilja, 3.5 % psihičnega nasilja in 30 % je poročalo o izkušnjah spolnega nadlegovanja.
Gabrovec, Jelenc, Prislan & Lobnikar, 2017	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=54 Zaposleni v zdravstveni negi v Centrih za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v Sloveniji.	Ugotoviti prevalenco nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi v Centrih za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v Sloveniji.	85.7 % anketirancev je doživelo verbalno nasilje, 28.6 % fizično nasilje, 7.1 % spolno nadlegovanje in 9.5 % anketirancev je bilo poškodovanih v svoji poklicni karieri.

Prvo sistematično raziskavo o nasilju usmerjenega proti zaposlenim v zdravstveni negi v Sloveniji sta izvedla Klemenc in Pahor (2004). Raziskava je pokazala visoko stopnjo prevalence nasilja – 72.3 % zaposlenih v zdravstveni negi je doživelo nekakšno obliko nasilja. Večina (59 %) jih je doživela verbalno nasilje in psihično nasilje (29 %). V istem letu (2004) sta Planinšek in Pahor na istem vzorcu odkrila visoko izpostavljenost tudi spolnemu nasilju (34.8 %).

Babnik, Štemberger in Kopač (2012) so v svoji raziskavi na vseh področjih zdravstvene nege našli višjo prevalenco psihičnega nasilja (60.1 %). Kot glavne storilce psihičnega nasilja navajajo paciente in medicinske sestre. Podobno Košir (2012) navaja podatek, da je večina nasilja storjena s strani pacientov (74.8 %). Od storjenih nasilnih dejanj so zaposleni v zdravstveni negi navedli: udarjanje, brcanje, odrivanje in podobno.

Tudi v dveh magistrskih delih (Kelbič, 2013; Vičar, 2015), ki sta bili izvedeni na manjšem vzorcu, avtorja poročata različne prevalece nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi. Kelbič (2013) je ugotovil, da je 98 % zaposlenih v zdravstveni negi (N=177) doživelo kakšno obliko nasilja, 77 % psihično nasilje in 15 % fizično nasilje. Vičar (2015) pa je ugotovil, da je 72.7 % zaposlenih v zdravstveni negi (N=121), doživelo eno izmed oblik nasilja, 90.8 % psihično nasilje in 46 % fizično nasilje.

Med ostale raziskave, ki so bile izvedene na zdravstvenem osebju, zaposlenega na katerem koli področju zdravstvene nege, sodijo še: raziskava Kvas in Seljak (2014) – 60.6 % je bilo v zadnjem letu izpostavljeno nasilju, večinoma psihičnemu nasilju (60.1 %) ter ekonomskemu nasilju (28.9 %); in Kvas in Seljak, (2015) – najpogostejši povzročitelji verbalnega nasilja so bili pacienti (39.3 %) in sodelavci ali nadrejeni (39.6 %), fizično nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi so pogosto izvajali pacienti (20.8 %).

Bolj ciljno usmerjene raziskave so bile izvedene v enotah nujne medicinske pomoči, ki so jo izvedli Jerkič, Babnik in Karnjuš (2014) in v intenzivni psihiatrični negi, ki so jo izvedli Bojić, Bole in Bregar (2016). Od 62 udeležencev je 74.2 % doživelo verbalno ali drugo obliko posrednega nasilja na delovnem mestu, zlasti v obliki posredne verbalne agresije s strani družinskih članov in pacientov (Jerkič, Babnik & Karnjuš, 2014). Bojić, Bole in Bregar (2016) so ugotovili, da zdravstveno osebje v psihiatričnem okolju doživlja višjo stopnjo blagega nasilja s strani pacientov, kot anketiranci v nujni zdravstveni oskrbi.

Številne ciljne raziskave z istim raziskovalnim orodjem so bile izvedene v obdobju 2014 – 2017 (Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014; Gabrovec, 2015; Gabrovec & Eržen, 2016; Gabrovec, 2017; Gabrovec, Jelenc, Prisljan & Lobnikar, 2017). Te raziskave so se osredotočile na specifično področje zdravstvene nege: intenzivna psihiatrična nega, domovi starejših občanov, zdravstvena nega v reševalni službi, patronažna služba in zdravstvena nega v Centrih za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog. Rezultati študij so prikazani v Tabeli 1.3.

Tabela 1.3: Oblika nasilja na različnih zdravstvenih področjih

	Intenzivna psihiatrična nega	Domovi starejših občanov	Zdravstvena nega v reševalni službi	Zdravstvena nega v patronažni službi	Zdravstvena nega v Centrih za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog
Avtor	Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014	Gabrovec & Eržen, 2016	Gabrovec, 2015	Gabrovec, 2017	Gabrovec, Jelenc, Prisljan & Lobnikar, 2017
Vzorec	203	527	246	337	42
Verbalno nasilje*	92,6 %	71,7 %	78 %	56,1 %	85,7 %
Fizično nasilje*	84,2 %	63,8 %	49,6 %	3,5 %	28,6 %
Poškodba**	63,5 %	36,8 %	26,8 %	3,5 %	9,5 %
Spolno nasilje*	24,6 %	35,5 %	24,4 %	30 %	7,1 %

* v preteklem letu

** v celotni poklicni karieri

Rezultati kažejo, da so zaposleni v zdravstveni negi izpostavljeni visoki stopnji nasilja na delovnem mestu na vseh področjih zdravstva, še posebej pa v intenzivni psihiatrični negi, kjer je 84.2% zaposlenih v zadnjem letu doživelo fizično nasilje, 63.5 % pa so bili v svoji poklicni karieri poškodovani.

1.2.1.4 Diskusija

V raziskovalnem poročilu smo obravnavali pregled prevalence in vrst nasilja nad zaposlenimi v zdravstvenem sistemu. Kljub povečanemu obsegu raziskav na tem področju, je raznolikost testirane populacije nizka in smo se zato omejili na skupino zaposlenih v zdravstveni negi, kjer je bilo opravljenih največ raziskav v Sloveniji.

Vse raziskave kažejo visoko stopnjo izpostavljenosti in razširjenosti nasilja, še posebej v intenzivni psihiatrični negi, domovih za ostarele in zdravstveni negi v reševalni službi. Kljub temu na tem področju primanjkuje kar nekaj znanja, saj je zelo malo znanega o vzrokih povzročene nasilja.

Rezultati teh raziskav so primerljivi s študijami, ki so bile izvedene v tujini, vendar pa se le-te razlikujejo glede na poročano prevalenco fizičnega nasilja. Clements in drugi (2005) poroča o prevalenci od 35 % do 80 % v zadnjem letu, Hahn in drugi (2010) o 42 % in Franz in drugi (2010) o 83 % prevalenci v zadnjih 12 mesecih. V primerjavi z ostalimi državami po svetu, so rezultati primerljivi samo s študijo, ki je bila izvedena na Švedskem (Soares et al., 2000) in v Turčiji (Picakciefe et al., 2012). Pogostost fizičnega nasilja, storjenega s strani pacientov, je v Sloveniji višja kot v ZDA (Clements et al., 2005; Privitera et al., 2005) in Švici (Hahn et al., 2010). Potrebne so nadaljnje kvalitativne raziskave za odkritje značilnosti in ozadja takega nasilja. Ravno tako so potrebne dodatne raziskave, predvsem na področju urgentne zdravstvene nege v urgentnih centrih.

Visoka stopnja prevalence katerekoli vrste nasilja bi morala sprožiti sistematičen in celovit odziv. Kot so pokazale študije, so različne oblike nasilja med seboj povezane, saj ena oblika nasilja sproži drugo, visoka prevalenca fizičnega nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi v Sloveniji pa skriva tudi druge oblike nasilja.

Soočanje s problemom nasilja v sistemu zdravstvenega varstva zahteva širok in interdisciplinaren pristop, ki ga predlagajo Lesnik in Mugnaioni (2012) ter Gabrovec in Lobnikar (2014). Za obvladovanje nasilja nad zaposlenimi v zdravstvenem varstvu je potreben celovit in sistematičen pristop. Pristop naj temelji na že nekaterih preventivnih programih, ki so pokazali preliminarno uspešnost (Gabrovec & Lobnikar, 2015; Gabrovec, 2016).

Zdravstveni delavci niso usposobljeni za spopadanje z nasilnim vedenjem pacientov, vendar pa so kljub temu odgovorni za njihovo varnost, varnost okolja in varnost ostalih pacientov. Potrebna sta celovita strategija in ukrepi, ki bi zdravstvenim delavcem pomagala pri spopadanju z nasilnim vedenjem pacientov.

1.2.2 PREGLED NAČINOV MERJENJA POJAVNOSTI NASILJA IN AGRESIVNEGA VEDENJA V OKVIRU ZDRAVSTVENIH SISTEMOV. IZDELAVA ENOTNEGA IN CELOVITEGA INSTRUMENTA ZA ZAZNAVO IN MERJENJE POJAVNOSTI NASILJA IN AGRESIVNEGA VEDENJA

1.2.2.1 Namen raziskave

Rezultati prve raziskave – pregled strokovne literature na temo nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi, so pokazali visoko razširjenost nasilja nad zaposlenimi. Vendar različni avtorji so uporabili različne načine in instrumente za merjenje prevalence nasilja v zdravstvu, kar tudi lahko vpliva na same rezultate ter uteži primerjavo prevalence in vrste nasilja med različnimi ustanovami. Posledično je namen te raziskave:

- Pregledati različne merske instrumente, ki se uporabljajo za evalvacijo prevalence in vrste nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu;
- izdelati enotni in celovit instrument za zaznavo in merjenje pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja.

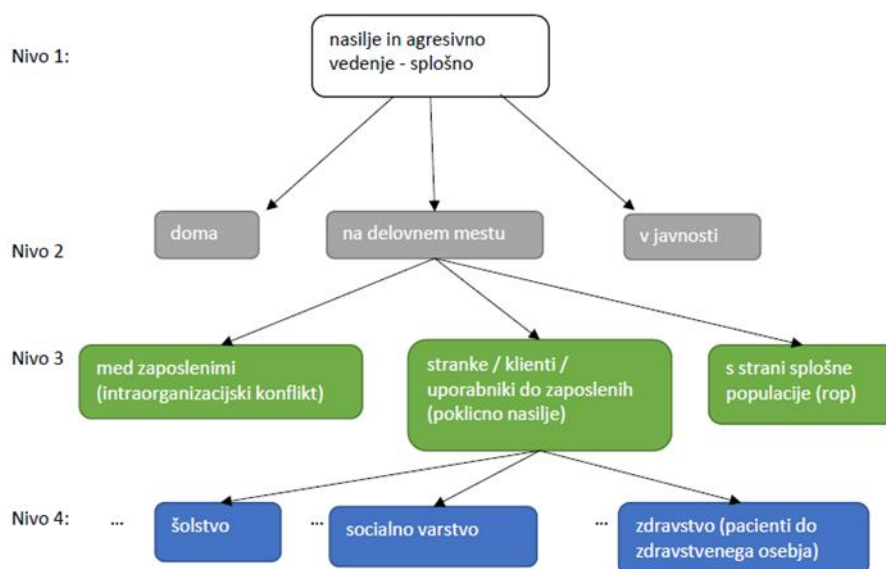
1.2.2.2 Metodologija

Kot posledica nizke stopnje raziskanosti in neobstoječega enotnega instrumenta za ocenjevanje pojavnosti nasilja v zdravstvu, je bil naprej izveden pregled obstoječih oz. v praksi uporabljenih instrumentov za merjenje agresije in nasilja. Iz raziskovalnih področij nasilja, zdravstvenih sistemov in zdravstvene nege so bili izbrani sledeči merski instrumenti:

- Vprašalnik o agresivnosti (Buss & Perry, 1992);
- Psihično nasilje na delovnem mestu (Malnar et al., 2008; Hafner-Fink et al., 2011);
- Nezaželeno vedenje na delovnem mestu (Lobnikar, 2017);
- NAQ vprašalnik (Lobnikar, 2003);
- Workplace violence program checklist) (OSHA, 2004);
- Poročilo o incidenti nasilja (ang. Violence incidence report) (OSHA, 2004);
- Organizacijska samoocena (ang. Organisational self-assessment) (WorkSafe Victoria, 2008);
- Raziskava med zaposlenimi (ang. Staff survey) (WorkSafe Victoria, 2008);

- Kalkulator izpostavljenosti agresiji (ang. Exposure to aggression risk calculator) (WorkSafe Victoria, 2008);
- Kalkulator tveganja agresije (ang. Aggression risk calculator) (WorkSafe Victoria, 2008);
- Anketa o varnosti in kakovosti obravnave bolnika (Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014; Gabrovec, 2015; Gabrovec & Eržen, 2016; Gabrovec, 2017; Gabrovec, Jelenc, Prisljan & Lobnikar, 2017).

Ti instrumenti so bili nato razvrščeni glede na nivo agresije in nasilja (Slika 1.2), ki ga meri posamični instrument. Podana je deskriptivna analiza izbranih merskih instrumentov, s poudarkom na Nivo 3 in Nivo 4.



Slika 1.2: Nivoji merjenja agresije in nasilja

1.2.2.3 Rezultati

Razvrstitev meritvenih instrumentov glede na nivo nasilja in agresije, ki ga merijo, je prikazano v Tabeli 1.4. Vprašalnik agresivnosti (*ang.* The Aggression Questionnaire) meri na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 = zelo ne znalično zame) in meri 4 dimenzije agresivnosti: fizično nasilje, verbalno nasilje, jezo in sovražnost (Buss & Perry, 1992). Gre za vesplošen vprašalnik s poudarkom na osebnostne lastnosti testirancev, ki je posledično preširok za dotično raziskavo.

Na področju nasilja na delovnem mestu so bili izbrani trije vprašalniki, ki se vežejo na intraorganizacijski konflikt – tj. nasilje med zaposlenimi samimi. Vprašalnik z naslovom Psihično nasilje na delovnem mestu je bil zasnovan v okviru mednarodne raziskave – Evropska

raziskava vrednost. Vključuje 40 postavk s 5-stopenjsko Likert lestvico, ki merijo izpostavljenost zaposlenih (kot žrtev ali priča) psihičnemu nasilju na delovnem mestu. S tega vidika vprašalnik izpusti vse druge oblike nasilja, ki se na podlagi raziskav pojavljajo v zdravstvu.

Lobnikar (2017) je razvil samo-ocenjevalno 5-stopenjsko lestvico (1= sploh ne vpliva), ki meri vpliv različnih vrst nasilnega vedenja na posameznikovo učinkovitost na delovnem mestu in posledično učinkovitost organizacije same. Vprašalnik celovito predstavlja različna nezaželena vedenja, a meri mnenja ljudi o učinkih tovrstnih vedenj, ne meri pa izkušnje zaposlenih s tovrstnimi vedenji, kar nas v tem projektu zanima.

NAQ (Lobnikar, 2003) ocenjuje 36 vrst nasilnega vedenja na delovnem mestu v zadnjih 6-mesecih iz 4 vidikov: mestu (a) doživeli katero od vedenj, (b) videl katero od vedenj, (c) se sam tako vedel in (d) kako pomembno se mu/ji zdi opisano vedenje. Ta vprašalnik je obsežnejši od predhodnih, saj meri respondentove izkušnje, vrednote in lastno vedenje.

OSHA (Occupational safety and Health Administration; 2004) je izdalo priročnik za preprečevanje nasilja na delovnem mestu za zaposlene v zdravstvenem in socialnovarstvenem sektorju. Vključuje dva merska instrumenta – Kontrolni seznam preventivnega programa za zajezitev nasilja na delovnem mestu (ang. Workplace Violence Program Checklist) ter Obrazec za poročanje nasilnega incidenta (ang. Violence Incident Report Form). Prvi je namenjen evalvacij različnih faktorjev, ki so vplivali na pojav nasilnega vedenja – zavzetost organizacije za znižanje nasilja, poročila o nasilnih incidentih na delovnem mestu, dejavniki tveganja za nasilno vedenje, vpliv vsakodnevnih praks na pojav nasilja, odziv po samem nasilnem dogodku, usposobljenost zaposlenih in nadrejenih, beleženje in evalvacija). Drugi je primer dveh zapisnikov, ki bi jih zaposleni izpolnili po nasilnem incidentu. Uporaba takšnega zapisnika, ki bi bil prilagojen za zdravstvo (lahko tudi v spletni obliki), bi omogočila vzpostavitev sistema poročanja, ki bi čez čas doprinesel nabor informacij na podlagi katerih bi bilo možno implementirati potrebne ukrepe.

Leta 2009 je na podlagi tri letne študije v Avstraliji izšel obsežen priročnik, katerega namen je svetovati in pomagati zaposlenim vzpostaviti uspešne preventivne programe. Vsebuje številna orodja in vprašalnike, v kontekstu trenutne raziskave pa so predvsem zanimiva orodja, ki se osredotočajo na organizacijsko samooceno, anketa za zaposlene, kalkulator izpostavljenosti agresije, kalkulator tveganja agresije.

Anketa o varnosti in kakovosti obravnave bolnika (Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014) poleg razširjenosti nasilnih vedenj meri tudi čustvena stanja zaposlenih, ki se soočajo z nasilnim vedenjem bolnika, pripravljenost organizacije odreagirati v primeru nasilnih vedenj bolnikov in skrb za varnost, vpliv nekaterih dejavnikov na varnost in kakovost obravnave bolnika pri izbruhu jeze ter izobraževanje, potrebno za omenjene vsebine.

Tabela 1.4: Instrumenti za merjenje agresije in nasilja

Področje merjenja	Vprašalnik	Vir
Nivo 1 Splošni	The Aggression Questionnaire (Priloga 1)	Buss & Perry (1992)
Nivo 2-3 Na delovnem mestu: intraorganizacijski konflikt	Psihično nasilje na delovnem mestu (Priloga 2)	Mednarodni raziskavi SJM 2008/1 in SJM 2011/1 vprašanja M1-M9 (40 spremenljivk).
	Nezaželeno vedenje na delovnem mestu (Priloga 3)	Lobnikar (2017)
	NAQ (Priloga 4)	Lobnikar (2003)
Nivo 3-4 V zdravstvu – nasilje uporabnika do osebja	Workplace Violence Program Checklists (Priloga 5)	OSHA: Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers
	Violence Incident Report Forms (Priloga 6)	
	Orodje 01 – Organizacijska samoocena (ang. Organisational self-assessment) (Priloga 7)	A handbook for workplaces. Prevention and management of aggression in health services (2009)
	Orodje 02 – Anketa za zaposlene (ang. Staff survey) (Priloga 8)	
	Orodje T1 – Kalkulator izpostavljenosti agresiji (ang. Exposure to aggression risk calculator) (Priloga 9)	
	Orodje T2 – Kalkulator tveganja agresije (ang. Aggression risk calculator) (Priloga 10)	
Anketa o varnosti in kakovosti obravnave bolnika (Priloga 11)	Gabrovec, Eržen & Lobnikar (2014)	
Anketni vprašalnik o razširjenosti in pogostosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu (Priloga 12)	Gabrovec (2015) Gabrovec & Eržen (2016) Gabrovec (2017)	

		Gabrovec, Jelenc, Prislan & Lobnikar (2017)
--	--	---

1.2.2.4 Diskusija in predlog anketnega vprašalnika

V poročilu predstavljamo merske instrumente nasilnega vedenja: od splošnih pa vse do specifičnih za okolje zdravstvenih sistemov. Merski instrumenti o nasilju na področju zdravstva merijo več različnih stvari - v grobem jih lahko razvrstimo na merjenje:

1. Delovne organizacije in njene pripravljenosti na morebitna nasilna vedenja bolnikov in njeno skrb za zaposlene – priloženi so obrazci oz. predloge za samoevalvacijo delovne organizacije.
2. Izkušnje zaposlenih z nasiljem s strani bolnikov – na primer anketni vprašalniki, ki merijo kolikokrat so zaposleni doživeli različne nasilne dogodke.
3. Obrazci za beleženje nasilnih dogodkov, povzročenih s strani pacientov oz. uporabnikov storitev.
4. Vprašalniki/obrazci za oceno agresivnosti vedenja posameznega pacienta in potencialne grožnje, ki jo predstavlja za zdravstvene delavce.

Cilj CRP-a je ugotoviti tako vrsto in prevalenco nasilja, kateremu so izpostavljeni zaposleni v zdravstvu, kot tudi njihova stališča do nasilja na delovnem mestu in na podlagi teh rezultatov zasnovati preventivni model, ki bo pripomogel k znižanju nasilja. Za nabor vseh potrebnih podatkov bi v nadaljnjih raziskavah lahko uporabili nabor merskih instrumentov. To bi bilo časovno zelo zahtevno, tako za udeležence kot za analizo podatkov. Poleg tega bi postala sama primerljivost podatkov bolj kompleksna, zaradi same strukture in statističnih značilnosti različnih vprašalnikov, kontrolnih seznamov, ipd.

Posledično smo se odločili za uporabo merskega instrumenta Anketni vprašalnik merjenja preliminarne uspešnosti predlaganega modela izobraževanja (Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014). Vprašalnik zajema celotni spekter tematik, ki jih želimo raziskati ter je bila uporabljena v številnih preteklih raziskavah nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije, reševalnih služb, zdravstvene nege v domovih starejših občanov, patronažne zdravstvene nege in zaposlenih v zdravstveni negi Centrov za zdravljenje odvisnosti (Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014; Gabrovec, 2015; Gabrovec & Eržen, 2016; Gabrovec, 2017; Gabrovec, Jelenc, Prislan & Lobnikar, 2017). Vprašalnik bo uporabljen za ugotavljanje razširjenosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi nujne medicinske pomoči/urgentnih centrov in za ugotavljanje nasilja nad zdravniki v enotah nujne medicinske pomoči/urgentnih centrov.

Vprašalnik bo prilagojen le na področju zaposlitve, na podlagi česa bomo lahko ločili zaposlene v zdravstveni negi in zaposlene zdravnike. Vprašalnik je predstavljen v Prilogi 12.

Za merjenje preliminarnе uspešnosti predlaganega modela izobraževanja bo uporabljen del vprašalnika iz raziskave Gabrovec, Eržen in Lobnikar (2014). Vprašalnik je predstavljen v Prilogi 13.

1.2.3 RAZŠIRJENOST NASILJA NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVU IN ANALIZA NJIHOVIH STALIŠČ

1.2.3.1 Namen raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti pogostost soočanja zaposlenih z nasiljem in identificirati vrste nasilja, s katerimi se najpogosteje soočajo pri svojem delu, kakšne so posledice tovrstne viktimiziranosti za zaposlene, kakšen je po njihovem mnenju vpliv na delovno klimo, kakšna je organizacijska kultura in podpora pri zagotavljanju varnosti na delovnem mestu, obenem pa analizirali tudi kompetence zaposlenih za primerno odzivanje na nasilno in agresivno vedenje. Poleg tega v trenutna raziskava naslavlja vprašanje procentualne porazdelitve nasilja s strani storilcev nasilja – a. pacienti ali obiskovalci v zdravstveni ustanovi, in b. sodelavci in nadrejeni.

1.2.3.2 Metodologija

Raziskava je bila opravljena v drugi polovici leta 2018 (september-december) v treh zdravstvenih ustanovah na različnih geografskih lokacijah. Pred izvedbo raziskave smo predhodno pridobili dovoljenje vodstva zdravstvenih ustanov. V raziskavi je sodelovalo 92 udeležencev. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno, zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo fizične distribucije vprašalnikov med zaposlene v izbranih zdravstvenih ustanovah. V raziskavi je bil uporabljen Anketi vprašalnik o razširjenosti in pogostosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu (Priloga 12). Podatki so bili analizirani s pomočjo kvantitativnih statističnih metod.

1.2.3.3 Rezultati

Pri analizi zbranih podatkov smo najprej preverili, koliko zaposlenih se je v preteklem letu na delovnem mestu soočilo z različnimi oblikami nasilja in agresivnega vedenja. V nadaljevanju sprva predstavljamo prevalenco oziroma pogostost soočanja z nasiljem po posameznih sklopih (verbalno, spolno, fizično in psihično nasilje), zatem so predstavljeni podrobnejši rezultati po

posameznih kategorijah – izkušnje z različnimi oblikami nasilja, ki so povezani z navedenimi vsebinskimi sklopi.

Tabela 1.5: Izkušnje zaposlenih z različnimi oblikami nasilja in agresivnega vedenja na delovnem mestu

Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili:	DA	NE
z verbalnim nasiljem s strani pacienta ali njihovih bližnjih	89,0%	11,0%
z verbalnim nasiljem s strani sodelavcev ali nadrejenih	45,7%	54,3%
z nezaželenim vedenjem spolne narave s strani pacienta ali njihovih bližnjih	12,2%	87,8%
z nezaželenim vedenjem spolne narave s strani sodelavcev ali nadrejenih	12,2%	87,8%
s fizičnim nasiljem s strani pacienta ali njihovih bližnjih	41,1%	58,9%
s fizičnim nasiljem s strani s strani sodelavcev ali nadrejenih	2,2%	97,8%
s psihičnim nasiljem s strani pacienta ali njihovih bližnjih	69,3%	30,7%
s psihičnim nasiljem s strani sodelavcev ali nadrejenih	34,1%	65,9%

Kot je razvidno iz Tabele 1.5 so imeli respondenti v zadnjem letu največ izkušenj z verbalnim in psihičnim nasiljem. Pri tem je bila velika večina (89 %) zaposlenih žrtev verbalnega nasilja in psihičnega nasilja (69 %) s strani pacientov ali njihovih bližnjih. Med pogosto zaznane oblike sodi tudi verbalno in psihično nasilje s strani sodelavcev ali nadrejenih (46 % respondentov ima izkušnje z verbalnim in 34 % s psihičnim nasiljem) in fizično nasilje s strani pacientov ali njihovih bližnjih oseb (41 %). Med najmanj zaznane oblike nasilja pa sodi fizično nasilje s strani zaposlenih, redki so tudi primeri spolnega nasilja.

Udeleženci, ki so bili žrtve katerekoli oblike nasilja, so tudi podali informacijo pogostosti viktimizacije (Tabela 1.6). V večini primerov so bili zaposleni večkrat letno žrtev nasilja. Med najpogostejše ponavljajoče se oblike nasilja in agresije (6-krat na leto ali več) sodi verbalno nasilje s strani pacientov (46 %) in zaposlenih (27, 5 %). Izstopajoča je tudi ugotovitev, da se 21 % respondentov zelo pogosto (več kot 6-krat letno) sooča tudi s psihičnim nasiljem s strani zaposlenih/sodelavcev. Relativno pogosto je tudi fizično nasilje s strani pacientov, saj skoraj 62 % zaposlenih poroča o večkratni viktimizaciji v letnem obdobju, kar 6 % pa je takšnih, ki se s tem soočijo več kot 10-krat na leto.

Tabela 1.6: Pogostost soočanja z različnimi oblikami nasilja

Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor »DA«, navedite kolikokrat ste se v preteklem letu soočili:	n(sum)	1-2 x	3-5 x	6-9 x	Več kot 10x
z verbalnim nasiljem s strani pacienta ali njihovih bližnjih	79	30,4%	24,1%	21,5%	24,1%
z verbalnim nasiljem s strani sodelavcev ali nadrejenih	40	42,5%	30,0%	17,5%	10,0%
z nezaželenim vedenjem spolne narave s strani pacienta ali njihovih bližnjih	9	33,3%	44,4%	/	22,2%
z nezaželenim vedenjem spolne narave s strani sodelavcev ali nadrejenih	9	55,6%	22,2%	/	22,2%
s fizičnim nasiljem s strani pacienta ali njihovih bližnjih	34	38,2%	47,1%	8,8%	5,9%
s fizičnim nasiljem s strani sodelavcev ali nadrejenih	2	100%	/	/	/
s psihičnim nasiljem s strani pacienta ali njihovih bližnjih	58	51,7%	27,6%	12,1%	8,6%
s psihičnim nasiljem s strani sodelavcev ali nadrejenih	29	31,0%	37,9%	17,2%	13,8%

Verbalno nasilje

V primeru verbalnega nasilja s strani pacientov ali njihovih bližnjih, je bilo več kot polovica zaposlenih izpostavljena sledečim oblikam verbalnega nasilja:

- Prekinjanje oz. jemanje besede med govorom (75%);
- Glasno zmerjanje, vpitje ali prepiranje (65%);
- Provokacije z namenom izzivati prepir (59%);
- Izpostavljanje preklinjanju (58%).

Med manj pogoste oblike verbalnega nasilja s strani pacientov pa sodijo žaljive pripombe in žaljivo vedenje (16%) ter ustrahovanje (32%), ki zajema grožnje z nasiljem ali grožnje z negativnimi posledicami.

S strani sodelavcev ali nadrejenih je 42% respondentov poročalo o prisotnosti verbalnega nasilja, katerega prevalenca je močno nižja kot v primeru pacientov ali njihovih bližnjih. S strani sodelavcev ali nadrejenih so sledeče oblike verbalnega nasilja bile prisotne v več kot 20%:

- Obrekovanje, širjenje govoric (29%);
- Prekinjanje oz. jemanje besede med govorom (28%);
- Norčevanje, neokusne šale, neprimeren sarkazem (22%).

Ustrahovanju, grožnjam ali žaljenju je od 42% tistih, ki so bili žrtve katerekoli oblike verbalnega s strani sodelavcev ali nadrejenih, bilo izpostavljenih le med 2-6%. To pomeni, da od celotnega vzorca (n= 92), med 0,84-2,52% vseh testirancev bilo izpostavljenim tem oblikam verbalnega nasilja.

Spolno nasilje

V primeru spolnega nasilja je pogostost le-tega enaka (n = 9) v primeru, ko je storilec sodelavec ali nadrejeni in v primeru, ko je storilec pacient ali njegovi bližnji. V nobenem primeru žrtve niso poročale spolnega napada. Med 6 do 8 žrtev je bilo izpostavljenim neprimerni spolno obarvani komentarji ter namigovanje na spolnost (pogledi, mimika, ipd.).

Fizično nasilje

Prevalenca fizičnega nasilja s strani pacientov ali njihovih bližnjih usmerjena proti zaposlenim pa je veliko višja – 36,9% udeležencev je izkusilo eno ali več oblik fizičnega nasilja vsaj enkrat v preteklem letu. Najpogostejša je oblike fizičnega nasilja so:

- Zastraševalno vedenje (žuganje, grozilne kretnje, vdiranje v osebni telesni prostor) – 29%;
- Pljuvanje, grabljenje, grizenje – 25%;
- Odrivanje, prerivanje, potiskanje – 25%;
- Razbijanje, uničevanje ali metanje predmetov v navalu jeze ali besa – 21%.

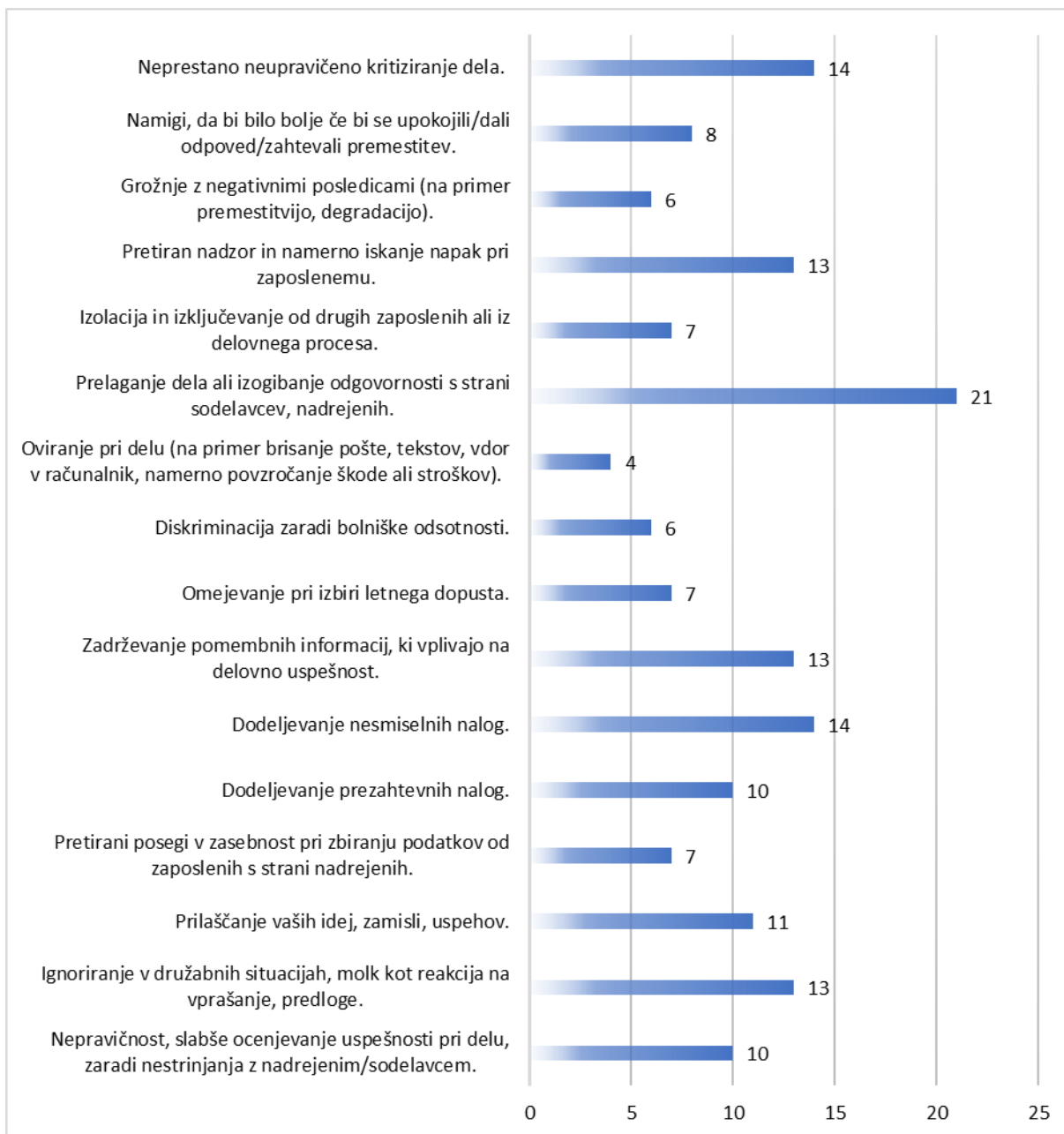
Najmanj pogosti pa so napadi z orožjem ali nevarni predmeti (2%) ter pretepi, ki vključujejo več oseb (1%).

Dva udeleženca poročala o fizičnem napadu s strani sodelavcev ali nadrejenih. To je vključevalo vse od zastrašujočega vedenja, razbijanje oz. metanje predmetov v navalu besa, vse do odpiranja in prerivanja, klofut, udarcev, grizenja ter pljuvanja.

Psihično nasilje

Pacienti ali njihovi bližnji najpogosteje uporabljajo čustveno izsiljevanje z namenom pridobitve ugodnosti (jokanje, hlipanje, ipd.), s čimer je imelo izkušnjo več kot 55% testirancev. Pogosto pacienti ali njihovi bližnji tudi podajo neutemeljene pritožbe zoper zaposlenih (35%). V manj kot 10% pa se pojavljajo druge oblike psihičnega nasilja kot so zasledovanje, zalezovanje, nadlegovanje na delovnem mestu, pošiljanje žaljive vsebine (preko sporočil, pošte, telefonski klici), žaljivi in neutemeljeni zapisi na spletu, ter grožnje s samo-poškodovanjem in samomorom.

Na področju psihičnega nasilja med zaposlenimi je opredeljenih 16 oblik takšnega vedenja, saj so odnosi s sodelavci ali nadrejenimi bolj kompleksni in tako podajo možnost za bolj natančen vpogled (Slika 1.3). Najpogostejša oblika psihičnega nasilja med sodelavci je prelaganje dela in izogibanje odgovornosti (21%). Med 13-14% respondentov, ki so bili žrtev psihičnega nasilja, poroča o raznolikih oblikah šikaniranja – nestrpno neupravičeno kritiziranje dela, pretiran nadzor z namernim iskanjem napak, ne predajanje informacij, dodeljevanje nesmiselnih nalog, ignoriranje. Manj pogosto pa so poročali oviranje pri delu (npr. brisanje pošte, vdor v računalnik, namerno povzročanje škode), grožnje z negativnimi posledicami in diskriminacija zaradi bolniške odsotnosti (4-6%).



Slika 1.3: Frekvenca različnih oblik psihičnega nasilja s strani sodelavcev ali nadrejenih

Kot posledico viktimizacije s strani pacientov ali njihovih bližnjih, pacienti najpogosteje poročajo občutek strahu in ogroženosti (47,8%). Tretjina poroča tudi občutek jeze, negotovosti in pomanjkanja znanja. Kar 78,7% respondentov ima občutek razumevanja s strani sodelavcev, v nekoliko manjši meri pa tudi razumevanje s strani nadrejenih (61,8%). Več kot polovica navaja, da se v teh primerih ne počutijo nemočne ali obupane (56,2% - 65,9%).

Tabela 1.7: Stopnja strinjanja s trditvami, vezanimi na delovanje organizacije

	1+2	3	4+5
Pomanjkanje izkušenega osebja negativno vpliva na mojo zmožnost zagotavljanja kvalitetne oskrbe bolnikov.	23,6%	22,5%	53,9%
Za varno oskrbo bolnikov imam na voljo vsa sredstva.	38,6%	25,0%	36,4%
Vodstvo delovne organizacije ima jasno predstavo o tveganjih glede oskrbe bolnikov in varnosti osebja.	51,7%	27,6%	20,7%
Vodstvo delovne organizacije je dobro seznanjeno z vrstami napak, ki se dejansko pojavljajo na področju zagotavljanja varnosti.	44,9%	29,2%	25,9%
Odločitve o varnosti bolnikov in osebja se sprejemajo na ustrezni ravni najbolj usposobljenih ljudi.	36,0%	38,2%	25,8%
Vodstvo delovne organizacije skrbi za razmere, ki podpirajo varnost bolnikov in osebja.	39,3%	36,0%	24,7%
Kadar se obravnavajo spremembe programa, vodstvo delovne organizacije upošteva tudi varnost bolnikov in osebja.	39,1%	37,9%	23,0%
Varnost zaposlenih in pacientov je največjega pomena v naši organizaciji.	39,3%	31,5%	29,2%
Delovna organizacija v kateri sem zaposlen/zaposlena, dobro upravlja s tveganji za zagotavljanje bolnikove varnosti.	27,0%	40,4%	32,6%
Delovna organizacija se odzove na izbruh nasilja.	33,7%	40,4%	25,9%
Delovna organizacija poskrbi za supervizijo obvladovanja agresivnosti bolnika.	47,2%	37,1%	15,7%

Opomba: udeleženci so podali svoje mnenje o strinjanju s trditvami na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 = sploh se ne strinjam; 5= zelo se strinjam).

Iz Tabele 1.7 je razvidno, da večina udeležencev nima pozitivnega mnenja o odnosu organizacije in vodstva do zagotavljanja varnosti na delovnem mestu. Več kot polovica respondentov meni, da vodstvo nima jasne predstave o varnostnih tveganjih s katerimi se zaposleni srečujejo pri oskrbi bolnikov. Prav tako jih 47,2% meni, da organizacija ne nudi svojim zaposlenim supervizijo po tem ko so bili žrtven nasilja s strani pacientov. Izpostavljajo

pa tudi nezmožnost zagotavljanja kvalitetne oskrbe pacientom zaradi pomankanja bolj izkušenega kadra (53,9%). Več kot tretjina (45 %) prav tako navaja, da organizacija ni seznanjena z napakami, ki so prisotne na področju zagotavljanja varnosti in da varnost ni prioriteta pri načrtovanju organizacijskih sprememb (39 %). Podobno visok delež (39 %) poroča, da varnost zaposlenih in pacientov ni visokega pomena v organizaciji, da ni ustrezno poskrbljeno za varnostne razmere in da pri svojem delu nimajo ustreznih sredstev za zagotavljanje visoke varnosti. Skladno s tem je znaten delež respondentov prepričanih, da odločitve o varnosti ne sprejmejo za to usposobljenimi odločevalci (36 %).

Tabela 1.8: Ocena vpliva nasilja s strani pacienta na nekatere dejavnike, povezane z varnostjo in kakovostjo obravnave bolnika

	1+2	3	4+5
Razumevanje med člani v timu vpliva na mojo kakovost dela.	8,0%	13,6%	78,4%
Osebnostne značilnosti članov tima vplivajo na kakovost dela.	2,3%	20,5%	77,2%
Konflikti med člani tima vplivajo na varnost in kakovost dela z bolnikom.	10,5%	14,0%	75,5%
Za kakovostno in varno delo smo dovolj motivirani in nagrajeni.	52,9%	24,1%	23,0%
Število zaposlenih v vsaki izmeni je zadostno.	50,6%	19,5%	29,9%
Zadostno število zaposlenih je pogoj za 24 urno detekcijo sprememb in zaznavanje nevarnosti.	10,2%	15,9%	73,9%
Pri vašem delu se zanašate na »srečo«, da bo vse v redu, da se nič ne bo zgodilo.	33,0%	34,1%	32,9%
Zaposleni imamo natančna navodila in protokole ravnanja ob izbruhu agresivnosti (kaj storiti, koga poklicati, ipd.).	28,7%	35,6%	35,7%
O vsakem neljubem dogodku (izbruh agresivnosti, drugi incidenti) se vodi zapisnik.	21,8%	29,9%	48,3%
Po izbruhu agresije, incidenta smo deležni timske obravnave in podpore.	50,0%	25,0%	25,0%
Po izbruhu agresije, incidenta se sprejmejo sklepi za boljše delo v prihodnje.	45,5%	26,1%	28,4%

Opomba: udeleženci so podali svoje mnenje o strinjanju s trditvami na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 = sploh nima vpliva; 5= ima zelo močen vpliv).

Rezultati prikazani v Tabeli 1.8 kažejo, da se več kot tri četrtine (75,5% - 78,4%) vprašanih strinja, da za varno in kakovostno obravnavo zelo pomembni odnosi med člani tima – npr. medsebojno razumevanje, kompatibilnost osebnostnih značilnosti in odsotnost konfliktov. Večina (73,9%) je izpostavila tudi pomembnost zadostnega števila kadra, saj jim to omogoči 24 uro detekcijo sprememb in zaznavo potencialne nevarnosti, vendar po oceni respondentov v 50,6% ni dovolj zaposlenih na vsako izmeno. Prav tako jih več kot tretjina zaposlenih meni (45,5% - 52,9%), da ko pride do izbruha nasilja, niso deležni ustrezne obravnave ali podpore, prav tako pojavu tovrstnih primerov večinoma ne sledijo ustrezni ukrepi (sklepi za boljše delo v prihodnje), niti niso za kakovostno in varno delo zadostno motivirani in nagrajeni.

Tabela 1.9: Samoocena kompetenc v povezavi z obravnavo nasilnih pacientov

	1+2	3	4+5
Znanje, s katerim razpolagam, je zadostno za obvladovanje agresivnega bolnika.	20,5%	45,5%	34,0%
Za varno oskrbo bolnikov so osebju na voljo ustrezna usposabljanja.	52,3%	35,2%	12,5%
Za varno oskrbo bolnikov so potrebne teoretične delavnice.	17,0%	31,8%	51,2%
Za varno oskrbo bolnikov so potrebne praktične delavnice.	6,8%	14,8%	78,4%
Za varno oskrbo bolnikov so potrebne pisne smernice ukrepanja.	6,8%	19,3%	73,9%
Za varno oskrbo bolnikov je potrebno izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami.	27,3%	27,3%	45,4%

Opomba: udeleženci so podali svoje mnenje o strinjanju s trditvami na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 = sploh se ne strinjam; 5= zelo se strinjam).

Pri samo-ocenjevanju kompetenc, se le ena tretjina udeležencev počuti dovolj kompetentne za obvladanje agresivnega pacienta in samo 12,5% jih meni, da imajo za varno oskrbo pacientov na voljo ustrezna usposabljanja. Večina udeležencev (73,9% - 78,4%) meni, da bi potrebovali dodatna praktična usposabljanja ter pisne smernice. Prav tako jih več kot tretjina (45,4% - 51,2%) želi dodatno teoretično znanje in izobraževanja večkrat obnoviti.

1.2.3.4 Diskusija

V raziskavi o razširjenosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu smo analizirali pogostost soočanja zaposlenih v zdravstvenih ustanovah z nasiljem in identificirali konkretne oblike, s katerimi se najpogosteje soočajo pri svojem delu. V raziskavi je skupaj sodelovalo 92 zaposlenih na različnih delovnih mestih iz treh zdravstvenih ustanov v Sloveniji.

Predstavljena raziskava pokazala, da so večinoma povzročitelji nasilja pacienti in obiskovalci zdravstvenih ustanov, pri čemer je zelo pogosta večkratna viktimizacija zdravstvenega osebja. Najpogosteje se zdravstveno osebje sooča z verbalnim nasiljem in nespoštljivo komunikacijo, prevladujejo pa tudi različne oblike psihičnega nasilja povezanega z izsiljevanjem. Fizično nasilje je manj pogosto kot verbalno, vendar se pojavlja pogosteje kot spolno nasilje. Zaposleni se v primeru soočenja z nasiljem na delovnem mestu počutijo ogroženo, jih je strah in so negotovi, kar kaže na občutek pomanjkanja kompetenc za odzivanje na zaznano nasilje. Večinsko mnenje glede neustreznega odnosa organizacije in vodstva do varnosti na delovnem mestu ter obravnave varnostnih tveganj, kaže tudi na potrebo izboljšanja organizacijskih in kadrovskih politik ter organizacijske kulture. Predvsem izstopajo podatki o razširjenosti nasilja med zaposlenimi, ki pa zelo negativno vpliva na odnose znotraj delovnih timov in posledično kvaliteto obravnave pacientov. Glede na predloge respondentov je prioritarno potrebno poskrbeti za dvig kompetenc, zaposlovanje izkušenega osebja, učinkovita praktična usposabljanja in sprejem ustreznih organizacijskih navodil/smernic obravnave ter obvladovanja nasilja na delovnem mestu.

1.2.4 RAZŠIRJENOST AGRESIVNOSTI NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVU – FOKUSNE SKUPINE

1.2.4.1 Namen raziskave

Namen raziskave je bilo pridobiti poglobljeno razumevanje rezultatov empirične raziskave, ki je ocenjevala izkušnje zaposlenih z nasiljem na delovnem mestu.

1.2.4.2 Metodologija

Zasnova raziskave je bila ne-eksperimentalna v obliki fokusne skupine. K sodelovanju smo povabili zaposlene v zdravstveni negi, ki so zaposleni v dveh različnih zdravstvenih ustanovah (Maribor in Celje), kjer ni bila izvedena empirična raziskava. Tako smo imeli dve fokusni skupini, v vsaki po 17 udeležencev, ki so imeli v povprečju 10 let delovnih izkušenj. Sodelovanje je bilo prostovoljno in vsi udeleženci so pred pričetkom prebrali in podali soglasje za sodelovanje v raziskavi.

Vprašanja so bila vnaprej pripravljena (Priloga 14) in so zajemala tri tematske sklope:

- Razširjenost nasilnega in agresivnega vedenja;
- Odziv zaposlenih v zdravstveni negi na izpostavljenost nasilju na delovnem mestu;
- Organizacijsko opravljanje s tveganji povezanimi z nasiljem na delovnem mestu.

Na začetku vsakega tematskega sklopa so bili udeležencem predstavljeni glavni rezultati empirične raziskave vezani na dotični tematski sklop in nato naprošeni, da podajo komentar na rezultate. Sledila so dodatna vprašanja.

1.2.4.3 Rezultati

Razširjenost nasilnega in agresivnega vedenja

Večina udeležencev se je strinjala, da se najpogosteje soočajo z verbalnim nasiljem, občasno tudi psihičnim nasiljem, s strani pacientov in njihovih bližnjih. Izpostavili so, da kljub temu, da je nezaželena oblika vedenja, ga razumejo in ne dojemajo kot najbolj nevarnega. Le redko pa se srečajo z fizičnim in spolnim nasiljem, ki ju uvrščajo med najnevarnejše oblike nasilja.

Udeleženci so soglasno navedli psihično in verbalno nasilje s strani sodelavcev in nadrejenih kot obliko nasilja na delovnem mestu, ki najbolj vpliva na njihovo kakovost opravljanja dela. Primeri njihovih odgovorov so sledeči: *»psihično nasilje s strani nadrejenih oziroma sodelavcev v največji meri vpliva na kakovost našega dela«*; *»v največji meri vpliva nenehno psihično nasilje s strani sodelavcev, saj to znižuje kakovost dela v samem timu«*; *»bolj nevarno se mi zdi verbalno nasilje s strani sodelavcev, saj se s tem ustvarja neugodna delovna klima in se dviguje odpor do opravljanja dela. Posledično pade zbranost in kakovost opravljenega dela«*; *»nimamo posluha s strani delodajalca ... nadrejeni redno stojijo na strani pacienta, nikoli na strani delavca ... zato smo zaposleni raje tiho«*.

Odziv zaposlenih v zdravstveni negi na izpostavljenost nasilju na delovnem mestu

Odgovori udeležencev so se skladali z rezultati empirične raziskave – večina respondentov ob izpostavljenosti nasilju občuti strah in ogroženost, prav tako pa se soočajo z občutkom nekompetentnosti in negotovosti. Respondenti so podali odgovore kot so npr.: *»na svojem delovnem mestu se absolutno počutim ogroženega«*; *»na svojem delovnem mestu se včasih res počutim ogroženo, sploh v nočnem času, ko je kader na minimumu«*; *»... vzbudi neprijetne občutke, predvsem bi rekel negotovost kako odreagirati, šele nato se ob nadaljevanju pojavita tudi strah in ogroženost«*; *»zaposleni imamo občutke jeze, nemoči, ne upamo reagirati na svojo roko, ker nimamo nikjer podpore, le znotraj kolektiva si zaupamo, se tolažimo«*; *»najprej*

občutim strah, potem pa neznanje, kako reagirati ... izjemno rada opazujem starejše kolege kako oni odreagirajo ter se iz tega naučim kako v kateri situaciji odreagirati».

Glede vpliva nasilja na njihovo stopnjo kakovosti in zavzetost opravljanja dela si udeleženci niso bili enotni. Nekateri menijo, da čeprav je vedenje nezaželeno, le-to ne vpliva na njihovo zavzetost ali kakovost dela. Večina udeležencev pa je poročala negativni vpliv izpostavljenosti nasilja na njihovo kakovost opravljanja dela.

Organizacijsko opravljanje s tveganji povezanimi z nasiljem na delovnem mestu

Glede usposobljenosti za primerno reagiranje so bili vsi udeleženci fokusnih skupin soglasni, da niso primerno usposobljeni za reagiranje na nasilno vedenje, s katerim se soočajo na delovnem mestu. Njihovi odgovori so bili na primer: *»ne čutim se dovolj usposobljena za primerno reagiranje, menim da smo »drobne« medicinske sestre prešibke za »močnejšega« moškega v alkoholiziranem deliriju, ki nas razume kot grožnjo«; »sigurno nismo usposobljeni za primerno reakcijo na takšne situacije«; »se ne počutim dovolj usposobljeno za določene situacije«.*

Glede rešitve problemov je velika večina poudarila pomen izobraževanja in usposabljanja: *»v timu bi se morali poglobljene pogovarjati o tej tematiki in kaj je najboljše narediti v takšni situaciji«; »seminarji na to temo in primeri ustreznega ukrepanja bi bili po mojem mnenju zaželeni in koristni«; »menim, da bi bilo potrebno organizirati še dodatno izobraževanje iz področja reagiranja na pojav agresivnosti«; »menim, da se v zdravstvu preveč skrbi za nepotrebne stvari in premalo za izobraževanje kadra ter spodbujanje pristnih odnosov med vsemi zaposlenimi«.*

Zelo pogosto so respondenti poudarili odgovornost vodstev organizacij, da naredijo več na tem področju – npr.: *»Več izobraževanja na tem področju tako za zaposlene kot nadrejene, saj se ti vedno izogibajo teh izobraževanj ... tudi zbornica ZN bi lahko več naredila za nas. Prav tako društva. Nestrpnost in razočaranje nad zdravstvenim sistemom je velika.«; »vodstvo v vseh zdravstvenih ustanovah bi se moralo začeti zanimati za svoje delavce in skrbeti za varnost zaposlenih«.*

1.2.4.4 Diskusija

Fokusni skupini sta bili izoblikovani z namenom pridobitve poglobljenega razumevanja empiričnih rezultatov glede nasilja s katerim se srečujejo zaposleni v zdravstveni negi na svojem delovnem mestu. Rezultati deskriptivne analize odgovorov udeležencev so potrdili empirične rezultate. Poleg tega pa je doprinesla dodaten vpogled v problematiko:

- Čeprav zaposleni navajajo nasilno vedenje pacientov in njihovih bližnjih kot neželeno, le-tega v veliki meri razumejo.
- Kot glavni negativni dejavnik na stopnjo kakovosti opravljanega dela, zaposleni v večini primerov navajajo nasilje s strani sodelavcev in nadrejenih.
- Zaposleni se počutijo ogrožene na svojem delovnem mestu.
- Zaposleni se soglasno strinjajo, da niso primerno usposobljeni za obvladovanje nasilja in agresije na delovnem mestu ter izpostavili visoko potrebo po dodatnem usposabljanju.
- Večina udeležencev meni, da vodstva organizacij ne posvečajo zadostne mere pozornosti zagotavljanju varnosti na delovnih mestih.

1.2.5 MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU ZA OBVLADOVANJE AGRESIJE

Rezultati kvantitativne in kvalitativne raziskave, ki sta bili izvedeni v okviru CRP-a, kažejo na visoko prevalenco nasilja v zdravstvu in samo-oceno zaposlenih, da niso dovolj usposobljeni za obvladovanje nasilja. Udeleženci raziskav so tudi sami izrazili željo po dodatnem usposabljanju saj poročajo, da se na delovnem mestu počutijo ogrožene, kar pa je posledica občutka nekompetentnosti za spopadanje z nasilnimi incidenti na učinkovit način.

Usposabljanje je ključen del uspešnega preventivnega programa za nasilje na delovnem mestu. Zdravstvenim delavcem pomaga prepoznati možna tveganja in naučiti, kako naj zaščitijo sebe, sodelavce in paciente. Usposabljanja in okrepitve, ki imajo pomembno vlogo z ostalimi sredstvi lahko delavcem zagotovijo strategije za povečanje zaupanja pri ravnanju potencialnih nasilnih nesreč in za zmanjševanje nastanka le teh še preden se zgodijo. Izobraževanje prav tako podpira, da nasilje ni sestavni del zdravstva (OSHA, 2015).

Ugotovitve kažejo, da je nujno oceniti potrebe po izobraževanju, usposabljanju in učenju medicinskih sester, ko pri delu na akutnih psihiatričnih oddelkih poskušajo zagotavljati varnost pacientom in osebju, obenem pa spoštovati pacientove pravice in upoštevati etična načela. Zaposleni morajo poznati strokovna in zakonska priporočila, ki veljajo za to področje. Tako lahko dosežemo, da bo to težavno področje obravnave pacientov postalo manj stresno in bolj varno za paciente in osebje, da bo izvedba posebnih varovalnih ukrepov (PVU) kakovostna in izvedena enotno, v skladu s smernicami in z dobrimi praksami v zdravstveni negi, upoštevajoč etična in pravna načela izvajanja (Bregar, 2012).

Zdravstveni delavci potrebujejo sistematično in kontinuirano izobraževanje obvladovanja agresivnih situacij (praktični del) ter izdelavo splošnih ali internih smernic obvladovanja.

Izdelava smernic mora vključevati sodelovanje psihiatrične stroke in splošnih borilnih prijemov ter načel, kar je pomembno za ohranjanje terapevtskega odnosa s pacientom. Smernice naj kot splošni ali interni dokument zajemajo vse vidike fizičnega oviranja, spremstva, aplikacije terapije, samoobrambnih prijemov in fiksacije. Navodila fizičnega oviranja služijo kot enotno izhodišče ukrepanj za celotno osebje in postopke ter osnovno izhodiščno točko fizičnega oviranja. Izdelava smernic in kontinuirano strokovno izobraževanje prinašata zdravstvenim delavcem samozavest in znanje obvladovanja agresivnih situacij ter posledično bolj uspešno in varno obvladovanje nastalih situacij (Gabrovec, 2009).

Programi za usposabljanje so najbolj učinkoviti, ko so zasnovani izključno za ustanovo ali enoto s posebnim profilom tveganja. Na primer, usposabljanje medicinskih sester za nujno medicinsko pomoč znotraj oddelka za nujno medicinsko pomoč in osredotočanje na najbolj pogoste nevarnosti s katerimi se soočajo znotraj ustanove. Organizacije lahko proučujejo, predelujejo in združujejo elemente modelov programa, ki so ustrezna za potrebe in pogoje ustanove. *Skupni cilji* usposabljanja vključujejo povečano zaupanje delavcev v zmanjševanje nasilnega vedenja in obvladovanje nasilnega vedenja, ko se le ta pojavi. *Posamezne teme* lahko vključujejo:

- Pregled preventivnih strategij nasilja na delovnem mestu;
- Postopke in strategije za pridobivanje profila tveganja pacienta pred samim sprejemom v obravnavo, v kolikor je to izvedljivo;
- Faktorje tveganja, ki povzročijo napad ali prispevajo k napadu;
- Postopke in strategije za ocenjevanje ter dokumentiranje pacientovih sprememb v vedenju;
- Lokacijo, delovanje in pokritost varnostnih naprav kot so na primer, alarmni sistemi s priporočenim načrtom vzdrževanja in postopkov;
- Prepoznavanje neprimerne vedenja, opozorilnih znakov in dejanj, ki lahko vodijo do pojava napada;
- Umiritvene tehnike za preprečevanje ali zmanjševanje nestabilnih situacij ali agresivnega vedenja;
- Pristope za soočanje agresivnega vedenja pacientov in prav tako sorodnikov, obiskovalcev ali vsiljivcev;
- Primerno uporabo varnih sob ali področij, kjer lahko zaposleni najdejo zatočišče pred nasilnim dogodkom;
- Odzivnost akcijskega načrta na nasilne razmere ali tako imenovani »signalni znaki« vključujejo tudi možnost razpoložljive moči, odzivnost na alarmne sisteme in postopke komuniciranja;

- Bolj na splošno, kaj storiti v primeru nasilnega dogodka na delovnem mestu, kot so na primer odgovornosti ostalih posameznikov, ki se ne odzivajo posredno na dogodek;
- Postopke samoobrambe, kjer je to potrebno;
- Postopno ravnanje z metodami nadzora, ki vključujejo čas in način varne uporabe zdravila ali fizičnih pripomočkov, ko je to potrebno;
- Načine za zaščito sebe in sodelavcev, vključno z delom v skupinah, ko je to potrebno;
- Pomen zgodnje/hitre pomoči;
- Postopke in strategije za dokumentacijo in vodenje;
- Postopke in strategije za vzdrževanje zdravstvene nege, svetovanja, pridobivanja nadomestil za delavce in pravne pomoči po nasilnem dogodku (OSHA, 2015).

Splošna priporočila za usposabljanje aktivnosti vključujejo:

- Dodane informacije o posebnih strategijah ustanove, postopkov in potencialnih faktorjev tveganja, ko je v uporabi že obstoječ program/načrt usposabljanja;
- Da usposabljanja in strategije pokrivajo vsa področja nasilja na delovnem mestu, ne samo nasilja pacientov nad zaposlenimi. Veliko načrtov usposabljanja, postopkov in strategij se osredotočajo le na slednje. Takšni programi niso primerni za prikaz nasilja med delavci oziroma med delavci in pacienti, ropanja in kraje (na primer kraja droge ali pa lastnine pacienta in bolnišnic) ter nasilja v družini;
- Zagotavljanje pogostih možnosti za izmenjavo praks in za dokazovanje kompetentnosti (OSHA, 2015).

1.2.5.1 Ciljne populacije za usposabljanje

Vsi delavci, ki naj bi imeli interakcijo s pacienti, vključno z osebjem za sprejem pacientov – imajo lahko korist od preventivnih usposabljanj za nasilje na delovnem mestu. Dobro izkoriščenost imajo prav tako nadzorniki in vodstvo. Podporno osebje ima pa med drugim prednost glede ozaveščanja njihovih odgovornosti v primeru nasilnega dogodka na delovnem mestu. Pogodbeni zdravniki, začasno osebje in pogodbeni delavci bi morali imeti enako usposabljanje kot stalno osebje. Novi in prestavljeni delavci pa naj bi bili deležni usmeritev, ki vključujejo usposabljanje o preprečevanju nasilja na delovnem mestu. Na posameznih delovnih mestih se spreminjajo dolžnosti, lokacija dela in interakcija pacientov, zato je usposabljanje za preprečevanje nasilja lahko bolj učinkovito v kolikor je prilagojeno obravnavi potreb v različnih skupinah zdravstvenega osebja, še posebej:

- Medicinske sestre in neposredno negovalno osebje;
- Osebje za nujno medicinsko pomoč;
- Podporno osebje za (gospodinjstvo/prehrano, strežbo in vzdrževanje);
- Varnostno osebje;
- Nadzorniki in managerji (OSHA, 2015).

Osebje na oddelku za nujno medicinsko pomoč

Medicinske sestre za nujno medicinsko pomoč (NMP) se v visokem obsegu soočajo s fizičnim nasiljem. Le te so izpostavljene pacientom, ki imajo predhodno zgodovino nasilja, agresivno vedenje povezano s psihični motnjami, zlorabo drog, demenco in ostalih stanj. Oddelek za NMP je pod vplivom hitrega razvoja in velja za nepredvidljivo okolje. Osebje se velikokrat srečuje s pacienti katerih zgodovine poznajo zelo malo ali pa vrsto drog, ki bi lahko vplivale na njihovo vedenje. Veliko oddelkov za NMP v urbanem okolju obravnavajo paciente, ki so žrtve travmatičnega nasilja in nemalokrat se ozadja nasilja v skupnosti prenašajo na oddelke za NMP. Z obiskom oddelkov za NMP se lahko odražajo izkušnje travmatskih duševnih obolenj in tesnobe, ki sprožijo agresivne odzive. Splošno usposabljanje, ki je skupno celotnemu negovalnemu osebju bi moralo večjo pozornosti nameniti usposabljanju za medicinske sestre za NMP s pomočjo varnih postopkov. Varni postopki se osredotočajo na omejen dostop ali premikanje v fizičnem okolju kot je na primer omogočeno zaklepanje vrat za preprečevanje sekundarnega nasilja iz maščevanja v primerih nasilja tolpa ali družinskega nasilja (OSHA, 2015).

Podporno osebje

Osebje za gospodinjstvo, strežbo in vzdrževanje imajo korist od programa za preprečevanja nasilja na delovnem mestu v kolikor svoje dolžnosti vršijo v okolju, kjer se nahajajo pacienti ali v kolikor imajo kakršen koli stik s pacienti. Vso osebje se mora zavedati sistemov, ki temeljijo na oznakah okolja, kot so na primer barvne oznake za razširjanje informacij o posameznih pacientih. Ostali varnostni ukrepi vključujejo varno razdaljo od pacientov, preprečevanje nenadzorovanega odlaganja vzdrževalnega orodja in preprečevanje pacientom, da bi med dostavo perila posegali po oblekah in torbah z vrvmi (OSHA, 2015).

Varnostno osebje

Varnostno osebje mora poznati razpored ustanove z vključenimi vhodi in izhodi in kako omejiti ali nadzorovati dostop v ustanovo. Varnostno osebje mora biti deležno usposabljanja specifičnih potreb za zagotavljanje varnosti v zdravstvenem okolju, vključno s psihološkimi

komponentami za ravnanje agresivnega in neprimerne vedenja ter načine za ravnanje in zmanjševanje sovražnih dejanj (OSHA, 2015).

Nadzorniki in vodstvo

Nadzorniki in vodstvo so deležni usposabljanja za prepoznavanje visoko tveganih dejanj, za zmanjševanje ogrožanja varnosti in za spodbujanje zaposlenih o poročanju nastalih incidentov ter zagotavljanje, da si zaposleni poiščejo ustrezno zaščito po nasilnem dogodku. Dodatno usposabljanje vključuje dodatni management zaposlenih, ki so direktno vpleteni v nasilno dejanje na delovnem mestu (OSHA, 2015).

1.2.5.2 Oblika in pogostost usposabljanja

Usposabljanje za varnost lahko poteka v več oblikah:

- **Teoretične in praktične delavnice.** Usposabljanje za preprečevanja nasilja na delovnem mestu predstavlja teoretični del (na primer seminarji) skupaj s praktičnim delom v oblike igranja vlog, vaj in simulacij. Interaktivne vaje naredijo usposabljanje bolj učinkovito, saj dopustijo udeležencem izvajanje in uporabo spretnosti, ki so se jih naučili kot so na primer tehnike samoobrambe in tehnike umirjanja.
- **Usposabljanje v pravem času.** Nekatere ustanove so določile enega ali več »mentorjev za varnost« za vsako enoto. Te posamezniki lahko nudijo usmerjanje in usposabljanje v realnem času – na primer, če vidijo, da se sodelavec sooča z umirjanjem razburjenega/agresivnega pacienta. Mentorji prav tako vodijo uporabne redne tečaje, ki ustrezajo zaposlenim zaradi usposabljanja v njihovem neposrednem okolju.
- **Spletno usposabljanje.** Ta visoko naraščajoči pristop ponuja zvestobo predstavitve in samodejno dokumentiranje z minimalnim nadzorom in dopuščanjem prilagodljive hitrosti in časa. Spletno usposabljanje ne zagotavlja praktičnih vaj s fizičnimi zmožnostmi, ki so ključen element katerega koli programa za usposabljanje. Je veliko bolj učinkovit, ko je združen s poučevanjem v živo in prakso – mešan pristop. NIOSH je razvil spletni program za usposabljanje (www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training_nurses.html) za pomoč zdravstvenim delavcem pri: učenju ključnih elementov razširjenega programa za preprečevanje nasilja na delovnem mestu, načinu organizacijskih sistemov pri vrednotenju nasilja na delovnem mestu in načinu uporabe posameznih strategij in kako razviti spretnosti za preprečevanje in odzivanje nasilja na delovnem mestu (OSHA, 2015).

1.2.5.3 Funkcionalni model usposabljanja

Ocena stanja in prepoznavanje dejavnikov, ki povečujejo tveganje za agresivno vedenje

Zdravstveno osebje mora biti pozorno na prepoznavanje dejavnikov, ki povečajo tveganje za agresivno vedenje (Povzeto po: Rager Zuzelo, 2009):

- Notranje (blodnje, halucinacije) ali zunanje provokacije;
- Droge ali alkohol;
- Frustracije (nasprotja med željami pacienta in možnostmi konkretne situacije);
- Nedosledno postavljanje meja;
- Pomanjkanje vedenjskih oblik kot alternativ nasilju (npr. Soba za sproščanje);
- Nenaden stres;
- Zaznana nevarnost, bodisi prava ali namišljena;
- Pomanjkanje osebnega prostora;
- Ujetost v nestrukturirano okolje brez aktivnosti;
- Pomanjkanje kontaktov s pacienti v času prezaposlenosti osebja;
- Aplikacija terapije proti volji pacienta.

Lestvici za oceno tveganja za agresivno vedenje

OAS — Lestvica odkrite agresije (Overt Aggression Scale)

Lestvico odkrite agresije OAS je oblikoval Stuart C. Yudofsky s sodelavci (1986) iz Houstona v ZDA. Lestvica OAS je namenjena oceni opazovanega/zazanega agresivnega vedenja. Lestvica je razdeljena na dva dela. Prvi del sestavljajo štiri kategorije agresivnega vedenja: besedna agresija, avtoagresija, heteroagresija in agresivnost do predmetov. Vsaka kategorija vsebuje opis štirih agresivnih vedenj, ki se stopnjujejo glede na resnost (npr. pri besedni agresiji od jeznega vpitja do neposrednih groženj s smrtjo). Ocenjevalec lestvice v prvem delu označi tisto vrsto in intenziteto agresivnega vedenja, ki je pri pacientu prisotna. Drugi del lestvice je namenjen opisu intervencij, ki so potrebne za preprečitev ali obvladanje agresivnega vedenja pri pacientu. Raziskave so potrdile korelacijo med resnostjo/stopnjo posamezne vrste agresivnega vedenja in izvedenimi intervencijami osebja. Sestavni del lestvice je tudi časovna komponenta, kjer se zabeleži čas začetka opazovanega agresivnega vedenja in čas trajanja le-tega, pri čemer velja, da se agresivno vedenje, ki se ponovi znotraj prvih 30 minut od začetka prvega agresivnega vedenja, šteje za isto epizodo agresivnega vedenja (izpolni se ena lestvica) (Povzeto po: Lapanja, 2012).

Lestvica OAS se je v klinični praksi pokazala kot preprosta za uporabo, saj je enostavna, razumljiva in vzame malo časa za izpolnjevanje. Njena napovedna vrednost za nadaljnje agresivno vedenje je manjša kot pri Brøset lestvici nasilnega vedenja (BVC), njena prednost pa je v natančnem opisu stopnje resnosti in vrste agresivnega vedenja. Pomembno napovedno vrednost ima lestvica pri pacientih, pri katerih je agresivno vedenje pogostejše, saj se iz analize lestvic lahko razbere, kako se agresivno vedenje pri posamezniku spreminja v pojavni obliki in intenziteti. Koristne pa so tudi informacije o učinkovitih intervencijah osebja, ki so agresivno vedenje preprečile, zmanjšale ali obvladale (Povzeto po: Lapanja, 2012).

BVC – Brøset lestvica nasilnega vedenja (Brøset Violence Checklist)

V tujini so pri prepoznavanju oz. preprečevanju agresivnega vedenja pogosto v uporabi različne ocenjevalne lestvice. Na Norveškem je avtor Roger Almvik za oceno tveganja za agresivno vedenje pri pacientu uveljavil lestvico BVC (Brøset Violence Checklist; Almvik, Woods & Rasmussen, 2000). Lestvica je bila razvita na podlagi najbolj pogostih vzorcev obnašanja pred agresivnimi neželenimi dogodki in vsebuje šest najbolj značilnih vedenjskih motenj. Sama lestvica je izredno preprosta in ne zahteva veliko časa izpolnjevalca. Lahko se uporablja ob sprejemu pacienta, pa tudi kasneje na oddelku, bodisi za ponovno kontroliranje nevarnosti agresivnega vedenja pacienta, kot rutinsko beleženje stanja na oddelku, za prenos informacij o pacientih med izmenami. Potrebno se je zavedati, da lahko lestvico izpolnjuje le oseba, ki je del zdravstvenega tima in je seznanjena z načinom izpolnjevanja lestvice (Abderhalden, 2008).

Uporaba vedenjsko kognitivnih in deeskalacijskih tehnik

Kot primer navajamo nekaj vedenjsko kognitivnih tehnik, ki jih lahko uporabimo (povzeto po Smrdu v Pregelj & Kobentar, 2009):

- **Poslušanje.** Včasih zadostuje za zmanjšanje jeze in agresivnosti občutek, da nas nekdo dejansko posluša. Ko pride takšen pacient, ga najprej vprašajte, kako mu lahko pomagate, s čimer mu ponudite možnost, da začne govoriti. Ob tem ga pozorno poslušajte, ne govorite, raje vsake toliko pokimajte in ga spodbudite z besedami kot so: ja, kar povejte ipd.
- **Aktivno poslušanje.** To je proces, v katerem se resnično trudimo slišati in razumeti pacienta; je resničen poskus, s katerem se želimo postaviti v njegovo situacijo. Pomeni, da ste pozorni ne samo na besede, ampak tudi na čustva in telesno govorico.
- **Potrditev.** Pojavi se lahko kadar lahko resnično razumete pacientovo jezo. Takrat lahko iskreno odgovorite z besedami: "Razumem, da ste zaradi tega jezni." ali "Če bi se to

zgodilo meni, bi bil verjetno ravno tako jezen." Pri tem morate paziti na ton svojega glasu, ki naj bo pomirjajoč in naj izkazuje spoštovanje.

- **Opravičilo.** Pri tem ne gre za to, da bi se opravičili za kakšno namišljeno napako, ampak zgolj za nekaj, kar se tudi vam zdi, da je bilo napačno ali nepravilno izpeljano. To je zgolj potrditev, da bi se določena stvar lahko izpeljala drugače. Če tega ni, lahko rečete: "Žal mi je, da ste imeli tako grozen dan, izkušnjo ...". Tako izrečete opravičilo brez prevzemanja krivde.
- **Strinjanje.** Pogosto, kadar so ljudje jezni, je vsaj 2 % resnice v tem, kar govorijo. Ko poskušate zmanjšati jezo, je pomembno, da slišite ta 2 % in se z njima strinjate.
- **Povabilo kritike.** Pri tem povabite pacienta, da izreče kritiko situacije bolj celostno. Pri tem lahko rečete: "Kar povejte. Poveste lahko vse, kar vas je vznemirilo." Takšno povabilo lahko na začetku nekoliko poveča jezo, vendar se ob nadaljnjem spodbujanju pacienta k izpovedi zmanjša. Pri uporabi te tehnike se zavedajte, da boste za enega pacienta porabili veliko časa in da ne morete predvideti, koliko. Če ga boste prehitro prekinili, se lahko njegova jeza le poveča.

Deeskalacijske tehnike (povzeto po Lapanja & Mohar v Čuk, 2006):

Pravila neverbalne komunikacije:

- Svoje telo pozicionirajte tako, da lahko komunicirate v kotu, ko ni "iz oči v oči";
- Zavedajte se države svojega telesa. Izogibajte se drž, ki lahko izpadejo avtoritativne in obrambne (prekrižane roke oz. roke na bokih);
- Poskušajte komunicirati na isti višini kot pacient. Med deeskalacijskim procesom je včasih priporočeno, da sedite;
- Zavedajte se svoje obrazne mimike in poskrbite, da odraža tisto, kar govorite;
- Distanca med osebami v deeskalacijskem procesu naj bo približno 1 meter. Ta razdalja se lahko/mora poveča na razdaljo treh metrov v primeru stopnjevanja se verbalne agresije;
- Izogibajte se skušnjavi, da prezgodaj uporabite v deeskalacijskem procesu pomirjevalni dotik;
- Bodite pozorni pri uporabi strmenja v oči. Le-ta se uporablja v isti meri kot pri razgovoru z neagresivno osebo. Dobra uporaba "gledanja v oči" bo sporočala naravnost in zaupanje.

Pravila verbalne komunikacije:

- Uporabljajte miren, topel in "čisti" ton glasu;
- V zgodnji fazi deeskalacije vprašajte po specifičnih dejanjih in se izogibajte dolgim kompliciranim izjavam;
- Izogibajte se osebni konfrontaciji, tako da ostanete fokusirani na trenutno temo, in ignorirate direktni osebni napad;
- V zgodnji fazi deeskalacije se izogibajte temu, da bi bili selektivni do tem, ki vam jih pacient zaupa. Soočite s tem, kar zglada glavni problem, četudi je morda neprijeten;
- Izogibajte se uporabi žargona;
- Okrepite svojo pozicijo v smislu pomagača in ne kot omejevalca.

Uporaba posebnega varovalnega ukrepa (za uporabo v psihiatrični stroki)

PVU odredi zdravnik, izvaja pa jih negovalni tim po predpisanih standardih. Večinoma so spremljevalec nujnih stanj v psihiatriji. To so vsa urgentna stanja, ki potrebujejo takojšnje zdravljenje, s čimer se prepreči napredovanje slabšanja stanja in v skrajnih primerih heteroagresivno ali avtoagresivno vedenje (Pregelj & Kobentar, 2009).

Razlogi za uvedbo PVU (Dernovšek, Novak Grubič, 2001):

- Ukrepi, namenjeni omogočanju obravnave pacienta (fiksacija roke med aplikacijo i. v. infuzije, premedikacija pred in med medicinskimi posegi oziroma preiskavami);
- Ukrepi, namenjeni za odpravo oziroma obvladovanje pacientovega nevarnega vedenja (vedenje, ki je usmerjeno v škodo njemu samemu, okolici ali drugim osebam).

Vrste posebnih varovalnih ukrepov:

a) Medikamentozni PVU:

- Hitra nevroleptizacija (pacient v enkratnem ali večkratnih zaporednih odmerkih prejme nevroleptik peroralno ali intramuskularno);
- Sedacija z benzodiazepini;
- Sedacija z benzodiazepini in hitro nevroleptizacijo.

b) Fizični PVU:

- Diskretni nadzor — pomeni povečano pozornost osebja, kjer ima pacient še vedno ohranjeno delno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom. Pacienta se opazuje na 15 minut ali po navodilu zdravnika;
- Ograjica na postelji — uporablja se pri ležečih pacientih, starostnikih in telesno oslabelih zaradi preprečitve padcev s postelje;
- Stalni nadzor v gibanju — pomeni stalno varovanje pacienta, izvaja se na varovanih oziroma intenzivnih oddelkih. Izpolni se potrebna dokumentacija — list stalnega opazovanja;
- Fizično oviranje pacienta s pasovi na postelji.

c) Kombinacija medikamentoznega in fizičnega PVU (Dernovšek, Novak Grubič, 2001; Možgan, 2009).

Uporaba prilagojenih tehnik fizičnega oviranja za obvladovanje agresivnosti

Tehnike fizičnega oviranja za obvladovanje agresivnosti morajo biti prilagojene za uporabo pri bolniku. Tehnike so usmerjene k čim bolj varnemu ukrepanju in ohranjanju terapevtskega odnosa.

Tehnike:

- Položaj in približevanje bolniku;
- Vzpostavljanje kontakta in telesnega stika;
- Spremljanje in varen transport;
- Ukrepanje ob odklonilnosti in pasivnosti bolnika;
- Ukrepanje ob težjih oblikah nemira in agresivnosti;
- Ukrepanje ob različnih primerih prijmov in napadov;
- Priprava za nadaljnjo fiksacijo (PVU);
- Pomoč pri aplikaciji parenteralne terapije;
- Timska obravnava obvladovanja agresivnosti.

1.2.6 MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA – ANALIZA PRELIMINARNE USPEŠNOSTI PREDLAGANEGA MODELA

1.2.6.1 Namen raziskave

Zanimalo nas je kako model funkcionalnega izobraževanja zaposlenih v zdravstvu za obvladovanje nasilja vpliva na znanje zaposlenih o obvladovanju nasilnih pacientov, njihovo mnenje o izobraževanju ter koristnost modela za spopadanje z nasiljem v prihodnosti.

1.2.6.2 Metodologija

Izvedena je bila triurna delavnica v Socialno varstvenem zavodu Hrastovec, 7. junija 2019. Delavnice se je udeležilo 14 zaposlenih z različno stopnjo izobrazbe. Vodil jo je doc. dr. Branko Gabrovec. Po koncu delavnice so udeleženci izpolnili kratki anketni vprašalnik, ki je bil izoblikovan v sklopu druge raziskave CRP na temo Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov (Priloga 13). Rezultati ankete so bili analizirani s pomočjo kvantitativnih statističnih analiz.

1.2.6.3 Rezultati

Večina udeležencev je bilo moških (71%) in povprečna starost udeležencev je bila 32,2 leti. Zaposleni so imeli v povprečju 11 let delovnih izkušenj. Prevladovala je srednja stopnja izobrazbe (79%), 21% je navedlo visoko stopnjo izobrazbe, nihče ni izbral višje ali univerzitetne izobrazbe.

Znanja in stališča o obvladovanju nasilnih pacientov

Rezultati preliminarnе evalvacije modela funkcionalnega izobraževanja so pokazali, da je 79% udeležencev imelo teoretično in praktično usposabljanje za obvladovanje nasilja v zdravstvu, 21% pa je imelo je praktično izobraževanje. Devet udeležencev popolnoma strinja oz. se strinja s tem, da imajo na razpolago potrebne informacije o ukrepanju v primeru nasilnega pacienta. Le eden se ni strinjal s to trditvijo. Prav tako se jih je 79% strinjalo, da so osebju na voljo ustrezna usposabljanja, 21% pa se je deloma strinjalo s tem.

Kljub temu pa rezultati kažejo, da se zaposleni ne počutijo dovolj kompetentne za obvladovanje nasilnih pacientov. Šest udeležencev (43%) meni, da imajo zadostno količino znanja za obvladovanje neželenega vedenja pacientov. Poleg tega jih 50% meni, da kljub temu, da imajo zadostno količino znanja, le-tega ne znajo aplicirati v praksi. Le eden udeleženeec (7%) je izrazil nestrinjanje in meni, da znanje zna uspešno prenesti v prakso.

Udeleženci so izrazili močno zanimanje za dodatna izobraževanja za varno oskrbo pacientov – 79% se je popolnoma strinjalo oz. strinjalo z potrebo po teoretičnih delavnicah. Vsi udeleženci so se popolnoma strinjali oz. strinjali, da za varno oskrbo pacientov potrebujejo dodatna praktične delavnice, pisne smernice ukrepanja ter da bi morala biti izobraževalne delavnice izvedene z večkratnimi obnovitvami.

Ocena izobraževanja in vpliv na čustva ter kompetence povezane z obvladovanjem nasilja

Večina udeležencev (86%) je ocenila model funkcionalnega izobraževanja kot zelo uspešnega, 14% pa kot uspešnega. Vsi respondenti so se popolnoma strinjali oz. strinjali, da je delavnica izboljšala njihovo organiziranost, strokovnost, odločnost, proaktivnost in neznanje.

Devet udeležencev se je strinjalo, da je delavnica vplivala na njihovo samozaupanje, 4 so se s tem popolnoma strinjali in le eden udeleženec se je delno strinjal s to trditvijo. Večina udeležencev (79%) je tudi poročala pozitivni vpliv delavnice na zmanjšanje strahu, med tem ko jih je 21% poročalo le delni vpliv na zmanjšanje strahu. Pet anketirancev se popolnoma strinja in osem anketirancev se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšal občutek nemoč. Eden anketiranec se deloma strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo soočenje z nemočjo.

Popolno strinjanje s trditvijo, da je delavnica vplivala na znižanje občutka negotovosti, so izrazili 4 udeleženci. Devet se jih je prav tako strinjalo s to trditvijo in le eden udeleženec je izrazil delno strinjanje. Po opravljenem funkcionalnem izobraževanju, se je en respondent le delno strinjal s trditvijo, da je izobraževanje vplivalo na zmanjšanje občutka nervoznosti. Preostali so se strinjali (43%) oz. popolnoma strinjali (50%), da je delavnica znižala njihov občutek nervoznosti.

1.2.6.4 Diskusija

Cilj raziskave je bilo narediti preliminarno evalvacijo modela funkcionalnega izobraževanja za zaposlene v zdravstvu za obvladovanje nasilja. Na podlagi zgoraj predstavljenih rezultatov je evidentno, da čeprav so zaposleni deležni usposabljanj in imajo na voljo informacije o ukrepanju, se le-ti ne počutijo dovolj kompetentne za obvladovanje nasilnih pacientov. Vsi so izrazili potrebo po dodatnem večkratnem usposabljanju, predvsem praktičnem.

Model funkcionalnega izobraževanja so vsi udeleženci ocenili kot zelo uspešnega oz. uspešnega. Po opravljeni delavnici so se vsi anketiranci se popolnoma strinjali oz. strinjali, da je delavnica pozitivno vplivala na njihova organiziranost, strokovnost, odločnost, proaktivnost in soočanje z neznanjem. Večina anketirancev se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo njihovo samozaupanje in soočanje z negotovostjo, nemočjo in nervozo. Prav tako

večina anketirancev meni, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo njihovo soočenje s strahom. Trije anketiranci se pa le deloma strinjajo s to trditvijo.

S pomočjo analize evalvacijskega vprašalnika smo ugotovili, da morajo zaposleni še dodatno nadgrajevati znanje za obvladovanje agresivnega pacienta in imeti možnost prenosa teoretičnega znanja v prakso. Tako bodo tudi imeli priložnost se znebiti strahu pred obravnavo agresivnih pacientov. Nenazadnje ustrezen pristop k agresivnemu pacientu zmanjša stopnjo agresije in s tem olajša nadaljnjo obravnavo pacienta.

1.3 RAZPRAVA IN SKLEP

Namen ciljno raziskovalnega projekta (CRP) z naslovom Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov je bilo pridobiti vpogled v razširjenost problematike v Sloveniji in zasnovati model funkcionalnega izobraževanja, ki bi pomagal zaposlenim v zdravstvu pri obvladovanju nasilja, s katerim so soočeni na delovnem mestu. V sklopu ciljno raziskovalnega projekta z naslovom Varstvo zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov je bilo izvedenih 6 raziskav:

- Analiza opravljenih raziskav in literature na področju pojavnosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu ter primerjava s tujino;
- Pregled načinov merjenja pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja v okviru zdravstvenih sistemov ter izdelava enotnega in celovitega instrumenta za zaznavo in merjenje pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja;
- Razširjenost nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu in analiza njihovih stališč;
- Razširjenost nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu – fokusne skupine;
- Model funkcionalnega izobraževanja zaposlenih v zdravstvu za obvladovanje nasilja;
- Model funkcionalnega izobraževanja – analiza preliminarni uspešnosti predlaganega modela.

Pregled strokovne literature je bil narejen na področju zdravstvene nege in je potrdil vsesplošno visoko razširjenost nasilja v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji, predvsem na intenzivnih psihiatričnih oddelkih, domovih za ostarele in reševalnih službah. Prevladuje predvsem verbalno in psihično nasilje, ki ga izvajajo tako pacienti kot sodelavci ali nadrejeni žrtev. Podobne rezultate navajajo tudi raziskave izvedene v tujini, z glavnimi odstopanji v prevalenci fizičnega nasilja.

Z namenom zaježitve vsesplošno razširjene problematike obstajajo različni vprašalniki, kontrolni sezname in obrazci za beleženje nasilnih incidentov. Ti pomagajo voditi evidenco prevalence nasilja v zdravstvenih ustanovah, ocenjevati organizacijsko pripravljenost na morebitna nasilna vedenja pacientov, skrb organizacij za lastne zaposlene ter identificirati stopnjo tveganja, ki jih pacienti predstavljajo za zaposlene. Nekateri meritveni instrumenti so zelo obsežni in časovno zahtevni, drugi se osredotočajo samo na nasilje s strani enega vira – ali s strani pacientov in njihovih bližnjih, ali pa s strani sodelavcev in nadrejenih. Posledično je bil razvit enoten in celovit vprašalnik (Priloga 12), ki pokriva sledeče tematike:

- Vrsto, specifično obliko in pogostost nasilja s strani pacientov ali njihovih bližnjih v zadnjem enem letu;
- Vrsto in pogostost nasilja s strani sodelavcev ali nadrejenih v zadnjem enem letu;
- Čustveni odziv ob soočanju z nasilnim vedenjem pacientov;
- Organizacijske faktorje, ki vplivajo na kakovost in varnost dela;
- Kompetence za varno oskrbo pacientov, ki se nasilno vedejo.

Vprašalnik je bil uporabljen v tretjem segmentu CRP-a z namenom ugotovitve vrste in konkretnih oblik nasilja, s katerimi se soočajo zaposleni v zdravstvu. Rezultati kažejo, da so pacienti in njihovi bližnji največkrat verbalno in psihično nasilni do zdravstvenih delavcev. Manj pogosto je fizično ter spolno nasilje nad zaposlenimi. Kljub temu, da so zaposleni bili deležni usposabljanja za obvladovanje nasilja, jih večina meni, da bi potrebovali dodatna praktična in teoretična usposabljanja ter pisne smernice. Pomankanje kompetenc za obvladovanje nasilnih pacientov pri zaposlenih vzbuja strah, negotovost in občutek ogroženosti na delovnem mestu.

Izstopajo tudi rezultati, ki kažejo, da je za kakovostno in varno obravnavo pacientov potrebno izboljšati organizacijske in kadrovske politike v zdravstvu. O verbalnem in psihičnem nasilju, predvsem raznolike oblike šikaniranja s strani sodelavcev ali nadrejenih, poroča več kot tretjina vprašanih. Prav tako je prisotno fizično in spolno nasilje s strani zaposlenih ali nadrejenih, vendar manj pogosto. Istočasno pa večina izpostavlja, da imajo dobri oz. slabi odnosi med člani tima zelo močan vpliv na varno in kakovostno obravnavo pacientov.

Večina zaposlenih nima pozitivnega mnenja o odnosu organizacije in vodstva do zagotavljanja varnosti na delovnem mestu. Zaposleni namreč menijo, da vodstvo nima jasne predstave o dejanskih varnostnih tveganjih v zdravstvu, jim zagotavljanje varnosti ne predstavlja prioritete in odločitve ne sprejemajo za to strokovno usposobljeni odločevalci. Izpostavljajo, da pomankanje kadra vpliva na varnost in kakovost dela, prav tako jih veliko ni deležnih supervizije ali kakršnekoli druge oblike pomoči po soočenju z nasilnim incidentom.

Za pridobitev bolj podrobnega razumevanja problematike je bila izvedena fokusna skupina, kjer so udeleženci potrdili zgoraj navedene rezultate empirične raziskave. Zaposleni občutijo strah in ogroženost na delovnem mestu. Čeprav zaposleni navajajo nasilno vedenje pacientov kot nezaželeno, ga v veliki meri razumejo in nima velikega vpliva na njihovo delo. Na kakovost njihovega dela ima največji negativni vpliv nasilje s strani sodelavcev ali nadrejenih, ki ga v veliki meri tudi ne poročajo saj le-to ne sproži pričakovanih ukrepov. Menijo, da organizacije ne posvečajo dovolj pozornosti zagotavljanju varnosti in da niso primerno usposobljeni, da bi lahko svoje delo opravljali kakovostno in varno. Največ težav navajajo predvsem v zmožnosti prenosa teoretičnega znanja v prakso in zato tudi izpostavljajo pomembnost večjega števila zaposlenih z izkušnjami.

Na podlagi ugotovitev, ki so jih pokazale prve štiri raziskave, je bil zasnovan model funkcionalnega usposabljanja, ki celostno pokriva obvladovanje nasilja na področju zdravstvenega varstva. Zajema tako teoretične kot tudi praktične tehnike obvladovanja nasilja. Vključuje sledeče komponente:

- **Ocena stanja in prepoznavanja dejavnikov, ki povečujejo tveganje za nasilno vedenje** – seznanitev zaposlenih z dejavniki, ki povečajo nasilno vedenje in z dvema ocenjevalnima lestvicama, ki bi jih lahko uporabljali za lažje dokumentiranje in napovedovanje nasilnega vedenja v prihodnosti.
- **Vedenjsko-kognitivne in deeskalacijske tehnike** – vedenjsko-kognitivne tehnike vključujejo poslušanje, aktivno poslušanje, potrditev, opravičilo, strinjanje in povabilo kritike. Sklop deeskalacijskih tehnik naslavlja pravila verbalne in neverbalne komunikacije.
- **Posebne varovalne ukrepe (PVU) namenjene za psihiatrično stroko** – poznavanje razlogov zdravniške za odredbo PVU ter različne vrste PVU (medikamentozni, fizični in kombinacija obeh).
- **Prilagojene tehnike fizičnega oviranja za obvladovanje nasilja** – te tehnike so prilagojene za uporabo pri pacientih in so usmerjene k čim bolj varnem načinu ukrepanja, ki ohrani korekten zdravstveni oz. terapevtski odnos.

Model funkcionalnega usposabljanja je namenjen vsem, ki imajo stik s pacienti. To vključuje tako sprejemno osebje, kot tudi pogodbene delavce (npr. zdravnike), nove oz. prestavljene zaposlene, še posebej:

- Medicinske sestre in neposredno negovalno osebje;
- Osebje za nujno medicinsko pomoč;
- Podporno osebje (gospodinjstvo/prehrano, strežbo in vzdrževanje);

- Varnostno osebje;
- Nadzorniki in vodstvo.

Usposabljanje za varnost lahko poteka v več različnih oblikah:

- **Teoretične in praktične delavnice** – seminarji in interaktivne vaje, kjer bi uporabniki lahko preizkusili izvajanje in uporabnost tehnik. To bi jim omogočilo lažji prenos znanja v prakso.
- **Usposabljanje v realnem času** – ustanove bi lahko določile enega ali več "mentorjev za varnost", ki bi lahko nudili usmerjanje in usposabljanje sproti in ob nastali potrebi po tem.
- **Spletno usposabljanje** – omogoča samodejno dokumentiranje z minimalnim nadzorom ter prilagoditev hitrosti in časa. Vendar ne zagotavlja praktičnih vaj, ki so ključne za katerikoli program usposabljanja.

Zadnji korak je bila preliminarna ocena modela funkcionalnega usposabljanja – ali model izboljša sposobnost obvladovanja nasilja zaposlenih v zdravstvu. Triurno delavnico je vodil doc. dr. Branko Gabrovec, ki so jo vsi udeleženci ocenili kot za zelo uspešno oz. uspešno. Vsi udeleženci so poročali o izboljšanju strokovnosti, organiziranosti, odločnosti, proaktivnosti in soočanju z neznanjem. Izobraževanje je zmanjšalo njihov strah, nervozo, soočanje z negotovostjo in nemočjo. Prav tako je zvišalo njihovo samozaupanje.

Nasilje v zdravstvu je zelo razširjena problematika, kar je trenutni ciljno raziskovalni projekt empirično potrdil. Zaposleni v zdravstvu se počutijo ogrožene in nekompetentne za obvladovanje nasilja, s katerim se soočajo na delovnem mestu. Čeprav so vsi deležni vsaj praktičnega usposabljanja, imajo zaposleni kljub dolgoletnim delovnim izkušnjam še vedno izziv prenesti to znanje v prakso. Problematika pride do še večjega izraza ob vsesplošnem pomankanju kadra (še posebej izkušenega), kar je pa tudi odraz kadrovske politike organizacij in vodstva. V nekaterih primerih vodstvo ni dovolj seznanjeno z realno stopnjo tveganja, s katero se soočajo njihovi zaposleni. Tako vodstvo operira z okrnjeno količino informacij in posledično varnost pogosto ni prioriteta. Prav tako strokovnjaki s področja varnosti le redko sodelujejo pri odločanju in implementaciji varnostnih ukrepov v zdravstvenih organizacijah, kar lahko še dodatno vpliva na prevalenco nasilja v zdravstvu. To se kaže predvsem v trenutni praksi usposabljanja zaposlenih za obvladovanje nasilnega vedenja na delovnem mestu, ki ga zaposleni le s težavo prenašajo v prakso. Pomankanje kompetenc posledično vpliva na kakovost dela in vzbudi tudi vprašanje funkcionalnosti trenutnih izobraževalnih programov namenjenih obvladovanju nasilja na delovnem mestu.

Istočasno pa je pri obravnavi problematike vpliva nasilja na varnost in kvaliteto dela potrebno upoštevati tudi vpliv nasilja nad zaposlenimi s strani sodelavcev ali nadrejenih. Nasilje med sodelavci namreč povzroči slabe odnose v delovnih timih, kar lahko vpliva na stopnjo zbranosti in motivacije zaposlenih. Ob nižji stopnji motivacije in koncentracije lahko zaposleni spregledajo prve znake tveganja za nasilno vedenje pacienta in posledično ogrozijo varnost ter kvaliteto obravnave pacientov.

1.4 PREDLOGI IN IZHODIŠČA ZA NADALJNJE RAZISKAVE

Nasilje v zdravstvu je še vedno premalo raziskava in obravnavana tematika, tako iz strokovnega vidika kot tudi organizacijskega in vodstvenega. Model funkcionalnega izobraževanja, ki je bil zasnovan v okviru trenutnega CRP je bil korak proti ozaveščanju in posledično zniževanju nasilja v zdravstvu. Vendar v kolikor bi želeli dolgoročno in sistematično nasloviti problem nasilja v zdravstvu, so potrebne nadaljnje raziskave.

Vsekakor bi bilo zelo priporočljivo ponoviti trenutno empirično raziskavo na večji populaciji različnih profilov zaposlenih ter ločiti glede na oddelke (npr. psihiatrični oddelek, oddelek nujne medicinske pomoči, dom za ostarele). Tako bi lahko prilagodili model funkcionalnega usposabljanja za zaposlene za obvladovanje nasilja v zdravstvu glede na specifično prevalenco, vrsto in obliko nasilja na posamičnih oddelkih. Eno leta po opravljenem usposabljanju bi nato udeleženci ponovno izpolnili anketni vprašalnik o razširjenosti in pogostosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu. To bi nam omogočilo primerjavo rezultatov pred in po usposabljanju ter tako oceniti dejansko funkcionalnost modela v praksi. Na podlagi rezultatov bi lahko po potrebi optimizirali model funkcionalnega usposabljanja za dotične oddelke oz. organizacije in kasneje tudi tako izobrazili mentorje za vsako organizacijo. Ti mentorji bi potem lahko sistematično predajali znanje naprej znotraj matične organizacije novim zaposlenim, vodili delavnice za obnovitev znanja zaposlenih ter tudi pomagali zaposlenim implementirati znanje v prakso.

Trenutno ne obstaja sistem na državni ravni, ki bi omogočal pregled prevalence nasilnih incidentov po različnih zdravstvenih ustanovah. Implementacija kratkega spletnega obrazca, bi omogočila boljši pregled nad prevalenco nasilja in tudi hitrejše ukrepanje s strani vodstva. Pomagalo pa bi raziskovalnim inštitucijam pri razumevanju pojavnosti nasilja in posledičnem razvijanju strategij preprečevanja nasilja.

V primeru psihiatričnih oddelkov, kjer je najvišja prevalenca vseh oblik nasilja, bi bilo potrebno implementirati tudi instrumente, ki bi pomagali voditi stopnjo tveganja pacientov. Primer takega pol-strukturiranega instrumenta je HCR-20, ki je eden izmed najbolj uporabljenih psiholoških instrumentov za ocenjevanje stopnje tveganja pacientov in zapornikov v tujini. Celostno naslovi vse dejavnike, ki lahko vplivajo na nasilno vedenje dotičnega pacienta ter tudi predvidi potrebne ukrepe v različnih primerih (odvisno od stopnje nasilja). To bi lahko

odločevalcem bilo v veliko pomoč tako pri načrtovanju zdravljenja kot presojanju potencialnega pogojnega izpusta. Odločitve, ki so bazirane na pol-strukturiranih oz. strukturiranih merskih instrumentih so bolj zanesljive in točne, kar je ključno še posebej ko govorimo o varnosti ne le pacienta samega, temveč tudi širše družbe.

V kolikor bi želeli zagotoviti varno in kakovostno obravnavo pacientov, bi morali problematiko nasilja v zdravstvu celostno nasloviti. To pomeni, da bi morali dodatno pozornost tudi nameniti raziskovanju organizacijskih dejavnikov, ki vplivajo na znižanje stopnje varnosti in kakovosti v zdravstvu:

- *Pomankanje (izkušenega) kadra* – kolikšno je trenutno število kadra po različnih oddelkih organizacij in kakšno število bi bilo optimalno za varno obravnavo nasilnih pacientov. Podatki o razlogih za pomankanje kadra pa bi pomagalo organizaciji optimizirati kadrovski načrt zaposlovanja.
- *Viktimizacija zaposlenih s strani sodelavcev ali nadrejenih* – kateri faktorji vodijo do konfliktnih dogodkov oz. ki vplivajo na interorganizacijsko nasilje, ter kako to vpliva na kakovost dela zaposlenih. Na podlagi teh informacij, bi lahko razložili ali je nizka kakovost obravnave pacientov posledica pomankanja kompetenc ali notranje stiske kot odraz viktimizacije na delovnem mestu. Izoblikovali bi lahko napotke, ki bi odločevalcem pomagali pri oblikovanju bolj kompatibilnih delovnih timov. Dobili bi tudi vpogled v delovanje organizacijskega sistema za preprečevanje nasilja med zaposlenimi in ga posledično lahko tudi optimizirali.

Poleg tega, bi lahko na podlagi teh raziskav izoblikovali kampanjo, ki bi na državni ravni poizkušala dvigniti organizacijsko kulturo in tako zmanjšati nasilje med zaposlenimi samimi. Zasnoval bi se lahko tudi sistem poročanja nasilja s strani sodelavcev, kar bi lahko bil kratek spletni obrazec in tako zaposlenim dal večji občutek varnosti na delovnem mestu. Posledično pa bi tudi v skladu s Hipokratovo zavezo pacientom omogočali najvišjo stopnjo kakovosti obravnave.

Na kratko – v kolikor bi želeli v celostno nasloviti nasilje v zdravstvu, so potrebni sledeči koraki:

- Ponoviti trenutno raziskavo na večji populaciji ločeno glede na oddelek in poklic, z dvema časovnima točkama testiranja – pred in po opravljenem usposabljanju po modelu funkcionalnega izobraževanja za zaposlene v zdravstvu za obvladovanja nasilja, ter potencialno optimizirati modela usposabljanja za na podlagi novih rezultatov;
- Organizirati usposabljanje mentorjev za prenos in ohranjanje znanja po optimiziranem modelu funkcionalnega usposabljanja za obvladovanje nasilja za vse zdravstvene ustanove v Sloveniji;

- Dodatno raziskati organizacijske dejavnike, ki vplivajo na varnost in kakovost obravnave pacientov s poudarkom na viktimizaciji zaposlenih s strani sodelavcev ali nadrejenih, ter izoblikovati kampanjo za dvig organizacijske kulture
- Implementirati spletni obrazec za sistematično vodenje evidence prevalece nasilnih incidentov v zdravstvu – tako iz strani pacientov kot tudi iz strani sodelavcev ali nadrejenih;
- Uvesti strukturiran psihološki instrument za beleženje stopnje tveganja pacientov za druge ali sebe na psihiatričnih oddelkih, kjer je prevalenca fizičnega nasilja najvišja.

2 RAZISKOVALNO POROČILO: ANALIZA OPRAVLJENIH RAZISKAV IN LITERATURE NA PODROČJU POJAVNOSTI AGRESIJE NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVU TER PRIMERJAVA S TUJINO

Branko Gabrovec, Tit Albreht, Marjetka Jelenc, Branko Lobnikar, Kaja Prislan, Mirna Macur, Ivana Kršič, Špela Selak

IZVLEČEK

Izhodišča

Zdravstveni delavci se soočajo s številnimi zdravstvenimi tveganji med opravljanjem zdravstvene dejavnosti. Raziskovalno poročilo predstavlja pregled raziskav na področju nasilja, ki je usmerjeno proti zaposlenim v zdravstvu. Glede na raziskanost omenjenega področja smo omejili na pregled nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi. Namen prispevka je ugotoviti vrste in prevalenco nasilja, uporabljene raziskave in pomanjkljivosti opravljenih raziskav. Ugotovitve lahko podpirajo sistematične preventivne, administrativne in preživetvene ukrepe.

Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda za pregled literature na področju nasilja usmerjenega proti zaposlenim v zdravstveni negi. Izbrali smo pregled literature, ker omogoča pridobitev podatkov iz več virov in zagotavlja celostno razumevanje obravnavane teme. Za analizo je bilo izbranih 15 člankov/virov.

Rezultati in razprava

Rezultati kažejo na visoko izpostavljenost nasilju zaposlenih v zdravstveni negi. Ta izpostavljenost je na vseh področjih velika, še posebej v intenzivni psihiatrični negi. Potreben je nadaljnji kvalitativen pristop, ki bo omogočal razkritje podrobnejših karakteristik in ozadij tovrstnega nasilja in dodatno raziskovanje še na drugih področjih zdravstvene nege.

Ključne besede: nasilje, agresija, zdravstvena nega, zaposleni, Slovenija.

2.1 UVOD

V zadnjem času se je tudi v Sloveniji pojavilo več incidentov nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi, zato je bilo na tem področju izvedenih več raziskav. Ker nasilje na delovnem mestu v sistemu zdravstvenega varstva predstavlja naraščajoč problem, smo izvedli pregled obstoječe literature v Sloveniji z namenom podpiranja potrebne sistematične preventive, poročanja in preživetvenih ukrepov.

Raziskovalno poročilo predstavlja pregled raziskav na področju nasilja, ki je usmerjeno proti zaposlenim v zdravstveni negi v Sloveniji. Namen prispevka je ugotoviti vrste in prevalenco nasilja, uporabljene raziskave in pomanjkljivosti opravljenih raziskav. Ugotovitve lahko podpirajo sistematične preventivne, administrativne in preživetvene ukrepe. V raziskovalnem poročilu smo se osredotočili na nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi, saj je to področje bolj raziskano, kot nasilje nad drugimi poklicnimi skupinami v zdravstvu (npr. nad zdravniki).

2.1.1 NASILJE NA DELOVNEM MESTU

Nasilje na delovnem mestu, definirano kot nasilno dejanje, ki vključuje fizični napad in grožnjo napada usmerjenega k zaposlenim, je bilo prepoznano kot velik problem (Gerberich et al., 2004).

Nasilje na delovnem mestu je katerikoli dejanje ali grožnja fizičnega napada, nadlegovanja, ustrahovanja ali drugega napadalnega motečega vedenja, ki se zgodi na delovnem mestu. Nasilje je lahko vse od groženj in verbalnega nasilja do fizičnih napadov in celo umora. Vključuje in vpliva lahko na zaposlene, odjemalce in obiskovalce (U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration, 2002).

Nasilje na delovnem mestu je splošen problem. Je vsako dejanje, v katerem se osebo zlorablja, ustrahuje, napada ali se ji grozi v njeni zaposlitvi. Nasilje na delovnem mestu vključuje (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2014):

- Napadalno vedenje – kot je grožnja s pestjo, uničevanje lastnine ali metanje predmetov;
- Verbalne ali pisne grožnje – katerikoli izraz namenske povzročitve škode;
- Nadlegovanje – vsako vedenje, ki ponižuje, spravlja v zadrego, sramoti, jezi, vznemirja ali žali osebo in je znano ali pričakovano, kot nezaželjeno. To vključuje besede, geste, ustrahovanje, nasilno obnašanje ali ostale neprimerne aktivnosti;
- Verbalno nasilje - preklinjanje, žaljenje ali podcenjevanje;
- Fizični napad – udarjanje, potiskanje ali brcanje.

Prizadevanja za načrtovanje se morajo osredotočiti na preprečevanje, poročanje, preživetje in odzivanje na te incidente.

Najpomembnejša komponenta kateregakoli programa za preprečevanje nasilja na delovnem mestu je zavezanost k upravljanju. Zavezanost upravljanja je najbolje izražena v pisni obliki pravilnika, ki naj bi (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2014):

- Bil razvit s strani predstavnikov vodstva in zaposlenih;
- Nanašal se na vodstvo, zaposlene, odjemalce, neodvisne izvajalce in vsakogar, ki je na kakršenkoli način povezan z delovno organizacijo;
- Natančno definiral kaj je mišljeno z izrazom »nasilje na delovnem mestu«;
- Zagotavljal jasne primere nesprejemljivega vedenja in delovnih pogojev;
- Predstavlja jasno mnenje delovne organizacije o nasilju na delovnem mestu in njihovo zavezanost k preprečevanju le-tega;
- Natančno predstavljala posledice groženj in storjenih nasilnih dejanj;
- Na kratko opiše postopek, s pomočjo katerega bodo razviti preventivni ukrepi;
- Spodbuja prijavo vseh nasilnih dejanj;
- Navede zaupni postopek, s katerim bodo zaposleni lahko prijavili incidente in, ki bo določal komu lahko podajo prijavo;
- Zagotavlja, da ne bo izvedenih povračilnih ukrepov zoper zaposlenega, ki je prijavo podal;
- Opredeli postopke za preiskovanje in reševanje pritožb;
- Opisoval kako bodo informacije o morebitnih tveganjih bile posredovane zaposlenim;
- Zavezuje, da bo žrtvam nasilja zagotovljena podpora;
- Ponuja zaupen program pomoči zaposlenim z osebnimi težavami;
- Zavezuje zahteve usposabljanja za preprečevanje nasilja nad zaposlenimi na različnih ravneh znotraj organizacije;
- Navaja primerne nadzorne pogoje.

Določeni dejavniki dela, postopki in medsebojni vplivi lahko ljudi izpostavi k povečanemu tveganju za pojav nasilja na delovnem mestu. Primeri vključujejo (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2014):

- Delo z ljudmi;
- Ravnanje z denarjem, dragocenostmi ali z zdravili na recept (npr. blagajniki, farmacevti);
- Opravljanje inšpekcijskih ali izvršilnih nalog (npr. vladni uslužbenci);
- Nudenje storitev, nege, svetovanj ali izobraževanj (npr. zdravstveni delavci, učitelji);
- Delo z labilnimi ali vzkipljivimi osebami (npr. zaposleni v socialnih službah ali zaposleni v varnostnem in pravosodnem sistemu);
- Delo v prostorih, kjer se streže alkohol (npr. zaposleni, ki delajo s hrano in pijačo);
- Samostojno delo, delo v manjšem kolektivu (npr. trgovski uslužbenec, nepremičninski agent) ali delo v izoliranih oz. nizkih prometnih območjih (npr. sanitarije, skladiščni prostori, pomožni prostori);
- Delo v skupnosti (npr. zaposleni v zdravstveni negi, socialni delavci in ostali obiskovalci na domu);
- Imeti mobilno delovno mesto (npr. Taksi služba);
- Delo v obdobjih intenzivnih organizacijskih sprememb (npr. stavke, zmanjševanje število zaposlenih).

2.1.2 NASILJE NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI IN SOCIALNEM VARSTVU

Zdravstveni delavci se pri zagotavljanju zdravstvenih storitev posameznikom ali skupnosti srečujejo s številnimi zdravstvenimi tveganji (Ozturk & Babacan, 2014). Na primer, študija, ki so jo opravili Clements et al. (2005) je pokazala, da je 35 % - 80 % vseh zdravstvenih delavcev na delovnem mestu vsaj enkrat doživelo fizični napad, pri čemer so zaposleni v zdravstveni negi najbolj izpostavljena skupina. Že v preteklih študijah je bilo povečano nasilje na delovnem mestu, usmerjeno k zdravstvenim delavcem, zaznan kot resen problem (Jones, 1985; Alessi, 1991; Gates et al., 1999). Zdravstveni delavci so najpogosteje tarča pacientovega nasilnega obnašanja, vendar pa tudi ostali zaposleni, ki prihajajo v stik s temi pacienti – policisti, varnostniki, reševalci, zaposleni v domovih starejših občanov – doživljajo določeno stopnjo nasilja na delovnem mestu (Clements et al., 2005; Lundstrom et al., 2007).

Poročana prevalenca poškodb na delovnem mestu v zdravstvenem varstvu je visoka, vendar pa je dejanska prevalenca še višja, saj številni incidenti ostanejo neprijavljeni (Gates et al., 2011). Nekateri študije poročajo, da do 70 % incidentov ostane neprijavljenih (Stokowski, 2010).

Ugotovitve iz švicarske študije (Hahn et al., 2010) kažejo, da je v enem letu 72 % zaposlenih v zdravstveni negi doživelo verbalno nasilje, 42 % pa je doživelo fizično nasilje tako s strani pacientov, kot tudi obiskovalcev. Poleg tega je 23 % zaposlenih v zdravstveni negi utrpelo telesne poškodbe in 1.4 % zaposlenih v zdravstveni negi je moralo vzeti dopust za en ali več dni. Zaposleni v zdravstveni negi so bili v veliki stiski zaradi nasilnega vedenja pacientov in obiskovalcev (Hahn et al., 2010).

Glede na rezultate švedske študije (Soares et al., 2000) je večina anketirancev (85 %) poročala, da so bili v določeni točki v svoji karieri izpostavljeni nasilju, od tega je bilo 57 % žrtev v zadnjih 12 mesecih. Rezultati švedske študije (Soares et al., 2000) so pokazali, da so zaposleni v zdravstveni negi doživeli visoko stopnjo posrednih (48 %) in neposrednih groženj nasilja (40 %) ter nasilnih dejanj (40 %). 45 % zaposlenih v zdravstveni negi je bilo priča nasilju in grožnjam usmerjenega k drugim zaposlenim (Josefsson & Ryhammar, 2010). V Jordaniji (Albashtawy, 2013) je bilo več kot tri četrtine udeležencev študije (75.8 %) izpostavljenih vsaj eni obliki nasilja. Število incidentov verbalnega nasilja je bilo za približno petkrat večje od števila incidentov fizičnega nasilja.

Študija, izvedena v Hong Kongu (Kwok et al., 2006), kaže, da je 76 % (95 % interval zaupanja, 72-80 %) poročalo o različnih vrstah verbalnega nasilja (73 %); trpinčenje (45 %); fizična zloraba (18 %) in spolno nadlegovanje (12 %). Večina (82 %) zaposlenih v zdravstveni negi, ki so izkusili verbalno nasilje, so se zaupali prijateljem, družinskim članom ali sodelavcem. Nekateri (42 %) pa so incident v celoti ignorirali.

V Kuvajtski študiji (Atawneh et al., 2003) je 70 od 81 zaposlenih v zdravstveni negi doživelo verbalno žalitev ali grožnje neposrednega nasilja, 13 pa jih je bilo v prvem letu tudi fizično napadenih.

Nemoč, žalost, jeza in občutek negotovosti so bili občutki, ki so jih najbolj pogosto doživljali zaposleni, ki so se soočali z nasilnim vedenjem (Astrom et al., 2002).

Fizično nasilje je bilo pogosteje prisotno v domovih starejših občanov (83.9 % zaposlenih), medtem, ko je verbalno nasilje bilo pogostejše v psihiatričnih bolnišnicah (96.7 % zaposlenih) (Franz et al., 2010). V Združenih državah Amerike je najvišja incidenca napada na delovnem mestu opažena med pomočniki na področju nege zaposlenih v domovih za dolgotrajno oskrbo (Gates et al., 2011). Glede na študijo, ki so jo izvedli Lundstrom et al. (2007) je 31 % negovalcev (n=120) v zadnjem letu bilo izpostavljeno fizičnemu nasilju, kot najpogostejši vrsti nasilja. Ugotovljeno je bilo tudi, da so vsi tipi negovalcev bili izpostavljeni nasilju in njihovi odzivi so bili pogosto zelo čustveni (Lundstrom et al., 2007).

2.1.3 NASILJE NAD ZDRAVNIKI

Raziskanost prevalence in vzrokov nasilja nad zdravniki ni velika, kljub temu, da se v javnosti pogosto pojavljajo novice o nasilju, tudi o najbolj tragičnih dogodkih, kot je umor zdravnika v letu 2016 (Delo, 2016). Podobno se dogaja tudi v tujini (Moylan, 2017; Mittal & Garg, 2017). Že Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) navaja, da se od 8 – 38 % zdravstvenih delavcev srečuje z fizičnim nasiljem (Singh, 2017).

V tujih raziskavah so bile ugotovitve naslednje. Nasilje nad družinskimi zdravniki je v svoji raziskavi predstavil že leta 1991 predstavil Hobbs. Ugotovil je, da je 62.9 % družinskih zdravnikov za zadnjih 12 mesecev doživelo eno obliko nasilja. Od vseh vrst nasilja, je bilo v največji meri (91.3 %) verbalnega nasilja (Hobbs, 1991).

Ahmed (2018) je na vzorcu 524 splošnih zdravnikov ugotovil, da je verbalno nasilje najpogostejše. 85 % zdravnikov se je v zadnjem letu srečalo z blagimi vrstami nasilja, 62 % s srednjimi in 38 % z resnimi vrstami nasilja. Avtor vrste nasilja ne opredeljuje podrobneje. V kitajski raziskavi (N=2617) med zdravniki na sekundarni in terciarni ravni jih je 76.2 % poročalo o verbalnem nasilju, 24.1 % o fizičnem nasilju in 7.8 % o spolnem nasilju (Sun et al., 2017). Podobni odstotki nasilja so bili ugotovljeni v raziskavi Kaya et al., (2016), kjer je verbalno nasilje doživelo 87.3 % zdravnikov, fizično nasilje 12.2 % zdravnikov in spolno nadlegovanje 0.5 % zdravnikov.

Raziskava Cheung et al., (2017) navaja, da je verbalno nasilje v zadnjem letu doživelo 53.4 % zdravnikov, fizično nasilje v zadnjem letu 16.1 % in spolno nadlegovanje 4.6 % zdravnikov. Največ nasilja nad zdravniki je bilo povzročena s strani pacientov in njihovih sorodnikov, sodelavcev in nadrejenih.

Primerjavo nasilja nad zdravniki med leti 1993 (N=2628) in 2014 (N=1158) so naredili na Norveškem. Rezultati kažejo, da se število primerov nasilja nad zdravniki ni povečalo, na področju psihiatrije se je celo zmanjšalo (Johansen et al., 2017).

Raziskava nasilja nad zdravniki v Sloveniji (Pečnik & Selič, 2017), je na omejenem vzorcu (N=71) pokazala, da je psihičnemu nasilju (grožnje, žalitve, izsiljevanja) izpostavljenih kar 94.4 % anketiranih zdravnikov. Vsi sodelujoči zdravniki moškega spola so že imeli izkušnje z nasiljem. 10 % anketirank je trdilo, da njihovi pacienti nikoli niso nasilni.

Izpostavljenost nasilju na delovnem mestu je vplivala na njihov stres na delovnem mestu, kvaliteto spanja in samoopazovanje zdravja (Sun et al., 2017). Duševna stiska je pogosta pri zdravstvenih delavcih, ki so pri svojem delu doživeli nasilje. Spopadajo se z depresijo, nespečnostjo, post-travmatskih sindromom, tesnobo, vse to pa vodi v absentizmu (Mittal & Garg, 2017).

Tveganja za izbruh nasilja vključujejo elemente urejenosti delovnega prostora, postopke in pravila dela in faktorje pacientov (Moylan, 2017).

Tudi pri zdravnikih je težava pri neporočanju nasilnega vedenja, kar ugotavljata tudi Elston & Gabe (2016). V njihovi raziskavi ugotavljata, da zdravniki moškega spola v večji meri poročajo nasilno vedenje pacientov, kot zdravnice (Elston & Gabe, 2016).

Hostiuc et al. (2014) pa dodatno ugotavljajo še, da je pogosto (48 %) zaznava nasilnega vedenja nad zdravniki v primeru samoporočanja, manjša od dejanske. To zmanjšano zavedanje lahko posledično vodi v povečanje resnosti in posledic nasilnih dejanj, ki so usmerjena proti njim.

2.2 METODE

V raziskovalnem poročilu smo se osredotočili na nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi, saj je to področje bolj raziskano, kot nasilje nad drugimi poklicnimi skupinami v zdravstvu (npr. nad zdravniki). Za pregled strokovne literature o nasilju usmerjenega k zaposlenim v zdravstveni negi v Sloveniji, je bila uporabljena deskriptivna raziskovalna metodologija. Pregled literature omogoča pridobitev podatkov iz različnih virov in s tem zagotavlja celovito razumevanje področja, ki ga raziskujemo. Iskanje literature je potekalo v naslednjih podatkovnih bazah: PubMed, Cobiss in Kumulativni indeks zdravstvene nege in zdravstvene literature (CINAHL) v skladu s Prednostnimi poročili za sistematične preglede in meta analizo (PRISMA-P) 2015 (Moher et al., 2015). Iskanje je potekalo s številnimi kombinacijami ključnih besed v angleškem in slovenskem jeziku in njihovih sopomenk, ki so bile pripravljene in uporabljene z Boolean operatorjem IN ter ALI: Nasilje *() OR Zdravstvena nega *() OR Zdravstveni *() OR Medicinske sestre *() OR Violence *() OR Nursing care *() OR Medical*() OR Nurses *() OR Slovenia *(). Besede smo iskali v naslovu, ključnih besedah in povzetku. Kriterij pri izbiri literature so bili članki objavljeni v zadnjih 15 letih, in sicer od leta 2002 do leta 2017.

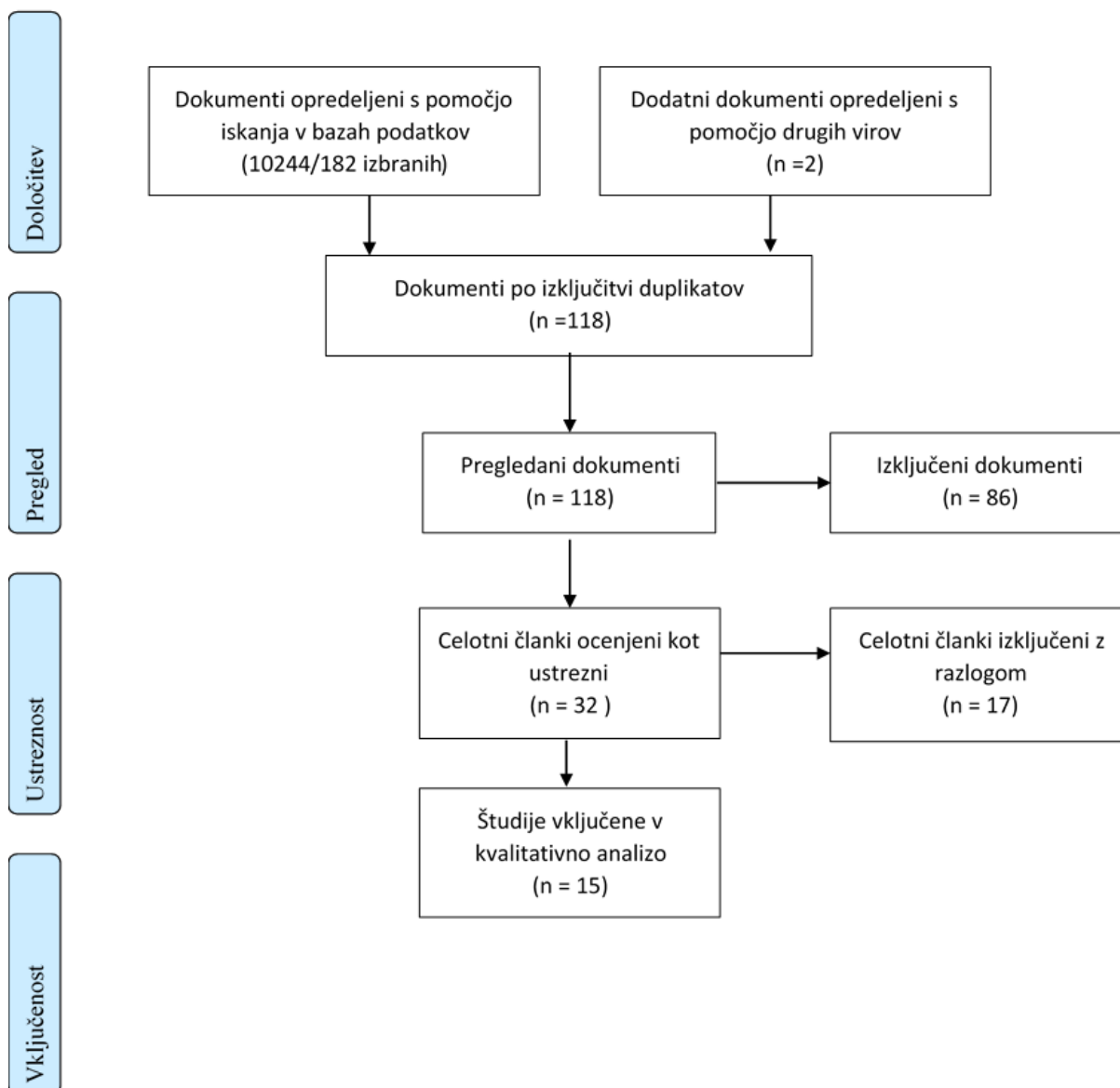
Pregledani so bili članki, ki so bili objavljeni v strokovno znanstvenih revijah, kot tudi v mednarodnih dokumentih, standardih, smernicah in raziskovalnih študijah v EU. Informacije iz uredništev, pisma, intervjuji, posterji in članki brez dostopa do celotnega besedila niso bili vključeni v študijo.

Sivi dokumenti so bili pridobljeni s pomočjo oportunističnega iskanja, kar pomeni usmerjeno ali osredotočeno iskanje. Med sivo literaturo so bile vključene publikacije, ki niso bile objavljene ali jih je težko najti, vključno z raznimi poročili, specialističnimi nalogami, doktorati, itd.

Postopek pregleda literature je prikazan v Tabeli 2.1: Iskalna tabela in v PRISMA diagramu, prikazanega pod Sliko 2.1, vključitveni in izključitveni kriteriji pa so prikazani v Tabeli 2.2.

Tabela 2.1: Iskalna tabela

	Ključna beseda	Št. zadetkov	Izbrani zadetki	Končni izbor
PubMed	Violence Nursing care	8995	6	1
	Violence Medical Slovenia	3	8	0
	Violence Nurses Slovenia	5	3	2
Cobiss	Nasilje Zdravstvena nega	55	10	3
	Nasilje Zdravstveni	371	6	2
	Nasilje Medicinske sestre	0	0	0
	Violence Nursing care	61	39	0
	Violence Medical	257	58	2
	Violence Nurses Slovenia	27	0	0
Cinahl	Nasilje	1	1	1
	Nasilje Zdravstveni	0	0	0
	Nasilje Medicinske sestre	0	0	0
	Violence Nursing care	297	46	0
	Violence Medical	157	0	0
	Violence Nurses Slovenia	13	5	2
Other sources		2		2
		10244	182	15



Slika 2.1: Prikaz poteka strategije iskanja in izbire literature – PRISMA diagram

Tabela 2.2: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Objavljeno v slovenskem ali angleškem jeziku.	Ni bilo objavljeno v slovenskem ali angleškem jeziku.
Dostop do celotnega teksta.	Dostop samo do povzetka ali bibliografskih podatkov.
Izvirni raziskovalni znanstveni članki, monografija, pregled znanstvenega članka.	Debatni članki, strokovni članki, pisma poslana uredništvu.
Tematska ustreznost.	Dokument, ki ni neposredno povezan z našim pregledom.
Izbrane besede v naslovu, ključnih besedah in povzetku.	Literatura, ki se ne nanaša na celotno temo.

2.3 REZULTATI

Iskanje literature je potekalo z uporabo treh podatkovnih baz: PubMed, Cobiss in CINAHL – vključena je bila tudi siva literatura. Celotno število iskalnih rezultatov je bilo 10244. Po izključitvi duplikatov in z upoštevanjem vključitvenih kriterijev, je v končni analizi ostalo 15 člankov oziroma virov.

Tabela 2.3: Opis študij, vključenih v pregled literature

Avtor in leto	Raziskovalna zasnova	Vzorec (število anketirancev)	Namen raziskovanja	Ključne ugotovitve
Klemenc & Pahor, 2004	Deskriptivna metoda	N=376 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Obravnavati različne oblike nasilja usmerjenega k medicinskim sestram, medicinskim tehnikom in babicam na delovnem	72.3% zaposlenih v zdravstveni negi je doživelo nasilje. 59 % jih je doživelo verbalno nasilje, 53 % psihično nasilje in 29 % fizično nasilje.

			mestu v Sloveniji.	
Planinšek & Pahor, 2004	Deskriptivna metoda	N=376 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Članek obravnava problem spolnega nasilja na delovnem mestu.	34.8% je poročalo o izkušnjah s spolnim nasiljem. Ker večina slovenskih zdravstvenih ustanov nima specifičnih protokolov za obravnavo nasilja, je potreben celovit in sistematičen pristop, ki bi vključeval vodstvene delavce, zaposlene in zaželeno tudi civilno družbo.
Babnik, Štemberger & Kopač, 2012	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=692 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Osredotočiti se na opis oblik, pogostosti in najpogostejših povzročiteljev psihičnega nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi.	60.1% je doživelo psihično nasilje. Prevalenca psihičnega nasilja, ugotovljena v sedANJI raziskavi, je primerljiva z rezultati preteklih študij.
Košir, 2012	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=692 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Določiti prevalenco in naravo zaznanega in izkušenega nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi, in prepoznati primarne	Najpogosteje so povzročitelji pacienti (74.8 %). Zaposleni v zdravstveni negi so našli različna nasilna dejanja, usmerjenega proti njim na delovnem mestu, kot so udarjanje, brcanje, odpiranje in podobno.

			povzročitelje nasilja.	
Keblič, 2013	Magistrsko delo Kvantitativna metoda	N=177 Nujna medicinska pomoč.	Identificirati nasilje pacientov in njihovih sorodnikov v primerih nujne zdravstvene nege.	98% zaposlenih v zdravstveni negi je doživelo nekakšno obliko nasilja, 77% jih je doživelo psihično nasilje in 15 % fizično nasilje.
Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=203 Intenzivna psihiatrična zdravstvena nega.	Določiti vrste in pogostost nasilja, s katerim se zdravstveno osebje v psihiatrični zdravstveni negi srečuje.	92.6% zaposlenih v zdravstveni negi je doživelo verbalno nasilje, 84.2 % fizično nasilje, 24.6 % spolno nasilje, 63.5 % zaposlenih v zdravstveni negi pa je bilo v preteklosti poškodovanih.
Kvas & Seljak, 2014	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=692 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Raziskati nasilje, ki ga doživljajo zaposleni v zdravstveni negi v primarni, sekundarni in terciarni zdravstveni oskrbi.	60.6% je bilo izpostavljeno nasilju v zadnjem letu, večinoma psihičnemu nasilju – 60.1 %, 28.9 % ekonomskemu nasilju in 10.9 % fizičnemu nasilju.
Jerkič, Babnik & Karnjuš, 2014	Kvantitativna metoda	N=62 Oddelki za nujno medicinsko pomoč.	Preučiti pojav incidence verbalnega in ostalih oblik posrednega nasilja na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi	74.2 % zaposlenih je doživelo verbalno ali drugo obliko posrednega nasilja na delovnem mestu, zlasti v obliki posredne verbalne agresije s strani pacientov in



			v enotah nujne medicinske pomoči, in sicer: ugotoviti pogostost doživljanja različnih oblik nasilja, kdo so najpogostejši povzročitelji verbalnega nasilja, zaznavne vzroke in demografske spremenljivke zaposlenih v povezavi z višjo pogostostjo odkrivanja nasilja na delovnem mestu.	njihovih družinskih članov. Najpogostejši vzroki za zlorabo so nezadostne in prenatrpane čakalnice (36 odgovorov).
Vičar, 2015	Magistrsko delo Presečna metoda	N=121 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Ugotoviti katere oblike nasilja se pojavljajo v zdravstveni oskrbi in kdo izvaja nasilje med delavci.	72.7 %zaposlenih v zdravstveni negi so doživeli eno izmed oblik nasilja, 90.8 % jih je doživelo psihično nasilje in 46 % fizično nasilje.
Kvas & Seljak, 2015	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=692 Raziskava na vseh področjih zdravstvene nege.	Preučiti pogostost in stopnjo nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi in analizirati povezavo med	Najpogostejši povzročitelji verbalnega nasilja so bili pacienti (39.3 % anketirancev je to navedlo kot vir nasilja) in sodelavci (39.6 %), Fizično nasilje nad

			različnimi viri in vrstami nasilja.	zaposlenimi v zdravstveni negi je bilo pogosto povzročeno s strani pacientov (20.8 %).
Gabrovec, 2015	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=246 Zdravstvena nega v reševalni službi.	Prepoznati vrsto in pogostost nasilja, ki so ga utrpeli zaposleni v reševalni službi.	78.0 % zaposlenih je doživelo verbalno nasilje, 49.6 % fizično nasilje, 24.4 % spolno nasilje in 26.8 % je bilo poškodovanih v svoji poklicni karieri.
Bojić, Bole & Bregar, 2016	Kvantitativna metoda	N=197 Intenzivna psihiatrična zdravstvena nega in nujna medicinska pomoč.	Ugotoviti stopnjo pojava in vrsto neželjenih dogodkov, ki jih povzročijo bolniki, katerim so izpostavljeni zdravstveni delavci v nujnih primerih in bolnišnični psihiatrični negi.	Dokumentirana je bila razširjenost agresije v akutni in neakutni psihiatrični zdravstveni negi. Zdravstveno osebje v psihiatričnem okolju je izkusilo višjo stopnjo blagega nasilja s strani pacientov kot ostali anketiranci. Najbolj ranljivo skupino predstavljajo anketiranci z nižjo stopnjo izobrazbe in tisti, ki delajo izmensko delo. Ženske so verjetneje pogosteje žrtve spolnega nasilja kot pa moški.
Gabrovec & Eržen, 2016	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=527 Negovalno osebje v domovih starejših občanov v Slovenji.	Identificirati prevalenco nasilja, usmerjenega k zaposlenim v zdravstveni negi v domovih	71.7 % zaposlenih v zdravstveni negi je bilo žrtev verbalnega nasilja, 63.8 % fizičnega nasilja, 35.5 % spolnega nasilja in 35.5 % zaposlenih v

			starejših občanov v Sloveniji.	zdravstveni negi je bilo poškodovanih v svoji poklicni karieri.
Gabrovec, 2017	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=337 Zdravstvena nega v patronažni službi.	Raziskati pogostost nasilja, usmerjenega proti patronažnim medicinskim sestram v Sloveniji.	56 % je poročalo o izkušnjah verbalnega nasilja, 3.5 % psihičnega nasilja in 30 % je poročalo o izkušnjah spolnega nadlegovanja.
Gabrovec, Jelenc, Prislan & Lobnikar, 2017	Kvantitativna deskriptivna metoda	N=54 Zaposleni v zdravstveni negi v Centrih za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v Sloveniji.	Ugotoviti prevalenco nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi v Centrih za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v Sloveniji.	85.7 % anketirancev je doživelo verbalno nasilje, 28.6 % fizično nasilje, 7.1 % spolno nadlegovanje in 9.5 % anketirancev je bilo poškodovanih v svoji poklicni karieri.

Prvo sistematično raziskavo o nasilju, usmerjenega proti zaposlenim v zdravstveni negi v Sloveniji, sta izvedla Klemenc & Pahor (2004). Raziskava je pokazala visoko stopnjo prevalence nasilja. 72.3 % zaposlenih v zdravstveni negi je doživelo nekakšno obliko nasilja. Večina (59 %) jih je doživela verbalno nasilje in psihično nasilje (29 %). V istem letu (2004) sta Planinšek & Pahor na istem vzorcu odkrila visoko izpostavljenost spolnemu nasilju (34.8 %).

Obe raziskavi sta se osredotočili na zdravstveno osebje, ki so zaposleni na kateremkoli področju zdravstvene nege in se zavzemata za izdelavo specifičnih protokolov za obravnavo nasilja ter celovitega in sistematičnega pristopa, ki bi vključeval vodje, zaposlene in civilno družbo.

Dve podobni raziskavi sta bili izvedeni v letu 2012 (Babnik, Štemberger & Kopač, 2012; Košir, 2012). V tej raziskavi je bila stopnja psihičnega nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi nekoliko višja (60.1 %), in večina nasilja je bila storjena s strani pacientov (74.8 %). Od storjenih

nasilnih dejanj so zaposleni v zdravstveni negi navedli: udarjanje, brcanje, odrivanje in podobno.

V dveh magistrskih delih (Keblič, 2013; Vičar, 2015) lahko najdemo različne podatke o prevalenci nasilja, obe raziskavi pa sta bili izvedeni na manjšem vzorcu (N=177) in (N=121). Keblič (2013) je ugotovil, da je 98 % zaposlenih v zdravstveni negi doživelo kakšno obliko nasilja, 77 % psihično nasilje in 15 % fizično nasilje. Vičar (2015) pa je ugotovi, da je 72.7 % zaposlenih v zdravstveni negi doživelo eno izmed oblik nasilja, 90.8 % psihično nasilje in 46 % fizično nasilje.

Med ostale raziskave, ki so bile izvedene na zdravstvenem osebju, zaposlenega na katerem koli področju zdravstvene nege, sodijo še: raziskava Kvas & Seljak, 2014 (60.6 % je bilo v zadnjem letu izpostavljeno nasilju; večinoma psihičnemu nasilju – 60.1 % ter 28.9 % ekonomskemu nasilju) in Kvas & Seljak, 2015 (najpogostejši povzročitelji verbalnega nasilja so bili pacienti – 39.3 % in sodelavci ali nadrejeni – 39.6 %, Fizično nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi so pogosto izvajali pacienti – 20.8 %).

Bolj ciljno usmerjene raziskave so bile izvedene v enotah nujne medicinske pomoči, ki so jo izvedli Jerkič, Babnik & Karnjuš (2014) in v intenzivni psihiatrični negi, ki so jo izvedli Bojić, Bole & Bregar (2016). 74.2 % je doživelo verbalno ali drugo obliko posrednega nasilja na delovnem mestu, zlasti v obliki posredne verbalne agresije s strani družinskih članov in pacientov (Jerkič, Babnik & Karnjuš, 2014). Bojić, Bole & Bregar (2016) so ugotovili, da zdravstveno osebje v psihiatričnem okolju doživlja višjo stopnjo blagega nasilja s strani pacientov, kot anketiranci v nujni zdravstveni oskrbi.

Številne ciljne raziskave z istim raziskovalnim orodjem so bile izvedene v obdobju 2014 – 2017 (Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014; Gabrovec, 2015; Gabrovec & Eržen, 2016; Gabrovec, 2017; Gabrovec, Jelenc, Prislán & Lobnikar, 2017). Te raziskave so se osredotočile na specifično področje zdravstvene nege: intenzivna psihiatrična nega, domovi starejših občanov, zdravstvena nega v reševalni službi, patronažna služba in zdravstvena nega v Centrih za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog. Rezultati študij so prikazani v Tabeli 2.4.

Tabela 2.4: Oblika nasilja na različnih zdravstvenih področjih

	Intenzivna psihiatrična nega	Domovi starejših občanov	Zdravstvena nega v reševalni službi	Zdravstvena nega v patronažni službi	Zdravstvena nega v Centrih za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog
Avtor	Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014	Gabrovec & Eržen, 2016	Gabrovec, 2015	Gabrovec, 2017	Gabrovec, Jelenc, Prislán & Lobnikar, 2017
Vzorec	203	527	246	337	42
Verbalno nasilje*	92,6 %	71,7 %	78 %	56,1 %	85,7 %
Fizično nasilje*	84,2 %	63,8 %	49,6 %	3,5 %	28,6 %
Poškodba**	63,5 %	36,8 %	26,8 %	3,5 %	9,5 %
Spolno nasilje*	24,6 %	35,5 %	24,4 %	30 %	7,1 %

* v preteklem letu

** v celotni poklicni karieri

Rezultati kažejo, da so zaposleni v zdravstveni negi izpostavljeni visoki stopnji nasilja na delovnem mestu na vseh področjih zdravstva, še posebej pa v intenzivni psihiatrični negi, kjer je 84.2 % zaposlenih v zadnjem letu doživelo fizično nasilje, 63.5 % pa so bili v svoji poklicni karieri poškodovani.

2.4 DISKUSIJA

V raziskovalnem poročilu smo obravnavali pregled prevalence in vrst nasilja nad zaposlenimi v zdravstvenem sistemu.

Kljub temu, da se je število raziskav povečalo, je podatkov za različne poklicne skupine še vedno premalo, še največ jih je v zdravstveni negi. Malo podatkov najdemo tudi za poklicno

skupino zdravnikov, zato smo se pri pregledu odločili, da se omejimo na poklicno skupino zdravstvene nege.

Število raziskav o nasilju nad zaposlenimi v zdravstveni negi v Sloveniji se je v zadnjih letih povečalo. Vse raziskave kažejo visoko stopnjo izpostavljenosti in razširjenosti nasilja, še posebej v intenzivni psihiatrični negi, domovih za ostarele in zdravstveni negi v reševalni službi. Kljub temu na tem področju primanjkuje kar nekaj znanja, saj je zelo malo znanega o vzrokih povzročenega nasilja.

Rezultati teh raziskav so primerljivi s študijami, ki so bile izvedene v tujini, vendar pa se le-te razlikujejo glede na poročano prevalenco fizičnega nasilja. Clements et al. (2005) poroča o prevalenci od 35 % do 80 % v zadnjem letu, Hahn et al. (2010) o 42 % in Franz et al. (2010) o 83 % prevalenci v zadnjih 12 mesecih. V primerjavi z ostalimi državami po svetu, so rezultati primerljivi samo s študijo, ki je bila izvedena na Švedskem (Soares et al., 2000) in v Turčiji (Picakciefe et al., 2012). Pogostost fizičnega nasilja, storjenega s strani pacientov, je v Sloveniji višja kot v ZDA (Clements et al., 2005; Privitera et al., 2005) in Švici (Hahn et al., 2010). Potrebne so nadaljnje kvalitativne raziskave za odkritje značilnosti in ozadja takega nasilja. Ravno tako so potrebne dodatne raziskave, predvsem na področju urgentne zdravstvene nege v t.i. urgentnih centrih.

Visoka stopnja prevalence katerekoli vrste nasilja bi morala sprožiti sistematičen in celovit odziv. Kot so pokazale študije, so različne oblike nasilja med seboj povezane, saj ena oblika nasilja sproži drugo, visoka prevalenca fizičnega nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi v Sloveniji pa skriva tudi druge oblike nasilja.

Soočanje s problemom nasilja v sistemu zdravstvenega varstva zahteva širok in interdisciplinaren pristop, ki ga predlagajo Lesnik Mugnaioni (2012) in Gabrovec & Lobnikar (2014). Za obvladovanje nasilja nad zaposlenimi v zdravstvenem varstvu je potreben celovit in sistematičen pristop. Pristop naj temelji na že nekaterih preventivnih programih, ki so pokazali priliminarno uspešnost (Gabrovec & Lobnikar, 2015; Gabrovec, 2016).

Zdravstveni delavci niso usposobljeni za spopadanje z nasilnim vedenjem pacientov, vendar pa so kljub temu odgovorni za njihovo varnost, varnost okolja in varnost ostalih pacientov. Potrebna sta celovita strategija in ukrepi, ki bi zdravstvenim delavcem pomagala pri spopadanju z nasilnim vedenjem pacientov.

3 RAZISKOVALNO POROČILO: PREGLED NAČINOV MERJENJA POJAVNOSTI NASILJA IN AGRESIVNEGA VEDENJA V OKVIRU ZDRAVSTVENIH SISTEMOV. IZDELAVA ENOTNEGA IN CELOVITEGA INŠTRUMENTA ZA ZAZNAVO IN MERJENJE POJAVNOSTI NASILJA IN AGRESIVNEGA VEDENJA

Mirna Macur, Branko Lobnikar, Kaja Prislan, Tit Albreht, Marjetka Jelenc, Ivana Kršič, Špela Selak, Branko Gabrovec

IZVLEČEK

Izhodišča:

Zdravstveni delavci se soočajo s številnimi zdravstvenimi tveganji med opravljanjem zdravstvene dejavnosti. Raziskovalno poročilo predstavlja pregled načinov merjenja pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja, ki so jih zbrali člani projektne skupine Ciljnega raziskovalnega projekta »Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacienta« iz vrst Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Fakultete za varnostne vede Univerze v Mariboru in Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

Metode:

Glede na slabo raziskanost tega področja v Sloveniji so bile kot partnerji temu projektu povabljene institucije, ki se raziskovalno ukvarjajo s področjem nasilja (Fakulteta za varnostne vede Univerze v Mariboru), zdravstvenimi sistemi in zaposlenimi v zdravstvu (Nacionalni inštitut za javno zdravje) in s področja zdravstvene nege (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin). Udeleženci projekta so zbrali merske instrumente na tem področju, ki jih v tem poročilu podrobneje predstavljamo.

Rezultati in razprava:

V poročilu so predstavljeni merski instrumenti s področja nasilja od splošnih do vse bolj specifičnih (nasilje na delovnem mestu, nasilje na delovnem mestu na področju zdravstva). Na področju zdravstva obstaja več vrst merskih instrumentov, ki jih v grobem lahko razdelimo v samoevalvacijske vprašalnike za delovno organizacijo o njeni skrbi za varnost zaposlenih, v obrazce za beleženje nasilnih vedenj, vprašalnike za zaposlene o izpostavljenosti in pogostosti nasilnih vedenj pacientov ter obrazce za beleženje ocene agresivnosti vedenja posameznega pacienta in potencialne grožnje, ki jo predstavlja za zaposlene. Glede na cilje projekta smo izdelali merska instrumenta: »Anketni vprašalnik o razširjenosti in pogostosti nasilja nad

zaposlenimi v zdravstvu« in »Anketni vprašalnik merjenja preliminarne uspešnosti predlaganega modela izobraževanja«.

3.1 UVOD

Nasilje in varnost sta pogosta tema dnevnopolitičnega dogajanja, nismo pa vajeni govoriti o nasilju v povezavi z zdravstvenim sistemom in zdravstvenimi delavci. Pregled literature o nasilju nad zdravstvenimi delavci kaže, da gre za pogost pojav, s katerim se je večina zaposlenih v zdravstvu, predvsem v zdravstveni negi, že srečala. Slovenska javnost se je morda prvič resneje zavedala tega problema avgusta 2016, ko so v strelskem pohodu v izolski bolnišnici izgubile življenje tri osebe (zdravnik, policist in storilec), ena oseba pa je bila ranjena (Primorske novice, 2016). Takšno ravnanje je tako v svetu kot pri nas velika izjema. A nasilno vedenje, predvsem verbalno, se v zdravstvu dogaja. Koliko je nasilnih vedenj nad zdravstvenimi delavci v Sloveniji, v kakšnih oblikah, kje ga je največ? Vse to so relevantna vprašanja, raziskav o tem pa je v slovenskem prostoru malo.

Pregled literature o nasilju nad zdravstvenimi delavci, predstavljen v prvem raziskovalnem poročilu tega projekta, razkriva, da je (Gabrovec et al., 2018):

- 35 % - 80 % vseh zdravstvenih delavcev na delovnem mestu vsaj enkrat doživelo fizični napad, pri čemer so zaposleni v zdravstveni negi najbolj izpostavljena skupina (Clements et al., 2005);
- poročana prevalenca poškodb na delovnem mestu v zdravstvenem varstvu je visoka, vendar pa je dejanska prevalenca še višja, saj številni incidenti ostanejo neprijavljeni (Gates et al., 2011);
- nekatere študije poročajo, da do 70 % incidentov ostane neprijavljenih (Stokowski, 2010);
- ugotovitve iz švicarske študije (Hahn et al., 2010) kažejo, da je v enem letu 72 % zaposlenih v zdravstveni negi doživelo verbalno nasilje, 42 % pa je doživelo fizično nasilje tako s strani pacientov, kot tudi obiskovalcev. Poleg tega je 23 % zaposlenih v zdravstveni negi utrpelo telesne poškodbe in 1.4 % zaposlenih v zdravstveni negi je moralo vzeti dopust za en ali več dni. Zaposleni v zdravstveni negi so bili v veliki stiski zaradi nasilnega vedenja pacientov in obiskovalcev (Hahn et al., 2010);
- v Kuvajtski študiji (Atawneh et al., 2003) je 70 od 81 zaposlenih v zdravstveni negi doživelo verbalno žalitev ali grožnje neposrednega nasilja, 13 pa jih je bilo v prvem letu tudi fizično napadenih;
- rezultati švedske študije (Soares et al., 2000) so pokazali, da so zaposleni v zdravstveni negi doživeli visoko stopnjo posrednih (48 %) in neposrednih groženj nasilja (40 %) ter

nasilnih dejanj (40 %). 45 % zaposlenih v zdravstveni negi je bilo priča nasilju in grožnjam usmerjenega k drugim zaposlenim (Josefsson & Ryhammar, 2010);

- v Jordaniji (Albashtawy, 2013) je bilo več kot tri četrtine udeležencev študije (75.8 %) izpostavljenih vsaj eni obliki nasilja. Število incidentov verbalnega nasilja je bilo za približno petkrat večje od števila incidentov fizičnega nasilja.
- študija, izvedena v Hong Kongu (Kwok et al., 2006), kaže, da je 76 % (95 % interval zaupanja, 72-80 %) poročalo o različnih vrstah verbalnega nasilja (73 %); trpinčenje (45 %); fizična zloraba (18 %) in spolno nadlegovanje (12 %). Večina (82 %) zaposlenih v zdravstveni negi, ki so izkusili verbalno nasilje, so se zaupali prijateljem, družinskim članom ali sodelavcem. Nekateri (42 %) pa so incident v celoti ignorirali.

Vse to kaže na to, da je nasilje v zdravstvu, še posebno nad zaposlenimi v zdravstveni negi, pogost pojav. Zato je vsekakor na mestu pregled načinov merjenja pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja v okviru zdravstvenih sistemov.

3.2 MERSKI INSTRUMENTI S PODROČJA NASILJA IN AGRESIVNEGA VEDENJA

3.2.1 PODROČJA MERJENJA

Agresivnost in nasilje sta pojma, ki ju ljudje pogosto zamenjujemo, enačimo oziroma uporabljamo kot sopomenki, zato ju najprej opredelimo. »V Slovarju slovenskega knjižnega jezika lahko zasledimo, da je nasilje »dejavnen odnos do nekoga, značilen po uporabi sile, pritiska« (Bajec et al., 2000). Pojmu agresija je po pomenu najbližji pojem nasilje, katerega definiramo kot grob napad na drugo osebo ali osebe, rezultat pa je izrazito poškodovanje ali prizadevanje fizične škode tem osebam (Žužul, 1989).

Žužul (1989) opredeljuje nasilje kot fizično poškodovanje druge osebe ali oseb, s čimer nakazuje, da je pojem agresija nadrejen pojmu nasilje« (Lobnikar, 2003).

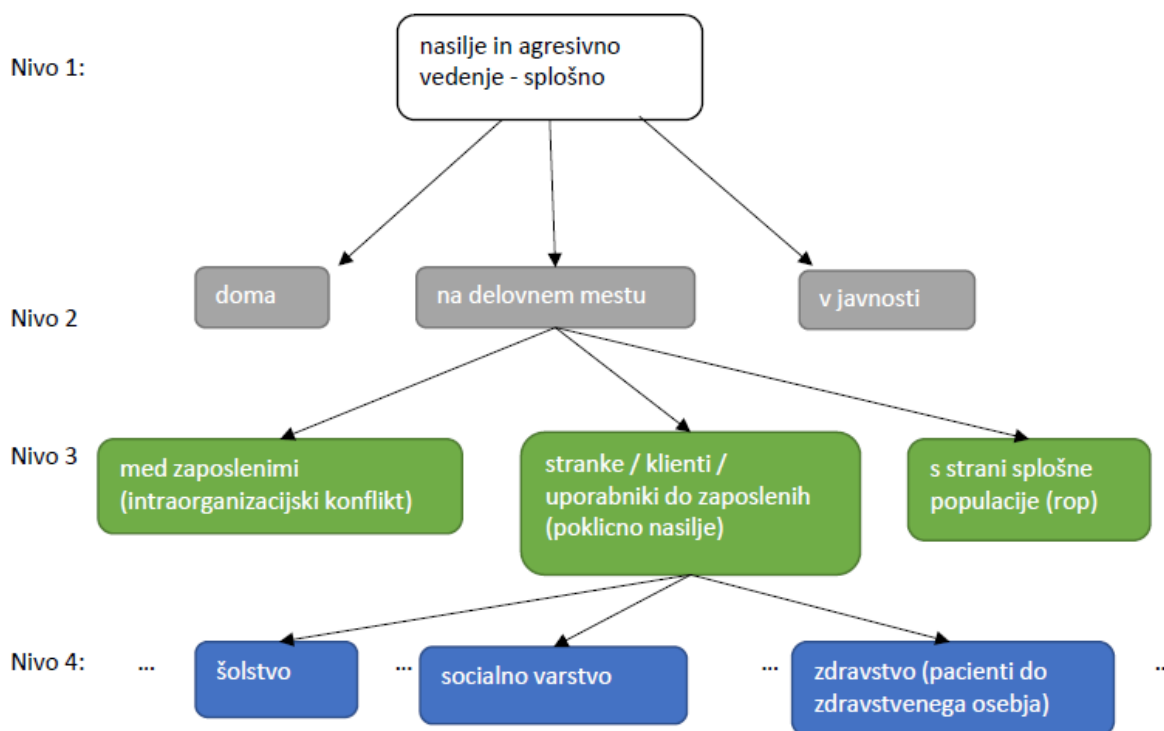
V povezavi z različnimi področji merjenja poznamo splošne merske instrumente o nasilju in agresivnem vedenju (Nivo 1), temu sledijo merski instrumenti, ki merijo pojavnost nasilja v konkretnem okolju, ki jih v grobem lahko razdelimo na domače okolje, delovno mesto (službo) ter javnost (Nivo 2). Ta tri okolja se med sabo močno razlikujejo, tudi po pojavnih oblikah nasilja in njegovem doživljanju. Nasilje v domačem okolju pogosto ostaja prikrito, zato ga praviloma ne merimo s kvantitativnimi raziskovalnimi metodami, večino napora pa usmerjamo v njegovo prepoznavanje in ozaveščanje različnih ciljnih skupin o njegovem obstoju. Spletna stran o nasilju v družini (Pond, 2018) je namenjena ozaveščanju zdravstvenih delavcev o njegovem obstoju in prepoznavanju. O nasilju na javnih mestih je znanega največ, saj se tovrstne novice znajdejo v časopisih, pogosto tudi na rumenih straneh; na drugi strani

pa je nasilje na delovnem mestu pogosto del našega vsakdana, a o tem redko govorimo. Nasilje na delovnem mestu je zato dokaj pogosta tema raziskovanja, tako kvantitativnega kot kvalitativnega. »Raziskovalci po navadi delijo nasilje na delovnem mestu v različne kategorije, odvisno od tega, kako, kdaj in kje se je neko vedenje zgodilo. Takšna delitev je pomembna, ker nasilje na delovnem mestu ni enoznačna kategorija – pojavlja se v različnih oblikah in v zelo različnih situacijah.

Mullen (1997; cit. v Barron, 2002: 154-155) opredeljuje tri takšne kategorije: (a) *intraorganizacijski konflikti*; nasilje je locirano znotraj organizacije oz. je opredeljeno z delovnim mestom in zajema konflikte med zaposlenimi oz. sodelavci; (b) *poklicno nasilje*; prostorsko je opredeljeno z mestom opravljanja dela oz. naloge, storilci pa so osebe izven organizacije, na primer stranke ali osebe, s katerimi zaposleni vodijo nek postopek, in (c) *nasilje s strani splošne populacije*; gre za v večini naključno in ciljno določeno vedenje – sem prištevamo na primer roparske napade in podobno.« (Lobnikar, 2003). Te tri tipe smo prikazali v Sliki 3.1 v okviru Nivoja 3.

Poklicno nasilje je povezano s strankami, pri čemer imajo različni poklici različno intenzivne stike s strankami. Zdravstveni sistem zavzema posebno mesto zato, ker se storitev nanaša na zdravje stranke oz. uporabnika, kar pa je eno najpomembnejših področij in najpomembnejša vrednota Slovencev. V zdravstvenem sistemu je uporabnik pacient, v drugih storitvah pa uporabljamo pojme kot so: klient, stranka, uporabnik. Poglejmo najprej njihovo opredelitev: Potrošnik (ang. consumer) opisuje odnos osebe do produkta. Stranka (ang. customer) opisuje odnos osebe, ki prejema storitev, do druge osebe, ki jo ponuja (v zasebnem sektorju). Klient (ang. client) prav tako opisuje odnos osebe, ki prejema storitev do druge osebe, ki jo ponuja (v javnem sektorju). Državljan (ang. citizen) opisuje odnos osebe do države« (Burns v Pestoff 1995). V zdravstvenem sistemu so uporabniki zdravstvenih storitev pacienti (ang. patients) ko gre za zdravljenje, v širšem smislu pa državljan ali uporabniki, ko gre za preventivne programe, programe krepitev zdravja in ozaveščanje.

V vseh poklicih, ki nudijo storitve uporabnikom, lahko pride do nasilnega vedenja praviloma nezadovoljnih uporabnikov do izvajalcev storitev (Nivo 4). V našem pregledu se fokusiramo na zdravstveni sistem in na odnos uporabnikov zdravstvenega sistema (praviloma pacientov) do zdravstvenega osebja (praviloma zdravstvene nege) (glej Sliko 3.1).



Slika 3.1: Nasilje in agresivno vedenje - področja merjenja

3.2.2 SPLOŠNI MERSKI INSTRUMENTI (NIVO 1 – NIVO 3)

Člani projektne skupine smo zbrali več vrst vprašalnikov, ki so prikazani v Tabeli 3.1. Nivo 1 sestavljajo splošni vprašalniki o agresivnosti in nasilnem vedenju. V poročilu predstavljamo vprašalnik avtorjev Buss & Perry (1992), ki je sestavljen iz 29 trditvev, ki označujejo lastnosti posameznika. Oseba pri vsaki trditvi navede, kako zelo je ta lastnost značilna zanjo osebno: 1- zelo neznačilno za mene; 2- neznačilno za mene; 3- niti neznačilno niti značilno za mene; 4- značilno za mene; 5-zelo značilno za mene. Vse navede trditve sodijo v enega od štirih faktorjev agresivnosti: *fizično nasilje* (PA/FN), *verbalno nasilje* (VA/VN), *jeza* (A/J) in *sovražnost* (H/S). Končni rezultat za izračun agresije je seštevek točk faktorjev (glej Prilogo 1). Za našo obravnavo je takšen vprašalnik preširok. Prav tako ne merimo nasilnih lastnosti posameznikov ampak dogodke, v katerih so uporabniki zdravstvenih storitev bili nasilni do izvajalcev zdravstvene storitve.

Nivo 2 kaže na pojav nasilja v različnih okoljih. Najenostavneje je odreagirati (poklicati na pomoč) v primerih nasilja v javnosti: mimoidoči so običajno tisti, ki pokličejo ali policijo ali prvo pomoč; seveda če je to sploh potrebno.

Posebno obravnavo zahteva nasilje v družini, ki se pogosto izvaja nad šibkejšimi, nemočnimi, bodisi otroci, bodisi ostarelimi. V partnerskem odnosu vnaprej predvidevamo, da je v primeru

nasilja žrtev žena, so pa tudi primeri, ko so žrtve nasilja v partnerskem odnosu in v družini moški. Spletna stran o nasilju v družini (Pond, 2018) opozarja zdravstvene delavce na ta problem in jim ga pomaga prepoznati. V pregled vprašalnikov smo dali le en vprašalnik o nasilju v družini, saj to ni bil fokus našega iskanja. V projektu Mateje Sedmak in sodelavcev Znanstveno-raziskovalnega središča Koper (2005) so bili cilji projekta o nasilju v družini:

- 1) Statistična analiza družinskega nasilja v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih in analiza trendov gibanja;
- 2) Analiza obče družbene klime v Sloveniji v odnosu do družinskega nasilja;
- 3) Analiza medijskega diskurza in obravnave družinskega nasilja;
- 4) Oblikovanje strokovnih iztočnic in strategij ukrepov (obrnave) ter preventive nasilja v družinskih okoljih (poudarek na ozaveščanju in senzibilizaciji javnosti) (Sedmak in dr., 2005).

Uporabljen vprašalnik meri predvsem poročanje medijev o pojavih nasilja v družini, koliko posamezniki poznajo oz. zaznavajo primere nasilja v družini in kakšen odnos imajo do njega (Sedmak in dr., 2005).

V povezavi z nasiljem v delovnem okolju predstavljamo tri anketne vprašalnike:

- o psihičnem nasilju na delovnem mestu (Malnar et al., 2008; Hafner-Fink et al., 2011);
- o nezaželenem vedenju na delovnem mestu (Lobnikar, 2017);
- NAQ (Lobnikar, 2003).

Tabela 3.1: Vprašalniki o nasilju in agresivnem vedenju – splošni

Področje merjenja	Vprašalnik	Vir
Splošni	The Aggression Questionnaire (priloga 1)	Buss & Perry (1992)
Nasilje v družini	Nasilje v družini: Analiza družinskega nasilja v Sloveniji - predlogi preventive in ukrepov	CRJM UP ZRS - Center za raziskovanje javnega mnenja, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovano središče Koper (Koper, Slovenija; 2005)

Na delovnem mestu: intraorganizacijski konflikt	Psihično nasilje na delovnem mestu (priloga 2)	Mednarodni raziskavi SJM 2008/1 in SJM 2011/1 vprašanja M1-M9 (40 spremenljivk). V SJM 2016/1 je bilo ponovljenih 7 spremenljivk (V1-V3)
	Nezaželeno vedenje na delovnem mestu (priloga 3)	Lobnikar, 2017
	NAQ (priloga 4)	Lobnikar, 2003

Ker se v Tabeli 3.1 prepletata pojma agresivnost in nasilje je smiselno najprej ločiti ta dva pojma. »pojem **nasilje na delovnem mestu** (angl. workplace violence) se razlikuje od agresivnega vedenja na delovnem mestu. V literaturi se je namreč uveljavilo pojmovanje, po katerem pojem nasilja na delovnem mestu obsega vsa dejanja, pri katerih so zaposleni v neki organizaciji zlorabljeni, ogroženi, ustrahovani ali napadeni, ne glede na to, ali ta dejanja povzročajo ostali zaposleni (sedanji ali bivši) v tej organizaciji, kandidati za zaposlitev, ali pa stranke oziroma obiskovalci« (Pagon, Lobnikar & Jereb, 2001). Tudi v evropski uniji nasilje na delovnem mestu razumejo mnogo širše kot zgolj izpostavljenost fizičnim napadom; nasilje na delovnem mestu obsega vse incidente, kjer so zaposleni zlorabljeni, ustrahovani ali napadeni v povezavi z njihovim delom, kar posredno ali neposredno vpliva na njihovo varnost, dobro počutje ali zdravje (Bowie, 2002; Lobnikar, 2003, Lobnikar in sod., 2004; Lobnikar, 2006).

V Tabeli 3.1 so navedeni trije vprašalniki, ki se nanašajo na nasilje na delovnem mestu, ki se dogaja med zaposlenimi samimi (tako imenovani intraorganizacijski konflikt). Najprej je naveden vprašalnik o psihičnem nasilju na delovnem mestu, ki je del mednarodne raziskave Evropska raziskava vrednot. V Sloveniji je bila ta raziskava izvedena v okviru serije Slovensko javno mnenje v letu 2008/1. Vsebinski sklop je bil zajeta v poglavju M v okviru vprašanj od M1 do M9, ki vključuje 40 spremenljivk. Teh 40 spremenljivk je bilo ponovljenih v letu 2011 (SJM 2011/1), v manjšem obsegu (samo 7 spremenljivk od V1 do V3) pa še v SJM 2016/1: vsebinski sklop Psihološko nasilje in trpinčenje na delovnem mestu. Od splošnega vprašalnika »The Aggression Questionnaire« se ta vprašalnik razlikuje po tem, da ne vključuje vseh dimenzij nasilnega vedenja, ampak le psihološko nasilje in ne meri osebnostnih lastnosti ampak izpostavljenost posameznika negativnim dejanjem na delovnem mestu (glej Prilogo 2). Teh 40 spremenljivk celovito zajame možne oblike nasilja, trpinčenja, ignoriranja, neutemeljenih obtožb ipd. na delovnem mestu. Podatki na reprezentativnem slovenskem vzorcu polnoletnih oseb (N=1082) iz leta 2011 kažejo naslednjo razširjenost trpinčenja na delovnem mestu:

Tabela 3.2: Ste bili žrtev trpinčenja v zadnjih petih letih? (Hafner-Fink, 2011) lastni izračun

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
da	86	7,9	14,9	14,9
ne	493	45,6	85,1	100,0
Total	579	53,5	100,0	
Missing				
se ne nanaša	493	45,6		
ne vem	3	,3		
b.o.	7	,6		
Total	503	46,5		
Total	1082	100,0		

Tabela 3.3: Ste bili priča trpinčenju v zadnjih petih letih? (Hafner-Fink, 2011) lastni izračun

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
da	118	10,9	20,6	20,6
ne	455	42,1	79,4	100,0
Total	573	53,0	100,0	
Missing				
se ne nanaša	493	45,6		
ne vem	9	,8		
b.o.	7	,6		
Total	509	47,0		
Total	1082	100,0		

Na to vprašanje so odgovarjali zaposleni (N=579), ne pa tudi študentje in upokojenci. Med njimi jih je skoraj 15% odgovorilo, da so bili v zadnjih petih letih žrtev trpinčenja, vsak peti zaposleni pa je opazil primere trpinčenja na delovnem mestu. Od leta 2011 se zdi, da je teh primerov še več, ali pa je postala družba bolj občutljiva za te pojave, saj se o tem veliko govori

in piše, tudi v povezavi z absentizmom in prezentizmom. Ta pojav vsekakor zasluži podrobnejšo obravnavo in ukrepanje!

V nadaljevanju predstavljamo vprašalnik nezaželeno vedenje na delovnem mestu (Lobnikar, 2003). Vprašalnik vključuje seznam 46 vedenj, ki jih je potrebno oceniti, v kolikšni meri vplivajo na posameznikovo učinkovitost in posledično na organizacijsko učinkovitost (lestvica od 1: sploh ne vpliva do 5 – močno negativno vpliva) (Priloga 3). Vprašalnik celovito predstavlja različna nezaželena vedenja, a meri mnenja ljudi o učinkih tovrstnih vedenj, ne meri pa izkušnje zaposlenih s tovrstnimi vedenji, kar nas v tem projektu zanima.

S področja nasilja na delovnem mestu predstavljamo tudi vprašalnik NAQ (Lobnikar, 2003). V tem vprašalniku je seznam 36 vedenj, respondent pa mora povedati, kako pogosto je v zadnjih šestih mesecih na delovnem mestu (a) doživeli katero od vedenj, (b) videl katero od vedenj, (c) se sam tako vedel in (d) kako pomembno se mu/ji zdi opisano vedenje. Ta vprašalnik je obsežnejši od predhodnih, saj meri respondentove izkušnje, vrednote in lastno vedenje. V vsebinskem smislu je zelo podoben SJM vprašalniku o psihičnem nasilju na delovnem mestu, a je dikcija trditev prilagojena dejstvu, da vsako trditev merimo 4-krat. V tem smislu je ta vprašalnik najbolj celovit od sedaj omenjenih splošnih vprašalnikov o nasilju na delovnem mestu.

3.2.3 MERSKI INSTRUMENTI O NASILJU IN AGRESIVNEM VEDENJU V ZDRAVSTVU

Vprašalnike o nasilju in agresivnem vedenju v zdravstvu smo zbrali iz treh virov:

- OSHA: Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers
- A handbook for workplaces. Prevention and management of aggression in health services
- Anketa o varnosti in kakovosti obravnave bolnika (Gabrovec & Eržen, 2016).

Tabela 3.4: Merski instrumenti o poklicnem nasilju in agresivnem vedenju (uporabniki do osebja) v zdravstvu

VPRAŠALNIK	VIR
Workplace Violence Program Checklists	OSHA: Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers
Violence Incident Report Forms	
Orodje 01 – Organizacijska samoocena (ang. Organisational self-assessment)	A handbook for workplaces. Prevention and management of aggression in health services
Orodje 02 – Raziskava med zaposlenimi (ang. Staff survey)	
Orodje T1 – Kalkulator izpostavljenosti agresiji (ang. Exposure to aggression risk calculator)	
Orodje T2 – Kalkulator tveganja agresije (ang. Aggression risk calculator)	
Anketa o varnosti in kakovosti obravnave bolnika	Gabrovec, Eržen & Lobnikar (2014) Gabrovec (2015) Gabrovec & Eržen (2016) Gabrovec (2017) Gabrovec, Jelenc, Prislan & Lobnikar (2017)

Začnimo z bolj splošnim dokumentom na tem področju. OSHA, to je »Occupational Safety and Health Administration« znotraj ameriške administracije za delo, je leta 2004 izdala priporočila za preprečevanje nasilja na delovnem mestu za zdravstvene delavce in socialne delavce. Ta priporočila niso standard in tudi ne predstavljajo uveljavljene regulacije. So preprosto priporočila, ki jih bralci lahko uporabijo delno ali v celoti, zato, da uveljavijo uspešne preventivne programe zaježitve nasilnega vedenja. V poglavju 3.2.1 smo omenili, da nasilje lahko prihaja s strani različnih oseb: zaposlenih samih, strank ali klientov ter od splošne javnosti. Ta priporočila naslavlja le nasilje pacientov oziroma strank do osebja (zdravstvenih oz. socialnih delavcev). V prilogi omenjen publikacije se nahajata dva merska instrumenta. Prvi se imenuje »Workplace Violence Program Checklist«, kar bi lahko prevedli kot Kontrolni seznam preventivnega programa za zaježitev nasilja na delovnem mestu.

Sestavljen je iz večih kontrolnih seznamov, ki so namenjeni samoevalvaciji na različnih nivojih (OSHA, 2004):

1. Ocena organizacije – vprašanja, ki se nanašajo na zavzetost managementa in vključitve zaposlenih (ang. *Organizational Assessment Questions Regarding Management Commitment and Employee Involvement*).
2. Vprašanja glede zapisov o nasilju na delovnem mestu (ang. *Analyze Workplace Violence Records*).
3. Vprašanja/teme, ki jih je potrebno nasloviti glede dejavnikov tveganja v okolju za pojav nasilnega vedenja (ang. *Identifying Environmental Risk Factors for Violence*).
4. Ocenjevanje vpliva dnevnih praks na dejavnike tveganja v okolju za pojav nasilnega vedenja (ang. *Identifying Environmental Risk Factors for Violence*).
5. Kakšen je odziv po samem dogodku nasilja (ang. *Post-Incident Response*).
6. Ocena usposabljanja za zaposlene in nadzornike (ang. *Assessing Employee and Supervisor Training*).
7. Beleženje in evalvacija (ang. *Recordkeeping and Evaluation*).

Drugi dokument je v resnici obrazec (priložena sta dva primera) za beleženje nasilnih dogodkov na delovnem mestu s strani pacientov oz. uporabnikov storitev, tako imenovani »Violence Incident Report Forms«. Služijo kot primer zapisa nasilnega vedenja, ki ga lahko delodajalci prilagodijo svojim potrebam. Ta obrazec se razlikuje od predhodnih vprašalnikov, kjer vsak od anketiranih poroča o svojih doživetjih, vrednotah, prepričanjih. Logika beleženja je tukaj obratna – obrazec se izpolni ko pride do nasilja. To je torej sistem poročanja o nasilnih dogodkih, ki v večini primerov ni vzpostavljen. Takšen obrazec je lahko tudi spleten, pomembno pa je, da poročanje o tovrstnih dogodkih poteka s strani vseh zaposlenih daljše obdobje. Šele podatki o dogodkih, sistematično zbirani dlje časa so tisti, ki omogočajo ukrepanje.

Drugi dokument je priročnik o preventivi in managementu nasilnega vedenja v zdravstvenih sistemih (A handbook for workplaces Prevention and management of aggression in health services). Ta priročnik je rezultat triletnega avstralskega projekta, s katerim so želeli pomagati preprečevati in upravljati nasilno vedenje in njegove posledice v svojih zdravstvenih storitvah. S pomočjo teh priporočil lažje udeležujejo zahteve zakonodaje na eni strani in omogočajo varnejše okolje za svoje zaposlene na drugi. V tem smislu priročnik pokriva vrsto možnih situacij, v katerih lahko pride do poklicnega nasilja v zdravstvu. Glavni fokus je v preprečevanju nasilja s strani uporabnikov storitev, vendar pa so nekateri ukrepi in orodja v priročniku primerni tudi ko gre za agresijo s strani družinskih članov ali splošne populacije. Priročnik ne

nalaga ukrepov ampak svetuje in pomaga zaposlenim vzpostaviti uspešne preventivne programe. Vključuje predloge politik oziroma programov in praktične metode preprečevanja in blažitve učinkov nasilja na delovnem mestu (A handbook, 2008).

Priročnik vsebuje naslednja orodja (A handbook, 2008):

Orodje 01 – Organizacijska samoocena (ang. Organisational self-assessment)

Orodje 02 – Raziskava med zaposlenimi (ang. Staff survey)

Orodje D1 – Ocena prostora in agresivnosti (ang. Design and aggression)

Orodje D2 – Nasilje in organizacija prostora (ang. Violence and the design process)

Orodje P1 – Politika preprečevanja nasilja (ang. Violence prevention policy)

Orodje P2 – Presejalni test uporabnikov zdravstvenega sistema za prepoznavanje tveganja (ang. High-risk screening)

Orodje P3 – Identificiranje tveganja nasilja (ang. Violence hazard identification and risk assessment)

Orodje P4 – Ocena vedenja (ang. Behaviour assessment)

Orodje P5 – Opozorilo strank (ang. Client alert)

Orodje P6 – Opozorilno pismo (ang. Warning notice)

Orodje P7 – Pogoji in sporazum glede vedenja (ang. Conditions and agreement)

Orodje T1 – Kalkulator izpostavljenosti agresiji (ang. Exposure to aggression risk calculator)

Orodje T2 – Kalkulator tveganja agresije (ang. Aggression risk calculator)

Orodje T3 – Orodje za evalvacijo izobraževanja – kratkoročno (ang. Post-training evaluation tool – short term)

Orodje T4 – Orodje za evalvacijo izobraževanja – srednjeročno in dolgoročno (ang. Post-training evaluation tool –medium to long term)

Orodje T5 – Ocena kompetenc (ang. Competency-based assessment)

Priročnik torej vsebuje vrsto orodij, ne le anketnih vprašalnikov, ki so potrebna za beleženje in upravljanje nasilnega vedenja strank oziroma uporabnikov. V tem kontekstu za nas niso vsa zanimiva orodja, saj je namen projekta oceniti razširjenost agresije nad zaposlenimi v

zdravstvu. Raziskava bo opravljena na primeru patronažne službe in nujne medicinske pomoči. V tem kontekstu so za nas zanimivi:

Orodje O2 – Raziskava med zaposlenimi, delno tudi orodje O1

Orodje T1 – Kalkulator izpostavljenosti agresiji (ang. Exposure to aggression risk calculator)

Orodje T2 – Kalkulator tveganja agresije (ang. Aggression risk calculator)

Orodja P se nanašajo na oceno strank oz. uporabnikov oz. pacientov – to so presejalni testi za prepoznavanje tveganja nasilnega vedenja

Orodja D se nanašajo na oceno prostora in okolice glede nasilnih vedenj: kje so tveganja največja, od kod prihajajo in zakaj. Temu služi tudi orodje O1.

Zadnji v Tabeli 3.4 je predstavljen merski instrument Branka Gabrovca: Anketa o varnosti in kakovosti obravnave bolnika. Merski instrument je bil uporabljen med zaposlenimi v zdravstveni negi v domovih starejših občanov (n=527). Raziskava je pomembna, da opozori na naveden problem, kakor tudi za naš projekt, pri katerem bomo pridobljena spoznanja nadgradili. Gabrovec in Eržen (2016) v svoji raziskavi ugotavljata, da je v zadnjem letu bilo 71,7% medicinskih sester podvrženo verbalnemu nasilju s strani bolnika in 15% verbalnemu nasilju s strani sodelavcev. Med zaposlenimi v domovih starejših občanov je bilo v zadnjem letu 35,5% soočenih z nezaželenim vedenjem spolne narave s strani bolnikov in 0,9% s strani sodelavcev ali nadrejenih. Med temi zaposlenimi jih je bilo 63,8% v zadnjem letu izpostavljenih fizičnemu nasilju s strani bolnikov in 0,9% s strani sodelavcev ali nadrejenih. V zadnjem letu je bilo 36,8% zaposlenih v zdravstveni negi poškodovanih s strani bolnikov (Gabrovec & Eržen, 2016).

Anketa poleg razširjenosti nasilnih vedenj meri tudi čustvena stanja zaposlenih, ki se soočajo z nasilnim vedenjem bolnika, pripravljenost organizacije odreagirati v primeru nasilnih vedenj bolnikov in skrb za varnost, vpliv nekaterih dejavnikov na varnost in kakovost obravnave bolnika pri izbruhu jeze ter izobraževanje, potrebno za omenjene vsebine.

Enak merski instrument je bil uporabljen tudi v raziskavah Gabrovec, Eržen & Lobnikar (2014), Gabrovec (2015), Gabrovec & Eržen (2016), Gabrovec (2017), Gabrovec, Jelenc, Prislan & Lobnikar (2017). Raziskave obravnavajo problem nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije, reševalnih služb, zdravstvene nege v domovih starejših občanov, patronažne zdravstvene nege in zaposlenih v zdravstveni negi Centrov za zdravljenje odvisnosti.

3.3 RAZPRAVA IN PRIPOROČILA

V poročilu predstavljamo merske instrumente nasilnega vedenja: od splošnih pa vse do specifičnih za okolje zdravstvenih sistemov. Splošen vprašalnik o agresivnosti za naš projekt ni uporaben, ker ne bomo merili agresivnosti anketiranih oseb, ampak dogodke, v katerem so se bolniki vedli nasilno do zdravstvenega osebja. Na področju nasilja na delovnem mestu prevladujejo vprašalniki na temo intraorganizacijskega nasilja – torej nasilja s strani sodelavcev ali nadrejenih. V našem pregledu obravnavamo tri: o psihičnem nasilju na delovnem mestu (iz SJM 2008/1 in SJM 2011/1); o nezaželenem vedenju na delovnem mestu (Lobnikar, 2017) in NAQ (Lobnikar, 2003). Vprašalnik o psihičnem nasilju na delovnem mestu je izjemno podroben in prednost njegove uporabe je v tem, da imamo že zbrane podatke o razširjenosti tovrstnega nasilja na reprezentativnem slovenskem vzorcu (N= 1082). Tem 40 spremenljivkam bi na temo nasilja na delovnem mestu težko še kaj dodali, konec koncev je pa je vprašalnik del mednarodne raziskave, kjer so na voljo tudi evropski podatki. Druga dva vprašalnika vključujeta manj tem od SJM, a NAQ vključuje več spremenljivk: 36 tem psihičnega nasilja je merjenih 4-krat: respondent mora povedati, kako pogosto je v zadnjih šestih mesecih na delovnem mestu (a) doživel katero od vedenj, (b) videl katero od vedenj, (c) se sam tako vedel in (d) kako pomembno se mu/ji zdi opisano vedenje.

Ta vprašalnik je v tem sklopu vprašalnikov najobsežnejši in lahko režemo najbolj celovit, saj meri respondentove izkušnje, vrednote in lastno vedenje. V vsebinskem smislu je zelo podoben SJM vprašalniku o psihičnem nasilju na delovnem mestu, a je dikcija trditev prilagojena dejstvu, da vsako trditev merimo 4-krat. Tretji vprašalnik v tem sklopu - vprašalnik nezaželeno vedenje na delovnem mestu (Lobnikar, 2017) - meri druge vsebine, ki za vsebino našega projekta niso relevantne.

Merski instrumenti o nasilju na področju zdravstva merijo več različnih stvari - v grobem jih lahko razvrstimo na merjenje:

1. delovne organizacije in njene pripravljenosti na morebitna nasilna vedenja bolnikov in njeno skrb za zaposlene – priloženi so obrazci oz. predloge za samoevalvacijo delovne organizacije;
2. Izkušnje zaposlenih z nasiljem s strani bolnikov – na primer anketni vprašalniki, ki merijo kolikokrat so zaposleni doživeli različne nasilne dogodke;
3. obrazci za beleženje nasilnih dogodkov, povzročenih s strani pacientov oz. uporabnikov storitev;
4. vprašalniki/obrazci za oceno agresivnosti vedenja posameznega pacienta in potencialne grožnje, ki jo predstavlja za zdravstvene delavce.

Delovna organizacija, ki želi vzpostaviti varno okolje za svoje delavce, bi morala izpolniti enega od navedenih samoevalvacijskih vprašalnikov in predvideti področja izboljšav. Tiste pa, ki se resneje lotevajo problema nasilja bolnikov pa vsekakor morajo spremljati posamezne dogodke in o njih poročati. Iz pregleda literature smo se namreč naučili, da velika večina tovrstnih dogodkov ostane neprijavljenih oziroma nezabeleženih. Obrazci/formularji za zaznamek o nasilnem vedenju določenega pacienta imajo smisel le, če se vodijo sistematično dlje časa in če jih izpolnjujejo vsi zaposleni.

3.4 PREDLOG ANKETNEGA VPRAŠALNIKA

Kot anketni vprašalnik smo izbrali vprašalnik, ki je že bil uporabljen v naslednjih raziskavah: Gabrovec, Eržen & Lobnikar (2014), Gabrovec (2015), Gabrovec & Eržen (2016), Gabrovec (2017), Gabrovec, Jelenc, Prislan & Lobnikar (2017). Vprašalnik bomo uporabili za ugotavljanje razširjenosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi nujne medicinske pomoči/urgentnih centrov in za ugotavljanje nasilja nad zdravniki v enotah nujne medicinske pomoči/urgentnih centrov. Vprašalnik bo prilagojen le na področju zaposlitve, da bomo lahko ločili zaposlene v zdravstveni negi in zaposlene zdravnike. Vprašalnik predstavljamo v Prilogi 12.

Za merjenje preliminarne uspešnosti predlaganega modela izobraževanja bomo uporabili del vprašalnika iz raziskave Gabrovec, Eržen & Lobnikar (2014). Vprašalnik predstavljamo v Prilogi 13.

4 RAZISKOVALNO POROČILO: RAZŠIRJENOST AGRESIVNOSTI NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVU – FOKUSNE SKUPINE

Branko Lobnikar, Kaja Prislan, Branko Gabrovec

4.1 OPIS POSTOPKA

V okviru ciljnega raziskovalnega projekta (CRP) »Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi bolnikov« smo izvedli tako neeksperimentalno raziskovanje s pomočjo vprašalnika kot fokusne skupine. Namen prvega dela empiričnega raziskovanja je bil analizirati pogostost izpostavljenosti zaposlenih na urgentnih centrih z agresivnim vedenjem in identificirati vrste nasilja, s katerimi se najpogosteje soočajo pri svojem delu. V tem delu empiričnega raziskovanja, ki smo ga izvedli poleti 2018, smo ocenjevali izkušnje zaposlenih z nasilnimi in agresivnimi vedenji s strani pacientov in obiskovalcev zdravstvenih ustanov in s strani sodelavcev ter nadrejenih. Raziskava je bila opravljena med zaposlenimi v treh urgentnih centrih slovenskih bolnišnic.

Da bi bolje razumeli rezultate empiričnega dela raziskave, smo dodatno pripravili vprašanja za fokusne skupine, v katere smo vključili zaposlene s področja zdravstvene nege, ki imajo že nekaj delovnih izkušenj. Tako smo izvedli dve fokusni skupini v okoljih, kjer nismo izvajali prvega dela empirične raziskave in sicer v Mariboru in Celju. Sodelovanje v fokusni skupini je bilo prostovoljno, vsi udeleženci v fokusni skupini pa so pred začetkom prebrali in podali soglasje k sodelovanju v raziskavi. V obeh fokusnih skupinah je sodelovalo 17 udeležencev, od tega je bilo pet moških in 12 žensk, imeli pa so med enim in 30 let delovnih izkušenj v zdravstveni negi. Pet udeležencev je imelo do dve leti delovnih izkušenj, šest med pet in osem let delovnih izkušenj, trije so imeli več kot 20 let delovnih izkušenj, dva udeleženci pa nam nista tega podatka nista zaupala. V povprečju so imeli udeleženci fokusnih skupin preko deset let delovnih izkušenj v zdravstveni negi, kar pomeni, da dobro poznajo naravo svojega dela.

4.2 UGOTOVITVE FOKUSNIH SKUPIN

Udeležence fokusnih skupin smo najprej seznanili z ugotovitvami empiričnega dela raziskave, in jih prosili, da o teh ugotovitvah izrazijo svoje mnenje. Najprej smo jih seznanili z glavnimi ugotovitvami glede *razširjenosti nasilnega in agresivnega vedenja*. Rezultati študije kažejo na pogosto soočanje zaposlenih z nasiljem in agresivnim vedenjem na delovnem mestu, saj 89 % respondentov poroča o določeni obliki viktimizacije v preteklem letu, pri čemer je delež zaposlenih, ki poročajo o večkratni viktimizaciji na letnem nivoju prav tako visok. Najpogosteje

nasilje in s tem povezane situacije povzročajo pacienti ali obiskovalci, v primerjavi z zaposlenimi v zdravstvenih ustanovah. Med najpogostejše oblike zaznanega nasilnega vedenja sodita verbalno in psihično nasilje, najmanj pogoste pa so situacije povezane s fizičnim nasiljem. Anketirani poročajo, da imajo izkušnje z različnimi oblikami nasilja večkrat letno. Izjema sta spolno nasilje (s strani pacientov in sodelavcev; s tem ima sicer izkušnje nasploh nizek delež respondentov) ter psihično nasilje s strani pacientov, kjer večina (več kot polovica) poroča, da so s tovrstnima oblikama nasilnih vedenj imeli izkušnje enkrat ali dvakrat v preteklem letu. Med najpogostejše ponavljajoče se oblike nasilja in agresivnega vedenja sodi verbalno nasilje s strani pacientov (kar 46 % jih ima s tem izkušnje več kot 6-krat na leto) in s strani zaposlenih (27, 5 %). Izstopajoča je tudi ugotovitev, da se 21 % respondentov zelo pogosto (več kot 6-krat letno) sooča tudi s psihičnim nasiljem s strani zaposlenih/sodelavcev. Relativno pogosto je tudi fizično nasilje s strani pacientov, saj skoraj 62 % zaposlenih poroča o večkratni viktimizaciji v letnem obdobju, kar 6 % pa je takšnih, ki se s tem soočijo več kot 10-krat na leto. Glede na navedene ugotovitve smo udeležence fokusnih skupin prosili za komentar o izpostavljenosti agresivnemu vedenju, s katerim se srečujete v svojem delovnem okolju. Vprašali smo jih, kako komentirajo te ugotovitve raziskave. *Vprašali smo jih, katera oblika nasilnega vedenja se jim zdi najbolj nevarna, kaj (če kaj) meri vpliva na kakovost njihovega dela, ter katere oblike razumejo kot del svoje profesije in na njihovo vedenje nimajo pomembnega vpliva.*

Če povzamemo njihove odgovore, potem se udeleženci fokusnih skupin v veliki večini strinjajo, da so najpogostejše izpostavljeni verbalnemu nasilju s strani pacientov in pogosto tudi njihovih spremljevalcev. Pogosto verbalno in občasno psihično nasilje je najpogostejše nezaželeno vedenje, s katerimi se srečujejo udeleženci fokusnih skupin, vendar takšno vedenje tudi razumejo (zaradi zmedenosti in neorientiranosti pacientov, delirija, prestrašenosti). Najbolj pogostega nasilja pa ne dojemajo tudi kot najbolj nevarnega; med najnevarnejše oblike prištevajo fizično (in spolno) nasilje, ki pa so mu izpostavljeni relativno redko. Ko smo jih vprašali, katera oblika nasilja, s katerim se soočajo pri svojem delu, v največji meri vpliva na kakovost njihovega dela, ja je bilo med udeleženci fokusnih skupin doseženo soglasje, da je nasilno vedenje, ki najbolj negativno vpliva na njihovo kakovost dela, psihično in verbalno nasilje s strani sodelavcev in nadejanih. Povzemamo nekaj njihovih odgovorov¹: *»...na samo delo najbolj vpliva verbalno nasilje s strani sodelavce in nadrejenih«; »psihično nasilje s strani nadrejenih oziroma sodelavcev v največji meri vpliva na kakovost našega dela«; »s strani sodelavcev je veliko verbalnega nasilja od višjega položaja po hierarhiji ... po drugi strani če doživljaš nasilje s strani sodelavcev, moraš z njimi ostati v delovnem odnosu«; »v največji meri vpliva nenehno psihično nasilje s strani sodelavcev, saj to znižuje kakovost dela v samem timu«; »bolj nevarno se mi zdi verbalno nasilje s strani sodelavcev, saj se s tem ustvarja neugodna delovna klima in se dviguje odpor do opravljanja dela. Posledično pade zbranost in kakovost*

¹ Povzemamo tako, ko je bilo povedano, brez slovničnih ali strukturnih popravkov.

opravljenega dela»; »nimamo posluha s strani delodajalca ... nadrejeni redno stojijo na strani pacienta, nikoli na strani delavca ... zato smo zaposleni raje tiho«.

V nadaljevanju smo udeležencem fokusnih skupin predstavili povzetek rezultatov empirične raziskave glede odziva zaposlenih v zdravstveni negi na izpostavljenost nasilju na delovnem mestu. Generalno gledano zaposleni najpogosteje doživljajo občutke **strahu in ogroženosti** – skoraj polovica respondentov (47,8 %) je pri ocenjevanju posledic pri teh dveh stanjih označila visoko stopnjo strinjanja (število 4 ali 5 na petstopenjski lestvici od 1 (nizko) do 5 (visoko)). Relativno pogosto (pri tretjini respondentov ali več) se pojavlja tudi **občutek neznanja, kako reagirati in negotovost**, nekoliko nižji delež (32,6 %) anketiranih pa poroča tudi o občutkih **jeze**. Najmanj pogosto se pri zaposlenih pojavlja občutek nerazumevanja s strani sodelavcev in nadrejenih, nemoči in obupanosti (več kot polovica respondentov je pri podajanju odgovorov pri tovrstnih občutkih označila oceno 1 ali 2). Pregled standardnih odklonov glede na izračunane povprečne vrednosti kaže, da so bili pri ocenjevanju posledic respondenti najmanj enotni pri občutkih jeze in strahu, kar pomeni, da se tovrstna čustvena stanja pri zaposlenih pojavljajo zelo raznoliko (nekateri jih doživljajo veliko bolj pogosto, kot drugi). Udeležence fokusne skupine smo prosili, da komentirajo odziv na izpostavljenost agresivnemu vedenju. *Vprašali smo jih, kako takšni dogodki vplivajo na njih, ali pa na njihove kolege? Imajo ti dogodki kakšen vpliv na kakovost njihovih storitev, ali vplivajo na njihovo zavzetost za delo? Vprašali smo jih tudi, ali se kdaj na njihovem delovnem mestu počutijo ogroženo?* Odgovori udeležencev fokusnih skupin potrjujejo ugotovitve empiričnega dela raziskave, se pa odgovori glede vpliva izpostavljenosti na kakovost in zavzetost dela mestoma razlikujejo. Nekaj udeležencev je izjavilo, da je takšno vedenje sicer nezaželeno, vendar pri njih osebno ne vpliva na njihovo zavzetost ali kakovost opravljene storitve, kljub tem odgovorom pa je večina udeležencev poročala, da ima izpostavljenost nasilju na delovnem mestu za njih osebo negativni vpliv na kakovost njihovega dela. Glede občutij, ki jih pri tem doživljajo, povzemamo nekatere njihove izjave: *»na svojem delovnem mestu se absolutno počutim ogroženega«; »vsak dogodek me pretrese, ker sem zelo čustvena oseba, po tem čutim strah, jezo, ker ne veš kako bi lahko drugače reagiral«; »zaradi dostopnosti informacij lahko (pacienti, op. ur.) poiščejo tudi osebne strani posameznika (zaposlenega) in lahko ogrožajo njihove družine, sorodnike, prijatelje ... da, počutim se ogroženo, saj nikoli ne veš kaj bo prišlo iz verbalnega nasilja, lahko samo grožnje lahko tudi fizično nasilje«; »na svojem delovnem mestu se včasih res počutim ogroženo, sploh v nočnem času, ko je kader na minimumu«; »... vzbudi neprijetne občutke, predvsem bi rekel negotovost kako odreagirati, šele nato se ob nadaljevanju pojavita tudi strah in ogroženost«; »zaposleni imamo občutke jeze, nemoči, ne upamo reagirati na svojo roko, ker nimamo nikjer podpore, le znotraj kolektiva si zaupamo, se tolažimo«; »smo pogosto jezni in ne vemo kaj bi lahko v tistem trenutku naredili, da bi bilo prav«; »najprej občutim strah, potem pa neznanje, kako reagirati ... izjemno rada opazujem starejše kolege kako oni odreagirajo ter se iz tega naučim kako v kateri situaciji odreagirati«.*

Zadnji del izvedbe fokusnih skupin je bil vsebinsko vezan na upravljanje s tveganji, povezanimi z agresivnostjo na delovnem mestu. Najprej smo udeležencem fokusnih skupin predstavili povzetek ugotovitev iz empirične raziskave, kjer je več kot polovica anketiranih (52 %) prepričana, da vodstvo njihove zdravstvene organizacije nima jasne predstave o varnostnih tveganjih povezanih z obravnavo pacientov in delom zaposlenih. Visok delež respondentov v empirični raziskavi je poročal tudi, da organizacija nima zastavljene jasne supervizije obravnave agresivnih pacientov (47 %), pomanjkanje izkušenega kadra na delovnem mestu pa po njihovem mnenju vpliva na kakovostno obravnavo pacientov (54 %). Več kot tretjina (45 %) anketiranih prav tako navaja, da organizacija ni seznanjena z napakami, ki so prisotne na področju zagotavljanja varnosti in da varnost ni prioriteta pri načrtovanju organizacijskih sprememb (39 %). Podobno visok delež (39 %) anketiranih poroča, da varnost zaposlenih ni prioriteta v njihovi organizaciji, prav tako pa so mnenja, da ni ustrezno poskrbljeno za varnostne razmere in da pri svojem delu nimajo ustreznih sredstev za zagotavljanje varnosti. Skladno s tem je znaten delež respondentov prepričanih, da odločitve o varnosti ne sprejmejo za to usposobljenimi odločevalci (36 %). Pri ocenjevanju trenutnega stanja organizacijske in delovne klime smo ugotovili, da zaposleni v primeru pojava incidenta na delovnem mestu niso deležni ustrezne obravnave ali podpore, prav tako pojavu tovrstnih primerov večinoma ne sledijo ustrezni ukrepi oziroma sklepi za drugačno delo na tem področju v prihodnje. Podpore in obravnavo pri incidentih kot ustrezno ocenjuje zgolj nekaj več kot četrtnina respondentov (25-28 %).

Udeležence fokusnih skupin smo vprašali, kaj bi bilo potrebno po njihovem *mnenju narediti na področju reagiranja na pojav agresivnosti?* Vprašali smo jih tudi, ali *se počutijo dovolj usposobljeni za primerno reagiranje in kaj bi morala narediti njihova organizacije, vodstvo?* Glede usposobljenosti za primerno reagiranje so bili vsi udeleženci fokusnih skupin soglasni, da niso primerno usposobljeni za reagiranje na agresivno vedenje, s katerim se soočajo na delovnem mestu. Predstavljamo samo nekaj njihovih odgovorov: *»ne čutim se dovolj usposobljena za primerno reagiranje, menim da smo »drobne« medicinske sestre prešibke za »močnejšega« moškega v alkoholiziranem deliriju, ki nas razume kot grožnjo«; »sigurno nismo usposobljeni za primerno reakcijo na takšne situacije«; »se ne počutim dovolj usposobljeno za določene situacije«; »ne, ne počutim se dovolj usposobljeno v dani situaciji je težko predvidevati, kako se bo odzval«.* Glede rešitve problemov je velika večina poudarila pomen izobraževanja in usposabljanja: *»v timu bi se morali poglobljene pogovarjati o tej tematiki in kaj je najboljše narediti v takšni situaciji«; »seminarji na to temo in primeri ustreznega ukrepanja bi bili po mojem mnenju zaželeni in koristni«; »menim, da bi bilo potrebno organizirati še dodatno izobraževanje iz področja reagiranja na pojav agresivnosti«; »...imeti dodatna izobraževanja, kjer bi nas poučili, kako reagirati v takšnih situacijah«; »redkokdaj se počutiš dovolj usposobljenega za primerno reagiranje ... vsaka taka situacija bi se morala prijaviti ustrezni službi in takojšnje reševanje je edina rešitev«; »dodatno izobraževanje in poudarek na odziv na agresivno vedenje«; »menim, da se v zdravstvu preveč skrbi za*

nepotrebne stvari in premalo za izobraževanje kadra ter spodbujanje pristnih odnosov med vsemi zaposlenimi». Nekateri udeleženci fokusnih skupin so poudarili pomen sodelovanja z varnostnimi službami in izrazili potrebo po bolj učinkovitem sodelovanju z varnostniki, zelo pogosto pa se je v odgovorih poudarjala odgovornost vodstev organizacij, da naredijo več na tem področju. »Več izobraževanja na tem področju tako za zaposlene kot nadrejene, saj se ti vedno izogibajo teh izobraževanj ... tudi zbornica ZN bi lahko več naredila za nas. Prav tako društva. Nestrpnost in razočaranje nad zdravstvenim sistemom je velika.«; »vodstvo v vseh zdravstvenih ustanovah bi se moralo začeti zanimati za svoje delavce in skrbeti za varnost zaposlenih«; en udeleženec pa je k temu dodal da bi bilo »Smiselno uvajati klinično pot oz. navodilo o vseh vrstah agresivnega vedenja«.

Sklenemo lahko, da so rezultati fokusnih skupin potrdili in vsebinsko nadgradili ugotovitve empiričnega dela raziskave o varnosti zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov.

5 RAZISKOVALNO POROČILO: MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU ZA OBVLADOVANJE AGRESIJE

Branko Gabrovec, Kaja Prislán, Tit Albreht, Sandra Maleševič, Branko Lobnikar

5.1 UVOD

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) definira nasilje na delovnem mestu, kot so (na primer nasilna dejanja, fizični napadi in grožnje za napad), ki se izvaja nad zaposlenimi osebami. Nasilna dejanja se po navadi osredotočajo na fizične napade ali grožnje, ki lahko vodijo do hudih telesnih poškodb. Veliko posameznikov, ki preučuje ta problem in preventivne delovne programe, so tukaj izpostavili verbalno nasilje (grožnje, verbalne zlorabe, sovražnost, nadlegovanje/trpinčenje itd.,...), ki lahko povzroči precejšnjo psihološko travmo in stres kljub odsotnosti telesnih poškodb. Verbalni napad se tudi lahko razvije v fizično nasilje (OSHA, 2015).

Sedanje analize delovnega okolja in prepoznavna nevarnosti sta kritični do uspeha celovitega/obširnega preventivnega programa za nasilje na delovnem mestu. Veliko ustanov je ugotovilo, da je koristno vključiti vodstvo, nadzornike, klinične in neklinične delavce, da skupaj ocenijo tveganja. Obširna in celovita ocena lahko vključuje pregled dokumentov, pregled postopkov in dejavnosti za različna delovna mesta, ankete zaposlenih in analizo varnosti na delovnem mestu (OSHA, 2015).

Faktorji tveganja za nasilje na delovnem mestu v zdravstvu

Ocena tveganja lahko pogosto razkrije veliko dejavnikov, ki lahko pripomorejo k nasilju na delovnem mestu. Nekaj le teh se navezuje na paciente in lokacijo, vključno s/z:

- delom neposredno z ljudmi, ki že imajo zgodovino nasilja, ljudmi, ki zlorablajo droge ali alkohol, člani tolp ali zaskrbljeni sorodniki/prijatelji pacienta;
- dvigovanjem, premeščanjem in prevažanjem pacienta;
- samostojnim delom v ustanovi ali pri pacientu doma;
- slabo zasnovano okolje delovnega mesta, ki lahko zastira pogled zaposlene osebe ali ovira pobeg od nasilnega dogodka;
- slabo osvetljenimi hodniki, sobe, parkirišča in ostala področja;
- pomanjkanjem pomena komunikacije v sili;

- prevalenco (posedovanja) strelnega orožja, nožev in ostalo orožje med pacienti in njihovimi družinami ter prijatelji;
- delom v soseskah z visoko stopnjo kriminala (OSHA, 2015).

Ostali dejavniki tveganja so po naravi organizacijski, vključno s/z:

- pomanjkanjem politik/strategij ustanov in izobraževanjem osebja za prepoznavanje in upravljanje naraščajočih sovražnih in napadalnih vedenj pacientov, obiskovalcev in osebja;
- delom s premalo osebja, še posebej med malico, obiski (pacientov) in nočnimi izmenami (delom);
- visoko fluktuacijo zaposlenih;
- neprimerno varnostjo in duševnim zdravjem osebja na samem mestu;
- dolgimi čakalnimi vrstami za paciente in prenatrpane, neudobne čakalnice;
- prostim gibanjem javnosti v ambulantah in bolnišnicah;
- zaznavanjem, da smo strpni do nasilja in da žrtve ne bodo zmožne poročati policiji o incidentu ali vložiti obtožbo;
- poudarkom na zadovoljstvu »strank« glede varnosti osebja (OSHA, 2015).

V okviru ciljnega raziskovalnega projekta »Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov« je bil opravljen obsežen pregled literature. Rezultati raziskav, ki so bile opravljene v Sloveniji so primerljivi z raziskavami, ki so bile izvedene v tujini, vendar pa se le-te razlikujejo glede na poročano prevalenco fizičnega nasilja. Clements et al. (2005) poročajo o prevalenci od 35 % do 80 % v zadnjem letu, Hahn et al. (2010) o 42 % in Franz et al. (2010) o 83 % prevalenci v zadnjih 12 mesecih. V primerjavi z ostalimi državami po svetu, so rezultati primerljivi samo s študijo, ki je bila izvedena na Švedskem (Soares et al., 2000) in v Turčiji (Picakciefe et al., 2012). Pogostost fizičnega nasilja, storjenega s strani pacientov, je v Sloveniji višja kot v ZDA (Clements et al., 2005; Privitera et al., 2005) in Švici (Hahn et al., 2010). Ugotovili smo, da so potrebne nadaljnje kvalitativne raziskave za odkritje značilnosti in ozadja takega nasilja. Ravno tako so potrebne dodatne raziskave, predvsem na področju urgentne zdravstvene nege v t.i. urgentnih centrih.

V okviru projekta smo dodatno opravili dve raziskavi: kvantitativno raziskavo prevalence nasilja nad zaposlenimi v urgentnih centrih, ter kvalitativno raziskavo z uporabo fokusnih skupin na primeru študentov zdravstvene nege.

5.1.1 KVANITATIVNA RAZISKAVA PREVALENCE NASILJA NAD ZAPOSLENIMI V URGENTNIH CENTRIH

V nadaljevanju povzemamo temeljne ugotovitve raziskave:

- respondenti se pogosteje soočajo z nasiljem in agresivnim vedenjem s strani pacientov ali njihovih bližnjih v primerjavi z nasilnim vedenjem s strani sodelavcev;
- najpogosteje se soočajo z verbalnim in psihičnim nasiljem: 89 % respondentov je bilo v zadnjem letu žrtev verbalnega in 69 % psihičnega nasilja;
- zaposleni imajo pogosto izkušnje s fizičnim nasiljem (41 % respondentov je imelo izkušnje v preteklem letu);
- najmanj pogosto se respondenti soočajo s spolnim nasiljem (12 % je imelo izkušnje v preteklem letu) in s fizičnim nasiljem s strani sodelavcev (2 %);
- med najpogosteje ponavljajoče se oblike nasilnega vedenja sodi verbalno nasilje (tako s strani pacientov – 46 % respondentov to zazna več kot 6-krat na leto; kot zaposlenih – 28 % več kot 6-krat na leto), spolno nasilje (tako s strani sodelavcev kot pacientov – v obeh primerih 22 % več kot 6-krat na leto) in fizično nasilje s strani pacientov (15 % več kot 6-krat na leto);
- med najpogostejše oblike verbalnega nasilja s strani pacientov sodijo vedenja kot so prekinjanje med pogovorom, zmerjanje, vpitje, prepiranje in preklinjanje. S strani sodelavcev pa respondenti najpogosteje doživljajo obrekovanje in razširjanje govoric;
- med najpogostejše oblike spolnega nasilja s strani pacientov in zaposlenih sodijo neprimerni komentarji, namigovanje na spolnost in neverbalno komunikacijo, ki je spolno obarvana;
- med najpogostejše oblike fizičnega nasilja s strani pacientov sodi zastraševanje, grožnje in neprimerni fizični kontakti (odrivanje, prerivanje ipd.), medtem ko je tovrstna oblika nasilja s strani sodelavcev relativno nepogosta;
- med najpogostejše oblike psihičnega nasilja s strani pacientov sodi čustveno izsiljevanje za pridobitev ugodnosti ali boljše obravnave ter podajanje neutemeljenih pritožb, medtem ko s strani sodelavcev zaposleni najpogosteje doživljajo različne oblike socialnega spodkopavanja (prelaganje dela in odgovornosti, pretiran nadzor, kritiziranje dela, zadrževanje pomembnih informacij, ignoriranje ipd.);
- pri soočanju z nasilnim in agresivnim vedenjem zaposleni najpogosteje doživljajo občutke strahu in ogroženosti, pogosti so tudi občutki negotovosti in neznanja za reagiranja na zaznano nasilje;

- večina respondentov je prepričana, da organizacijska politika in vodstveni odnos do varnosti na delovnem mestu ter tveganj povezanih z opravljanjem dela nista primerna. To v kombinaciji s pomanjkanjem izkušenega osebja vpliva na kakovostno obravnavo osebja in vodi v neustrezne varnostne razmere;
- večina respondentov navaja, da ne razpolaga z ustreznim znanjem za obvladovanje primerov nasilja in agresivnega vedenja na delovnem mestu in da bi bilo treba v prihodnje izvajati praktične delavnice ter sprejeti ustrezne organizacijske pisne smernice.

5.1.2 KVALITATIVNA RAZISKAVA Z UPORABO FOKUSNIH SKUPIN NA PRIMERU ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE

Če povzamemo odgovore, potem se udeleženci fokusnih skupin v veliki večini strinjajo, da so najpogosteje izpostavljeni verbalnemu nasilju s strani pacientov in pogosto tudi njihovih spremljevalcev. Pogosto verbalno in občasno psihično nasilje je najpogostejše nezaželeno vedenje, s katerimi se srečujejo udeleženci fokusnih skupin, vendar takšno vedenje tudi razumejo (zaradi zmedenosti in neorientiranosti pacientov, delirija, prestrašenosti). Najbolj pogostega nasilja pa ne dojemajo tudi kot najbolj nevarnega; med najnevarnejše oblike prištevajo fizično (in spolno) nasilje, ki pa so mu izpostavljeni relativno redko. Ko smo jih vprašali, katera oblika nasilja, s katerim se soočajo pri svojem delu, v največji meri vpliva na kakovost njihovega dela, ja je bilo med udeleženci fokusnih skupin doseženo soglasje, da je nasilno vedenje, ki najbolj negativno vpliva na njihovo kakovost dela, psihično in verbalno nasilje s strani sodelavcev in nadrejenih.

V nadaljevanju smo udeležencem fokusnih skupin predstavili povzetek rezultatov empirične raziskave glede odziva zaposlenih v zdravstveni negi na izpostavljenost nasilju na delovnem mestu. Odgovori udeležencev fokusnih skupin potrjujejo ugotovitve empiričnega dela raziskave, se pa odgovori glede vpliva izpostavljenosti na kakovost in zavzetost dela mestoma razlikujejo. Nekaj udeležencev je izjavilo, da je takšno vedenje sicer nezaželeno, vendar pri njih osebno ne vpliva na njihovo zavzetost ali kakovost opravljene storitve, kljub tem odgovorom pa je večina udeležencev poročala, da ima izpostavljenost nasilju na delovnem mestu za njih osebo negativni vpliv na kakovost njihovega dela.

Zadnji del izvedbe fokusnih skupin je bil vsebinsko vezan na upravljanje s tveganji, povezanimi z agresivnostjo na delovnem mestu.

Glede usposobljenosti za primerno reagiranje so bili vsi udeleženci fokusnih skupin soglasni, da niso primerno usposobljeni za reagiranje na agresivno vedenje, s katerim se soočajo na delovnem mestu. Glede rešitve problemov je velika večina poudarila pomen izobraževanja in usposabljanja. Nekateri udeleženci fokusnih skupin so poudarili pomen sodelovanja z

varnostnimi službami in izrazili potrebo po bolj učinkovitem sodelovanju z varnostniki, zelo pogosto pa se je v odgovorih poudarjala odgovornost vodstev organizacij, da naredijo več na tem področju. *»Več izobraževanja na tem področju tako za zaposlene kot nadrejene, saj se ti vedno izogibajo teh izobraževanj ... tudi zbornica ZN bi lahko več naredila za nas. Prav tako društva. Nestrpnost in razočaranje nad zdravstvenim sistemom je velika.«;* *»vodstvo v vseh zdravstvenih ustanovah bi se moralo začeti zanimati za svoje delavce in skrbeti za varnost zaposlenih«;* en udeleženec pa je k temu dodal da bi bilo *»Smiselno uvajati klinično pot oz. navodilo o vseh vrstah agresivnega vedenja«.*

Sklenemo lahko, da so rezultati fokusnih skupin potrdili in vsebinsko nadgradili ugotovitve empiričnega dela raziskave o varnosti zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov.

5.2 MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU ZA OBVLADOVANJE AGRESIJE

Model funkcionalnega izobraževanja zaposlenih v zdravstvu mora celostno zajemati obvladovanje agresije na vseh področjih zdravstvenega varstva. Postavljati mora teoretične okvirje obvladovanja in praktične tehnike izogibanja, samozaščite ter fizičnega oviranja.

Le manjši del zdravstvenega osebja (medicinske sestre, zdravstveni tehniki, zdravniki, klinični psihologi) zaznava svoje delo kot nevarno. Žrtve nasilnega vedenja pacientov so najpogosteje medicinske sestre in zdravstveni tehniki, predvsem ob sprejemu v bolnišnico proti volji, ob prisilnem zadrževanju oziroma oviranju in ob aplikaciji zdravil. Sodelujoči menijo, da bi potrebovali več usposabljanja s področja samoobrambe, dodatne kompetentne sodelavce, predvsem moškega spola, treninge komunikacije in boljše sodelovanje znotraj kolektiva. Poleg tega so mnenja, da bi zdravstveni delavci, ki so žrtve nasilnega vedenja bolnika, bili deležni sistematične pomoči. Občasno pri nasilnih dogodkih intervenira tudi varnostna služba, ki pa za tovrstne intervencije ni usposobljena, zato bi bilo potrebno zanje organizirati posebna usposabljanja (Mrevlje & Umek, 2011).

Potrebo po sistematičnem izobraževanju navaja že Poster & Ryan, (1993). Vso osebje bi moralo biti primerno usposobljeno in trenirano za preprečitev ter obvladovanje nasilnega vedenja, komunikacijo in včasih uporabo fizične sile (Poster & Ryan, 1993).

Usposabljanje je ključen del uspešnega preventivnega programa za nasilje na delovnem mestu. Zdravstvenim delavcem pomaga prepoznati možna tveganja in naučiti, kako naj zaščitijo sebe, sodelavce in paciente. Usposabljanja in okrepitve, ki imajo pomembno vlogo z ostalimi sredstvi lahko delavcem zagotovijo strategije za povečanje zaupanja pri ravnanju potencialnih nasilnih nesreč in za zmanjševanje nastanka le teh še preden se zgodijo. Izobraževanje prav tako podpira, da nasilje ni sestavni del zdravstva (OSHA, 2015).

Ugotovitve kažejo, da je nujno oceniti potrebe po izobraževanju, usposabljanju in učenju medicinskih sester, ko pri delu na akutnih psihiatričnih oddelkih poskušajo zagotavljati varnost pacientom in osebju, obenem pa spoštovati pacientove pravice in upoštevati etična načela. Zaposleni morajo poznati strokovna in zakonska priporočila, ki veljajo za to področje. Tako lahko dosežemo, da bo to težavno področje obravnave pacientov postalo manj stresno in bolj varno za paciente in osebje, da bo izvedba posebnih varovalnih ukrepov (PVU) kakovostna in izvedena enotno, v skladu s smernicami in z dobrimi praksami v zdravstveni negi, upoštevajoč etična in pravna načela izvajanja (Povzeto po: Bregar, 2012).

Zdravstveni delavci potrebujejo sistematično in kontinuirano izobraževanje obvladovanja agresivnih situacij (praktični del) ter izdelavo splošnih ali internih smernic obvladovanja. Izdelava smernic mora vključevati sodelovanje psihiatrične stroke in splošnih borilnih prijemov ter načel, kar je pomembno za ohranjanje terapevtskega odnosa s pacientom. Smernice naj kot splošni ali interni dokument zajemajo vse vidike fizičnega oviranja, spremstva, aplikacije terapije, samoobrambnih prijemov in fiksacije. Navodila fizičnega oviranja služijo kot enotno izhodišče ukrepanj za celotno osebje in postopke ter osnovno izhodiščno točko fizičnega oviranja. Izdelava smernic in kontinuirano strokovno izobraževanje prinašata zdravstvenim delavcem samozavest in znanje obvladovanja agresivnih situacij ter posledično bolj uspešno in varno obvladovanje nastalih situacij (Gabrovec, 2009).

Programi za usposabljanje so najbolj učinkoviti, ko so zasnovani izključno za ustanovo ali enoto s posebnim profilom tveganja. Na primer, usposabljanje medicinskih sester za nujno medicinsko pomoč znotraj oddelka za nujno medicinsko pomoč in osredotočanje na najbolj pogoste nevarnosti s katerimi se soočajo znotraj ustanove. Organizacije lahko proučujejo, predelujejo in združujejo elemente modelov programa, ki so ustrezna za potrebe in pogoje ustanove. Skupni cilji usposabljanja vključujejo povečano zaupanje delavcev v zmanjševanje nasilnega vedenja in obvladovanje nasilnega vedenja, ko se le ta pojavi. Posamezne teme lahko vključujejo:

- pregled preventivnih strategij nasilja na delovnem mestu;
- postopke in strategije za pridobivanje profila tveganja pacienta pred samim sprejemom v obravnavo, v kolikor je to izvedljivo;
- faktorje tveganja, ki povzročijo napad ali prispevajo k napadu;
- postopke in strategije za ocenjevanje ter dokumentiranje pacientovih sprememb v vedenju;
- lokacijo, delovanje in pokritost varnostnih naprav kot so na primer, alarmni sistemi s priporočenim načrtom vzdrževanja in postopkov;
- prepoznavanje neprimerne vedenja, opozorilnih znakov in dejanj, ki lahko vodijo do pojava napada;

- umiritvene tehnike za preprečevanje ali zmanjševanje nestabilnih situacij ali agresivnega vedenja;
- pristope za soočanje agresivnega vedenja pacientov in prav tako sorodnikov, obiskovalcev ali vsiljivcev;
- primerno uporabo varnih sob ali področij, kjer lahko zaposleni najdejo zatočišče pred nasilnim dogodkom;
- odzivnost akcijskega načrta na nasilne razmere ali tako imenovani »signalni znaki« vključujejo tudi možnost razpoložljive moči, odzivnost na alarmne sisteme in postopke komuniciranja;
- bolj na splošno, kaj storiti v primeru nasilnega dogodka na delovnem mestu, kot so na primer odgovornosti ostalih posameznikov, ki se ne odzivajo posredno na dogodek;
- postopke samoobrambe, kjer je to potrebno;
- postopno ravnanje z metodami nadzora, ki vključujejo čas in način varne uporabe zdravila ali fizičnih pripomočkov, ko je to potrebno;
- načine za zaščito sebe in sodelavcev, vključno z delom v skupinah, ko je to potrebno;
- pomen zgodnje/hitre pomoči;
- postopke in strategije za dokumentacijo in vodenje;
- postopke in strategije za vzdrževanje zdravstvene nege, svetovanja, pridobivanja nadomestil za delavce in pravne pomoči po nasilnem dogodku (OSHA, 2015).

Splošna priporočila za usposabljanje aktivnosti vključujejo:

- dodane informacije o posebnih strategijah ustanove, postopkov in potencialnih faktorjev tveganja, ko je v uporabi že obstoječ program/načrt usposabljanja;
- da usposabljanja in strategije pokrivajo vsa področja nasilja na delovnem mestu, ne samo nasilja pacientov nad zaposlenimi. Veliko načrtov usposabljanja, postopkov in strategij se osredotočajo le na slednje. Takšni programi niso primerni za prikaz nasilja med delavci oziroma med delavci in pacienti, ropanja in kraje (na primer kraja droge ali pa lastnine pacienta in bolnišnic) ter nasilja v družini;
- zagotavljanje pogostih možnosti za izmenjavo praks in za dokazovanje kompetentnosti (OSHA, 2015).

Kdo naj bi se udeležil usposabljanja?

Vsi delavci, ki naj bi imeli interakcijo s pacienti, vključno z osebjem za sprejem pacientov imajo lahko korist od preventivnih usposabljanj za nasilje na delovnem mestu. Dobro izkoriščenost imajo prav tako nadzorniki in vodstvo. Podporno osebje ima pa med drugim prednost glede ozaveščanja njihovih odgovornosti v primeru nasilnega dogodka na delovnem mestu. Pogodbeni zdravniki, začasno osebje in pogodbeni delavci bi morali imeti enako usposabljanje kot stalno osebje. Novi in prestavljeni delavci pa naj bi bili deležni usmeritev, ki vključujejo usposabljanje o preprečevanju nasilja na delovnem mestu. Na posameznih delovnih mestih se spreminjajo dolžnosti, lokacija dela in interakcija pacientov, zato je usposabljanje za preprečevanje nasilja lahko bolj učinkovito v kolikor je prilagojeno obravnavi potreb v različnih skupinah zdravstvenega osebja, še posebej:

- medicinske sestre in neposredno negovalno osebje;
- osebje za nujno medicinsko pomoč;
- podporno osebje za (gospodinjstvo/prehrano, strežbo in vzdrževanje);
- varnostno osebje;
- nadzorniki in managerji (OSHA, 2015).

Medicinske sestre in ostalo negovalno osebje

Medicinske sestre, bolničarji in delavci za duševno zdravje (psihologi, psihiatri) in ostalo negovalno osebje preživijo večino svojega časa v neposredni interakciji s pacienti, zato se pogosto srečujejo s težkimi razmerami. Med drugim so upravičeni do usposabljanja pri:

- načrtu za preprečevanje nasilja na delovnem mestu v sami ustanovi;
- prepoznavanju opozorilnih znakov;
- ocenjevanju nevarnosti;
- delu s pacienti, ki odražajo nasilno vedenje;
- stopnjevanju nasilja in predvidevanju dejavnikov za pojav nasilja;
- verbalnih in fizičnih tehnikah umirjanja;
- samoobrambi in praktični delavnici.

Neposredno zdravstveno osebje imajo tudi lahko koristi od specializiranih usposabljanj za preprečevanje nasilja, ki so zasnovani za specifično populacijo pacientov s katerimi imajo

opravka, na primer pacienti z vedenjskimi težavami, pacienti z motnjami v duševnem razvoju in starostniki z Alzheimerjevo boleznijo ali pa drugo obliko demence (OSHA, 2015).

Osebe na oddelku za nujno medicinsko pomoč

Medicinske sestre za nujno medicinsko pomoč (NMP) se v visokem obsegu soočajo s fizičnim nasiljem. Le te so izpostavljene pacientom, ki imajo predhodno zgodovino nasilja, agresivno vedenje povezano s psihični motnjami, zlorabo drog, demenco in ostalih stanj. Oddelek za NMP je pod vplivom hitrega razvoja in velja za nepredvidljivo okolje. Osebe se velikokrat srečuje s pacienti katerih zgodovine poznajo zelo malo ali pa vrsto drog, ki bi lahko vplivale na njihovo vedenje. Veliko oddelkov za NMP v urbanem okolju obravnavajo paciente, ki so žrtve travmatičnega nasilja in nemalokrat se ozadja nasilja v skupnosti prenašajo na oddelke za NMP. Z obiskom oddelkov za NMP se lahko odražajo izkušnje travmatskih duševnih obolenj in tesnobe, ki sprožijo agresivne odzive. Splošno usposabljanje, ki je skupno celotnemu negovalnemu osebju bi moralo večjo pozornosti nameniti usposabljanju za medicinske sestre za NMP s pomočjo varnih postopkov. Varni postopki se osredotočajo na omejen dostop ali premikanje v fizičnem okolju kot je na primer omogočeno zaklepanje vrat za preprečevanje sekundarnega nasilja iz maščevanja v primerih nasilja tolpa ali družinskega nasilja (OSHA, 2015).

Podporno osebje

Osebe za gospodinjstvo, strežbo in vzdrževanje imajo korist od programa za preprečevanja nasilja na delovnem mestu v kolikor svoje dolžnosti vršijo v okolju, kjer se nahajajo pacienti ali v kolikor imajo kakršen koli stik s pacienti. Vso osebje se mora zavedati sistemov, ki temeljijo na oznakah okolja, kot so na primer barvne oznake za razširjanje informacij o posameznih pacientih. Ostali varnostni ukrepi vključujejo varno razdaljo od pacientov, preprečevanje nenadzorovanega odlaganja vzdrževalnega orodja in preprečevanje pacientom, da bi med dostavo perila posegali po oblekah in torbah z vrvmi (OSHA, 2015).

Varnostno osebje

Varnostno osebje mora poznati raspored ustanove z vključenimi vhodi in izhodi in kako omejiti ali nadzorovati dostop v ustanovo. Varnostno osebje mora biti deležno usposabljanja specifičnih potreb za zagotavljanje varnosti v zdravstvenem okolju, vključno s psihološkimi komponentami za ravnanje agresivnega in neprimerne vedenja ter načine za ravnanje in zmanjševanje sovražnih dejanj (OSHA, 2015).

Nadzorniki in vodstvo

Nadzorniki in vodstvo so deležni usposabljanja za prepoznavanje visoko tveganih dejanj, za zmanjševanje ogrožanja varnosti in za spodbujanje zaposlenih o poročanju nastalih incidentov ter zagotavljanje, da si zaposleni poiščejo ustrezno zaščito po nasilnem dogodku. Dodatno usposabljanje vključuje dodatni management zaposlenih, ki so direktno vpleteni v nasilno dejanje na delovnem mestu (OSHA, 2015).

Oblika in pogostost

Usposabljanje za varnost lahko poteka v več oblikah:

- **Teoretične in praktične delavnice.** Usposabljanje za preprečevanja nasilja na delovnem mestu predstavlja teoretični del (na primer seminarji) skupaj s praktičnim delom v oblike igranja vlog, vaj in simulacij. Interaktivne vaje naredijo usposabljanje bolj učinkovito, saj dopustijo udeležencem izvajanje in uporabo spretnosti, ki so se jih naučili kot so na primer tehnike samoobrambe in tehnike umirjanja.
- **Usposabljanje v pravem času.** Nekateri ustanove so določile enega ali več »mentorjev za varnost« za vsako enoto. Te posamezniki lahko nudijo usmerjanje in usposabljanje v realnem času – na primer, če vidijo, da se sodelavec sooča z umirjanjem razburjenega/agresivnega pacienta. Mentorji prav tako vodijo uporabne redne tečaje, ki ustrezajo zaposlenim zaradi usposabljanja v njihovem neposrednem okolju.
- **Spletno usposabljanje.** Ta visoko naraščajoči pristop ponuja zvestobo predstavitve in samodejno dokumentiranje z minimalnim nadzorom in dopuščanjem prilagodljive hitrosti in časa. Spletno usposabljanje ne zagotavlja praktičnih vaj s fizičnimi zmoglostmi, ki so ključni element katerega koli programa za usposabljanje. Je veliko bolj učinkovit, ko je združen s poučevanjem v živo in prakso – mešan pristop. NIOSH je razvil spletni program za usposabljanje (www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training_nurses.html) za pomoč zdravstvenim delavcem pri: učenju ključnih elementov razširjenega programa za preprečevanje nasilja na delovnem mestu, načinu organizacijskih sistemov pri vrednotenju nasilja na delovnem mestu in načinu uporabe posameznih strategij in kako razviti spretnosti za preprečevanje in odzivanje nasilja na delovnem mestu (OSHA, 2015).

Zdravstvene organizacije menijo, da je koristno imeti v vsaki zdravstveni ustanovi usposobljene mentorje za preprečevanje nasilja na delovnem mestu. Te mentorji lahko obiskujejo obsežen tečaj, ki ga zagotovi zunanji izvajalec za usposabljanje in zatem lahko postanejo certificirani za usposabljanje drugih oseb. Veliko zdravstvenih organizacij je izboljšalo svoje rezultate z zagotavljanjem obnovitvenih usposabljanj enkrat na leto za

negovalno osebje. Osvežena usposabljanja so potrebna bolj pogosto v visoko tveganih organizacijah in okoliščinah in sicer, enkrat na mesec ali pa na štiri mesece za učinkovito doseganje in informiranje delavcev.). Vodstvo lahko poveča udeležbo na usposabljanjih z uvajanjem nadomestil za zato porabljen čas (OSHA, 2015).

Funkcionalni model izobraževanja predstavljamo v naslednjih sklopih (povzeto po Gabrovec, 2014).

5.2.1 OCENA STANJA IN PREPOZNAVANJE DEJAVNIKOV, KI POVEČUJEJO TVEGANJE ZA AGRESIVNO VEDENJE

Zdravstveno osebje mora biti pozorno na prepoznavanje dejavnikov, ki povečajo tveganje za agresivno vedenje (Povzeto po: Rager Zuzelo, 2009):

- notranje (blodnje, halucinacije) ali zunanje provokacije;
- droge ali alkohol;
- frustracije (nasprotja med željami pacienta in možnostmi konkretne situacije);
- nedosledno postavljanje meja;
- pomanjkanje vedenjskih oblik kot alternativ nasilju (npr. soba za sproščanje);
- nenaden stres;
- zaznana nevarnost, bodisi prava ali namišljena;
- pomanjkanje osebnega prostora;
- ujetost v nestrukturirano okolje brez aktivnosti;
- pomanjkanje kontaktov s pacienti v času prezaposlenosti osebja;
- aplikacija terapije proti volji pacienta.

Lestvici za oceno tveganja za agresivno vedenje

OAS — Lestvica odkrite agresije (Overt Aggression Scale)

Lestvico odkrite agresije OAS je oblikoval Stuart C. Yudofsky s sodelavci (1986) iz Houstona v ZDA. Lestvica OAS je namenjena oceni opazovanega/zazanega agresivnega vedenja. Lestvica je razdeljena na dva dela. Prvi del sestavljajo štiri kategorije agresivnega vedenja: besedna agresija, avtoagresija, heteroagresija in agresivnost do predmetov. Vsaka kategorija vsebuje opis štirih agresivnih vedenj, ki se stopnjujejo glede na resnost (npr. pri besedni agresiji od

jeznega vpitja do neposrednih groženj s smrtjo). Ocenjevalec lestvice v prvem delu označi tisto vrsto in intenziteto agresivnega vedenja, ki je pri pacientu prisotna. Drugi del lestvice je namenjen opisu intervencij, ki so potrebne za preprečitev ali obvladanje agresivnega vedenja pri pacientu. Raziskave so potrdile korelacijo med resnostjo/stopnjo posamezne vrste agresivnega vedenja in izvedenimi intervencijami osebja. Sestavni del lestvice je tudi časovna komponenta, kjer se zabeleži čas začetka opazovanega agresivnega vedenja in čas trajanja letega, pri čemer velja, da se agresivno vedenje, ki se ponovi znotraj prvih 30 minut od začetka prvega agresivnega vedenja, šteje za isto epizodo agresivnega vedenja (izpolni se ena lestvica) (Povzeto po: Lapanja, 2012).

Lestvica OAS se je v klinični praksi pokazala kot preprosta za uporabo, saj je enostavna, razumljiva in vzame malo časa za izpolnjevanje. Njena napovedna vrednost za nadaljnje agresivno vedenje je manjša kot pri Brøset lestvici nasilnega vedenja (BVC), njena prednost pa je v natančnem opisu stopnje resnosti in vrste agresivnega vedenja. Pomembno napovedno vrednost ima lestvica pri pacientih, pri katerih je agresivno vedenje pogostejše, saj se iz analize lestvic lahko razbere, kako se agresivno vedenje pri posamezniku spreminja v pojavnih oblikah in intenziteti. Koristne pa so tudi informacije o učinkovitih intervencijah osebja, ki so agresivno vedenje preprečile, zmanjšale ali obvladale (Povzeto po: Lapanja, 2012).

BVC – Brøset lestvica nasilnega vedenja (Brøset Violence Checklist)

V tujini so pri prepoznavanju oz. preprečevanju agresivnega vedenja pogosto v uporabi različne ocenjevalne lestvice. Na Norveškem je avtor Roger Almvik za oceno tveganja za agresivno vedenje pri pacientu uveljavil lestvico BVC (Brøset Violence Checklist) (Almvik; Woods; Rasmussen, 2000). Lestvica je bila razvita na podlagi najbolj pogostih vzorcev obnašanja pred agresivnimi neželenimi dogodki in vsebuje šest najbolj značilnih vedenjskih motenj. Sama lestvica je izredno preprosta in ne zahteva veliko časa izpolnjevalca. Lahko se uporablja ob sprejemu pacienta, pa tudi kasneje na oddelku, bodisi za ponovno kontroliranje nevarnosti agresivnega vedenja pacienta, kot rutinsko beleženje stanja na oddelku, za prenos informacij o pacientih med izmenami. Potrebno se je zavedati, da lahko lestvico izpolnjuje le oseba, ki je del zdravstvenega tima in je seznanjena z načinom izpolnjevanja lestvice (Abderhalden, 2008).

5.2.2 UPORABA VEDENJSKO KOGNITIVNIH IN DEESKALACIJSKIH TEHNIK

Kot primer navajamo nekaj vedenjsko kognitivnih tehnik, ki jih lahko uporabimo (povzeto po Smrdu v Pregelj & Kobentar, 2009):

- Poslušanje. Včasih zadostuje za zmanjšanje jeze in agresivnosti občutek, da nas nekdo dejansko posluša. Ko pride takšen pacient, ga najprej vprašajte, kako mu lahko

pomagate, s čimer mu ponudite možnost, da začne govoriti. Ob tem ga pozorno poslušajte, ne govorite, raje vsake toliko pokimajte in ga spodbudite z besedami kot so: ja, kar povejte ipd.

- Aktivno poslušanje. To je proces, v katerem se resnično trudimo slišati in razumeti pacienta; je resničen poskus, s katerem se želimo postaviti v njegovo situacijo. Pomeni, da ste pozorni ne samo na besede, ampak tudi na čustva in telesno govorico.
- Potrditev. Pojavi se lahko kadar lahko resnično razumete pacientovo jezo. Takrat lahko iskreno odgovorite z besedami: "Razumem, da ste zaradi tega jezni." ali "Če bi se to zgodilo meni, bi bil verjetno ravno tako jezen." Pri tem morate paziti na ton svojega glasu, ki naj bo pomirjajoč in naj izkazuje spoštovanje.
- Opravičilo. Pri tem ne gre za to, da bi se opravičili za kakšno namišljeno napako, ampak zgolj za nekaj, kar se tudi vam zdi, da je bilo napačno ali nepravilno izpeljano. To je zgolj potrditev, da bi se določena stvar lahko izpeljala drugače. Če tega ni, lahko rečete: "Žal mi je, da ste imeli tako grozen dan, izkušnjo ..." Tako izrečete opravičilo brez prevzemanja krivde.
- Strinjanje. Pogosto, kadar so ljudje jezni, je vsaj 2 % resnice v tem, kar govorijo. Ko poskušate zmanjšati jezo, je pomembno, da slišite ta 2 % in se z njima strinjate.
- Povabilo kritike. Pri tem povabite pacienta, da izreče kritiko situacije bolj celostno. Pri tem lahko rečete: "Kar povejte. Poveste lahko vse, kar vas je vznemirilo." Takšno povabilo lahko na začetku nekoliko poveča jezo, vendar se ob nadaljnjem spodbujanju pacienta k izpovedi zmanjša. Pri uporabi te tehnike se zavedajte, da boste za enega pacienta porabili veliko časa in da ne morete predvideti, koliko. Če ga boste prehitro prekinili, se lahko njegova jeza le poveča.

Deeskalacijske tehnike (povzeto po Lapanja & Mohar v Čuk, 2006):

Pravila neverbalne komunikacije:

- Svoje telo pozicionirajte tako, da lahko komunicirate v kotu, ko ni "iz oči v oči".
- Zavedajte se drža svojega telesa. Izogibajte se drž, ki lahko izpadejo avtoritativne in obrambne (prekrižane roke oz. roke na bokih).
- Poskušajte komunicirati na isti višini kot pacient. Med deeskalacijskem procesom je včasih priporočeno, da sedite.
- Zavedajte se svoje obrazne mimike in poskrbite, da odraža tisto, kar govorite.

- Distanca med osebami v deeskalacijskem procesu naj bo približno 1 meter. Ta razdalja se lahko/mora poveča na razdaljo treh metrov v primeru stopnjevanje se verbalne agresije.
- Izogibajte se skušnjavi, da prezgodaj uporabite v deeskalacijskem procesu pomirjevalni dotik.
- Bodite pozorni pri uporabi strmenja v oči. Le-ta se uporablja v isti meri kot pri razgovoru z neagresivno osebo. Dobra uporaba "gledanja v oči" bo sporočala naravnost in zaupanje.

Pravila verbalne komunikacije:

- Uporablajte miren, topel in "čisti" ton glasu.
- V zgodnji fazi deeskalacije vprašajte po specifičnih dejanjih in se izogibajte dolgim kompliciranim izjavam.
- Izogibajte se osebni konfrontaciji, tako da ostanete fokusirani na trenutno temo, in ignorirate direktni osebni napad.
- V zgodnji fazi deeskalacije se izogibajte temu, da bi bili selektivni do tem, ki vam jih pacient zaupa. Soočite s tem, kar zglada glavni problem, četudi je morda neprijeten.
- Izogibajte se uporabi žargona.
- Okrepite svojo pozicijo v smislu pomagača in ne kot omejevalca.

5.2.3 UPORABA POSEBNEGA VAROVALNEGA UKREPA (ZA UPORABO V PSIHIATRIČNI STROKI)

PVU odredi zdravnik, izvaja pa jih negovalni tim po predpisanih standardih. Večinoma so spremljevalec nujnih stanj v psihiatriji. To so vsa urgentna stanja, ki potrebujejo takojšnje zdravljenje, s čimer se prepreči napredovanje slabšanja stanja in v skrajnih primerih heteroagresivno ali avtoagresivno vedenje (Pregelj & Kobentar, 2009).

Razlogi za uvedbo PVU (Dernovšek, Novak Grubič, 2001):

- ukrepi, namenjeni omogočanju obravnave pacienta (fiksacija roke med aplikacijo i. v. infuzije, premedikacija pred in med medicinskimi posegi oziroma preiskavami);
- ukrepi, namenjeni za odpravo oziroma obvladovanje pacientovega nevarnega vedenja (vedenje, ki je usmerjeno v škodo njemu samemu, okolici ali drugim osebam).

Vrste posebnih varovalnih ukrepov:

a) Medikamentozni PVU:

- hitra nevroleptizacija (pacient v enkratnem ali večkratnih zaporednih odmerkih prejme nevroleptik peroralno ali intramuskularno);
- sedacija z benzodiazepini;
- sedacija z benzodiazepini in hitro nevroleptizacijo.

b) Fizični PVU:

- diskretni nadzor — pomeni povečano pozornost osebja, kjer ima pacient še vedno ohranjeno delno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom. Pacienta se opazuje na 15 minut ali po navodilu zdravnika;
- ograjica na postelji — uporablja se pri ležečih pacientih, starostnikih in telesno oslabelih zaradi preprečitve padcev s postelje;
- stalni nadzor v gibanju — pomeni stalno varovanje pacienta, izvaja se na varovanih oziroma intenzivnih oddelkih. Izpolni se potrebna dokumentacija — list stalnega opazovanja;
- fizično oviranje pacienta s pasovi na postelji.

c) Kombinacija medikamentoznega in fizičnega PVU (Dernovšek, Novak Grubič, 2001; Možgan, 2009).

5.2.4 UPORABA PRILAGOJENIH TEHNIK FIZIČNEGA OVIRANJA ZA OBVLADOVANJE AGRESIVNOSTI

Tehnike fizičnega oviranja za obvladovanje agresivnosti morajo biti prilagojene za uporabo pri bolniku. Tehnike so usmerjene k čim bolj varnemu ukrepanju in ohranjanju terapevtskega odnosa.

Tehnike:

- položaj in približevanje bolniku;
- vzpostavljanje kontakta in telesnega stika;
- spremljanje in varen transport;

- ukrepanje ob odklonilnosti in pasivnosti bolnika;
- ukrepanje ob težjih oblikah nemira in agresivnosti;
- ukrepanje ob različnih primerih prijemov in napadov;
- priprava za nadaljnjo fiksacijo (PVU);
- pomoč pri aplikaciji parenteralne terapije;
- timska obravnava obvladovanja agresivnosti.

6 RAZISKOVALNO POROČILO: MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA – ANALIZA PRELIMINARNE USPEŠNOSTI PREDLAGANEGA MODELA

Sandra Malešević, Branko Gabrovec

6.1 MODEL FUNKCIONALNEGA IZOBRAŽEVANJA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU ZA OBVLADOVANJE AGRESIJE

Model funkcionalnega izobraževanja zaposlenih v zdravstvu mora celostno zajemati obvladovanje agresije na vseh področjih zdravstvenega varstva. Postavljati mora teoretične okvirje obvladovanja in praktične tehnike izogibanja, samozaščite ter fizičnega oviranja.

Le manjši del zdravstvenega osebja (medicinske sestre, zdravstveni tehniki, zdravniki, klinični psihologi) zaznava svoje delo kot nevarno. Žrtve nasilnega vedenja pacientov so najpogosteje medicinske sestre in zdravstveni tehniki, predvsem ob sprejemu v bolnišnico proti volji, ob prisilnem zadrževanju oziroma oviranju in ob aplikaciji zdravil. Sodelujoči menijo, da bi potrebovali več usposabljanja s področja samoobrambe, dodatne kompetentne sodelavce, predvsem moškega spola, treninge komunikacije in boljše sodelovanje znotraj kolektiva. Poleg tega so mnenja, da bi zdravstveni delavci, ki so žrtve nasilnega vedenja bolnika, bili deležni sistematične pomoči. Občasno pri nasilnih dogodkih intervenira tudi varnostna služba, ki pa za tovrstne intervencije ni usposobljena, zato bi bilo potrebno zanje organizirati posebna usposabljanja (Mrevlje & Umek, 2011).

Potrebo po sistematičnem izobraževanju navaja že Poster & Ryan, (1993). Vso osebje bi moralo biti primerno usposobljeno in trenirano za preprečitev ter obvladovanje nasilnega vedenja, komunikacijo in včasih uporabo fizične sile (Poster & Ryan, 1993).

Usposabljanje je ključen del uspešnega preventivnega programa za nasilje na delovnem mestu. Zdravstvenim delavcem pomaga prepoznati možna tveganja in naučiti, kako naj zaščitijo sebe, sodelavce in paciente. Usposabljanja in okrepitve, ki imajo pomembno vlogo z ostalimi sredstvi lahko delavcem zagotovijo strategije za povečanje zaupanja pri ravnanju potencialnih nasilnih nesreč in za zmanjševanje nastanka le teh še preden se zgodijo. Izobraževanje prav tako podpira, da nasilje ni sestavni del zdravstva (OSHA, 2015).

Ugotovitve kažejo, da je nujno oceniti potrebe po izobraževanju, usposabljanju in učenju medicinskih sester, ko pri delu na akutnih psihiatričnih oddelkih poskušajo zagotavljati varnost pacientom in osebju, obenem pa spoštovati pacientove pravice in upoštevati etična načela. Zaposleni morajo poznati strokovna in zakonska priporočila, ki veljajo za to področje. Tako

lahko dosežemo, da bo to težavno področje obravnave pacientov postalo manj stresno in bolj varno za paciente in osebje, da bo izvedba posebnih varovalnih ukrepov (PVU) kakovostna in izvedena enotno, v skladu s smernicami in z dobrimi praksami v zdravstveni negi, upoštevajoč etična in pravna načela izvajanja (Povzeto po: Bregar, 2012).

Zdravstveni delavci potrebujejo sistematično in kontinuirano izobraževanje obvladovanja agresivnih situacij (praktični del) ter izdelavo splošnih ali internih smernic obvladovanja. Izdelava smernic mora vključevati sodelovanje psihiatrične stroke in splošnih borilnih prijemov ter načel, kar je pomembno za ohranjanje terapevtskega odnosa s pacientom. Smernice naj kot splošni ali interni dokument zajemajo vse vidike fizičnega oviranja, spremstva, aplikacije terapije, samoobrambnih prijemov in fiksacije. Navodila fizičnega oviranja služijo kot enotno izhodišče ukrepanj za celotno osebje in postopke ter osnovno izhodiščno točko fizičnega oviranja. Izdelava smernic in kontinuirano strokovno izobraževanje prinašata zdravstvenim delavcem samozavest in znanje obvladovanja agresivnih situacij ter posledično bolj uspešno in varno obvladovanje nastalih situacij (Gabrovec, 2009).

Programi za usposabljanje so najbolj učinkoviti, ko so zasnovani izključno za ustanovo ali enoto s posebnim profilom tveganja. Na primer, usposabljanje medicinskih sester za nujno medicinsko pomoč znotraj oddelka za nujno medicinsko pomoč in osredotočanje na najbolj pogoste nevarnosti s katerimi se soočajo znotraj ustanove. Organizacije lahko proučujejo, predelujejo in združujejo elemente modelov programa, ki so ustrezna za potrebe in pogoje ustanove. Skupni cilji usposabljanja vključujejo povečano zaupanje delavcev v zmanjševanje nasilnega vedenja in obvladovanje nasilnega vedenja, ko se le ta pojavi. Posamezne teme lahko vključujejo:

- pregled preventivnih strategij nasilja na delovnem mestu;
- postopke in strategije za pridobivanje profila tveganja pacienta pred samim sprejemom v obravnavo, v kolikor je to izvedljivo;
- faktorje tveganja, ki povzročijo napad ali prispevajo k napadu;
- postopke in strategije za ocenjevanje ter dokumentiranje pacientovih sprememb v vedenju;
- lokacijo, delovanje in pokritost varnostnih naprav kot so na primer, alarmni sistemi s priporočenim načrtom vzdrževanja in postopkov;
- prepoznavanje neprimerne vedenja, opozorilnih znakov in dejanj, ki lahko vodijo do pojava napada;
- umiritvene tehnike za preprečevanje ali zmanjševanje nestabilnih situacij ali agresivnega vedenja;

- pristope za soočanje agresivnega vedenja pacientov in prav tako sorodnikov, obiskovalcev ali vsiljivcev;
- primerno uporabo varnih sob ali področij, kjer lahko zaposleni najdejo zatočišče pred nasilnim dogodkom;
- odzivnost akcijskega načrta na nasilne razmere ali tako imenovani »signalni znaki« vključujejo tudi možnost razpoložljive moči, odzivnost na alarmne sisteme in postopke komuniciranja;
- bolj na splošno, kaj storiti v primeru nasilnega dogodka na delovnem mestu, kot so na primer odgovornosti ostalih posameznikov, ki se ne odzivajo posredno na dogodek;
- postopke samoobrambe, kjer je to potrebno;
- postopno ravnanje z metodami nadzora, ki vključujejo čas in način varne uporabe zdravila ali fizičnih pripomočkov, ko je to potrebno;
- načine za zaščito sebe in sodelavcev, vključno z delom v skupinah, ko je to potrebno;
- pomen zgodnje/hitre pomoči;
- postopke in strategije za dokumentacijo in vodenje;
- postopke in strategije za vzdrževanje zdravstvene nege, svetovanja, pridobivanja nadomestil za delavce in pravne pomoči po nasilnem dogodku (OSHA, 2015).

Splošna priporočila za usposabljanje aktivnosti vključujejo:

- dodane informacije o posebnih strategijah ustanove, postopkov in potencialnih faktorjev tveganja, ko je v uporabi že obstoječ program/načrt usposabljanja;
- da usposabljanja in strategije pokrivajo vsa področja nasilja na delovnem mestu, ne samo nasilja pacientov nad zaposlenimi. Veliko načrtov usposabljanja, postopkov in strategij se osredotočajo le na slednje. Takšni programi niso primerni za prikaz nasilja med delavci oziroma med delavci in pacienti, ropanja in kraje (na primer kraja droge ali pa lastnine pacienta in bolnišnic) ter nasilja v družini;
- zagotavljanje pogostih možnosti za izmenjavo praks in za dokazovanje kompetentnosti (OSHA, 2015).

Kdo naj bi se udeležil usposabljanja?

Vsi delavci, ki naj bi imeli interakcijo s pacienti, vključno z osebjem za sprejem pacientov imajo lahko korist od preventivnih usposabljanj za nasilje na delovnem mestu. Dobro izkoriščenost imajo prav tako nadzorniki in vodstvo. Podporno osebje ima pa med drugim prednost glede ozaveščanja njihovih odgovornosti v primeru nasilnega dogodka na delovnem mestu. Pogodbeni zdravniki, začasno osebje in pogodbeni delavci bi morali imeti enako usposabljanje kot stalno osebje. Novi in prestavljeni delavci pa naj bi bili deležni usmeritev, ki vključujejo usposabljanje o preprečevanju nasilja na delovnem mestu. Na posameznih delovnih mestih se spreminjajo dolžnosti, lokacija dela in interakcija pacientov, zato je usposabljanje za preprečevanje nasilja lahko bolj učinkovito v kolikor je prilagojeno obravnavi potreb v različnih skupinah zdravstvenega osebja, še posebej:

- medicinske sestre in neposredno negovalno osebje;
- osebje za nujno medicinsko pomoč;
- podporno osebje za (gospodinjstvo/prehrano, strežbo in vzdrževanje);
- varnostno osebje;
- nadzorniki in managerji (OSHA, 2015).

Medicinske sestre in ostalo negovalno osebje

Medicinske sestre, bolničarji in delavci za duševno zdravje (psihologi, psihiatri) in ostalo negovalno osebje preživijo večino svojega časa v neposredni interakciji s pacienti, zato se pogosto srečujejo s težkimi razmerami. Med drugim so upravičeni do usposabljanja pri:

- načrtu za preprečevanje nasilja na delovnem mestu v sami ustanovi;
- prepoznavanju opozorilnih znakov;
- ocenjevanju nevarnosti;
- delu s pacienti, ki odražajo nasilno vedenje;
- stopnjevanju nasilja in predvidevanju dejavnikov za pojav nasilja;
- verbalnih in fizičnih tehnikah umirjanja;
- samoobrambi in praktični delavnici.

Neposredno zdravstveno osebje imajo tudi lahko koristi od specializiranih usposabljanj za preprečevanje nasilja, ki so zasnovani za specifično populacijo pacientov s katerimi imajo opravka, na primer pacienti z vedenjskimi težavami, pacienti z motnjami v duševnem razvoju in starostniki z Alzheimerjevo boleznijo ali pa drugo obliko demence (OSHA, 2015).

Osebje na oddelku za nujno medicinsko pomoč

Medicinske sestre za nujno medicinsko pomoč (NMP) se v visokem obsegu soočajo s fizičnim nasiljem. Le te so izpostavljene pacientom, ki imajo predhodno zgodovino nasilja, agresivno vedenje povezano s psihični motnjami, zlorabo drog, demenco in ostalih stanj. Oddelek za NMP je pod vplivom hitrega razvoja in velja za nepredvidljivo okolje. Osebj

e se velikokrat srečuje s pacienti katerih zgodovine poznajo zelo malo ali pa vrsto drog, ki bi lahko vplivale na njihovo vedenje. Veliko oddelkov za NMP v urbanem okolju obravnavajo paciente, ki so žrtve travmatičnega nasilja in nemalokrat se ozadja nasilja v skupnosti prenašajo na oddelke za NMP. Z obiskom oddelkov za NMP se lahko odražajo izkušnje travmatskih duševnih obolenj in tesnobe, ki sprožijo agresivne odzive. Splošno usposabljanje, ki je skupno celotnemu negovalnemu osebj

u bi moralo večjo pozornosti nameniti usposabljanju za medicinske sestre za NMP s pomočjo varnih postopkov. Varni postopki se osredotočajo na omejen dostop ali premikanje v fizičnem okolju kot je na primer omogočeno zaklepanje vrat za preprečevanje sekundarnega nasilja iz maščevanja v primerih nasilja tolpa ali družinskega nasilja (OSHA, 2015).

Podporno osebje

Osebj

e za gospodinjstvo, strežbo in vzdrževanje imajo korist od programa za preprečevanja nasilja na delovnem mestu v kolikor svoje dolžnosti vršijo v okolju, kjer se nahajajo pacienti ali v kolikor imajo kakršen koli stik s pacienti. Vso osebj

e se mora zavedati sistemov, ki temeljijo na oznakah okolja, kot so na primer barvne oznake za razširjanje informacij o posameznih pacientih. Ostali varnostni ukrepi vključujejo varno razdaljo od pacientov, preprečevanje nenadzorovanega odlaganja vzdrževalnega orodja in preprečevanje pacientom, da bi med dostavo perila posegali po oblekah in torbah z vrvmi (OSHA, 2015).

Varnostno osebje

Varnostno osebj

e mora poznati razpored ustanove z vključenimi vhodi in izhodi in kako omejiti ali nadzorovati dostop v ustanovo. Varnostno osebj

e mora biti deležno usposabljanja specifičnih potreb za zagotavljanje varnosti v zdravstvenem okolju, vključno s psihološkimi komponentami za ravnanje agresivnega in neprimerne vedenja ter načine za ravnanje in zmanjševanje sovražnih dejanj (OSHA, 2015).

Nadzorniki in vodstvo

Nadzorniki in vodstvo so deležni usposabljanja za prepoznavanje visoko tveganih dejanj, za zmanjševanje ogrožanja varnosti in za spodbujanje zaposlenih o poročanju nastalih incidentov ter zagotavljanje, da si zaposleni poiščejo ustrezno zaščito po nasilnem dogodku. Dodatno usposabljanje vključuje dodatni management zaposlenih, ki so direktno vpleteni v nasilno dejanje na delovnem mestu (OSHA, 2015).

Oblika in pogostost

Usposabljanje za varnost lahko poteka v več oblikah:

- **Teoretične in praktične delavnice.** Usposabljanje za preprečevanja nasilja na delovnem mestu predstavlja teoretični del (na primer seminarji) skupaj s praktičnim delom v oblike igranja vlog, vaj in simulacij. Interaktivne vaje naredijo usposabljanje bolj učinkovito, saj dopustijo udeležencem izvajanje in uporabo spretnosti, ki so se jih naučili kot so na primer tehnike samoobrambe in tehnike umirjanja.
- **Usposabljanje v pravem času.** Nekatero ustanove so določile enega ali več »mentorjev za varnost« za vsako enoto. Te posamezniki lahko nudijo usmerjanje in usposabljanje v realnem času – na primer, če vidijo, da se sodelavec sooča z umirjanjem razburjenega/agresivnega pacienta. Mentorji prav tako vodijo uporabne redne tečaje, ki ustrezajo zaposlenim zaradi usposabljanja v njihovem neposrednem okolju.
- **Spletno usposabljanje.** Ta visoko naraščajoči pristop ponuja zvestobo predstavitve in samodejno dokumentiranje z minimalnim nadzorom in dopuščanjem prilagodljive hitrosti in časa. Spletno usposabljanje ne zagotavlja praktičnih vaj s fizičnimi zmožnostmi, ki so ključen element katerega koli programa za usposabljanje. Je veliko bolj učinkovit, ko je združen s poučevanjem v živo in prakso – mešan pristop. NIOSH je razvil spletni program za usposabljanje (www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training_nurses.html) za pomoč zdravstvenim delavcem pri: učenju ključnih elementov razširjenega programa za preprečevanje nasilja na delovnem mestu, načinu organizacijskih sistemov pri vrednotenju nasilja na delovnem mestu in načinu uporabe posameznih strategij in kako razviti spretnosti za preprečevanje in odzivanje nasilja na delovnem mestu (OSHA, 2015).

Zdravstvene organizacije menijo, da je koristno imeti v vsaki zdravstveni ustanovi usposobljene mentorje za preprečevanje nasilja na delovnem mestu. Te mentorji lahko obiskujejo obsežen tečaj, ki ga zagotovi zunanji izvajalec za usposabljanje in zatem lahko postanejo certificirani za usposabljanje drugih oseb. Veliko zdravstvenih organizacij je izboljšalo svoje rezultate z zagotavljanjem obnovitvenih usposabljanj enkrat na leto za

negovalno osebje. Osvežena usposabljanja so potrebna bolj pogosto v visoko tveganih organizacijah in okoliščinah in sicer, enkrat na mesec ali pa na štiri mesece za učinkovito doseganje in informiranje delavcev. Vodstvo lahko poveča udeležbo na usposabljanjih z uvajanjem nadomestil za za to porabljen čas (OSHA, 2015).

Funkcionalni model izobraževanja predstavljamo v naslednjih sklopih (povzeto po Gabrovec, 2014).

6.1.1 OCENA STANJA IN PREPOZNAVANJE DEJAVNIKOV, KI POVEČUJEJO TVEGANJE ZA AGRESIVNO VEDENJE

Zdravstveno osebje mora biti pozorno na prepoznavanje dejavnikov, ki povečajo tveganje za agresivno vedenje (Povzeto po: Rager Zuzelo, 2009):

- notranje (blodnje, halucinacije) ali zunanje provokacije;
- droge ali alkohol;
- frustracije (nasprotja med željami pacienta in možnostmi konkretne situacije);
- nedosledno postavljanje meja;
- pomanjkanje vedenjskih oblik kot alternativ nasilju (npr. soba za sproščanje);
- nenaden stres;
- zaznana nevarnost, bodisi prava ali namišljena;
- pomanjkanje osebnega prostora;
- ujetost v nestrukturirano okolje brez aktivnosti;
- pomanjkanje kontaktov s pacienti v času prezaposlenosti osebja;
- aplikacija terapije proti volji pacienta.

Lestvici za oceno tveganja za agresivno vedenje

OAS — Lestvica odkrite agresije (Overt Aggression Scale)

Lestvico odkrite agresije OAS je oblikoval Stuart C. Yudofsky s sodelavci (1986) iz Houstona v ZDA. Lestvica OAS je namenjena oceni opazovanega/zazanega agresivnega vedenja. Lestvica je razdeljena na dva dela. Prvi del sestavljajo štiri kategorije agresivnega vedenja: besedna agresija, avtoagresija, heteroagresija in agresivnost do predmetov. Vsaka kategorija vsebuje opis štirih agresivnih vedenj, ki se stopnjujejo glede na resnost (npr. pri besedni agresiji od

jeznega vpitja do neposrednih groženj s smrtjo). Ocenjevalec lestvice v prvem delu označi tisto vrsto in intenziteto agresivnega vedenja, ki je pri pacientu prisotna. Drugi del lestvice je namenjen opisu intervencij, ki so potrebne za preprečitev ali obvladanje agresivnega vedenja pri pacientu. Raziskave so potrdile korelacijo med resnostjo/stopnjo posamezne vrste agresivnega vedenja in izvedenimi intervencijami osebja. Sestavni del lestvice je tudi časovna komponenta, kjer se zabeleži čas začetka opazovanega agresivnega vedenja in čas trajanja tega, pri čemer velja, da se agresivno vedenje, ki se ponovi znotraj prvih 30 minut od začetka prvega agresivnega vedenja, šteje za isto epizodo agresivnega vedenja (izpolni se ena lestvica) (Povzeto po: Lapanja, 2012).

Lestvica OAS se je v klinični praksi pokazala kot preprosta za uporabo, saj je enostavna, razumljiva in vzame malo časa za izpolnjevanje. Njena napovedna vrednost za nadaljnje agresivno vedenje je manjša kot pri Brøset lestvici nasilnega vedenja (BVC), njena prednost pa je v natančnem opisu stopnje resnosti in vrste agresivnega vedenja. Pomembno napovedno vrednost ima lestvica pri pacientih, pri katerih je agresivno vedenje pogostejše, saj se iz analize lestvic lahko razbere, kako se agresivno vedenje pri posamezniku spreminja v pojavnih oblikah in intenziteti. Koristne pa so tudi informacije o učinkovitih intervencijah osebja, ki so agresivno vedenje preprečile, zmanjšale ali obvladale (Povzeto po: Lapanja, 2012).

BVC – Brøset lestvica nasilnega vedenja (Brøset Violence Checklist)

V tujini so pri prepoznavanju oz. preprečevanju agresivnega vedenja pogosto v uporabi različne ocenjevalne lestvice. Na Norveškem je avtor Roger Almvik za oceno tveganja za agresivno vedenje pri pacientu uveljavil lestvico BVC (Brøset Violence Checklist) (Almvik; Woods; Rasmussen, 2000). Lestvica je bila razvita na podlagi najbolj pogostih vzorcev obnašanja pred agresivnimi neželenimi dogodki in vsebuje šest najbolj značilnih vedenjskih motenj. Sama lestvica je izredno preprosta in ne zahteva veliko časa izpolnjevalca. Lahko se uporablja ob sprejemu pacienta, pa tudi kasneje na oddelku, bodisi za ponovno kontroliranje nevarnosti agresivnega vedenja pacienta, kot rutinsko beleženje stanja na oddelku, za prenos informacij o pacientih med izmenami. Potrebno se je zavedati, da lahko lestvico izpolnjuje le oseba, ki je del zdravstvenega tima in je seznanjena z načinom izpolnjevanja lestvice (Abderhalden, 2008).

6.1.2 UPORABA VEDENJSKO KOGNITIVNIH IN DEESKALACIJSKIH TEHNIK

Kot primer navajamo nekaj vedenjsko kognitivnih tehnik, ki jih lahko uporabimo (povzeto po Smrdu v Pregelj & Kobentar, 2009):

- Poslušanje. Včasih zadostuje za zmanjšanje jeze in agresivnosti občutek, da nas nekdo dejansko posluša. Ko pride takšen pacient, ga najprej vprašajte, kako mu lahko

pomagate, s čimer mu ponudite možnost, da začne govoriti. Ob tem ga pozorno poslušajte, ne govorite, raje vsake toliko pokimajte in ga spodbudite z besedami kot so: ja, kar povejte ipd.

- Aktivno poslušanje. To je proces, v katerem se resnično trudimo slišati in razumeti pacienta; je resničen poskus, s katerem se želimo postaviti v njegovo situacijo. Pomeni, da ste pozorni ne samo na besede, ampak tudi na čustva in telesno govorico.
- Potrditev. Pojavi se lahko kadar lahko resnično razumete pacientovo jezo. Takrat lahko iskreno odgovorite z besedami: "Razumem, da ste zaradi tega jezni." ali "Če bi se to zgodilo meni, bi bil verjetno ravno tako jezen." Pri tem morate paziti na ton svojega glasu, ki naj bo pomirjajoč in naj izkazuje spoštovanje.
- Opravičilo. Pri tem ne gre za to, da bi se opravičili za kakšno namišljeno napako, ampak zgolj za nekaj, kar se tudi vam zdi, da je bilo napačno ali nepravilno izpeljano. To je zgolj potrditev, da bi se določena stvar lahko izpeljala drugače. Če tega ni, lahko rečete: "Žal mi je, da ste imeli tako grozen dan, izkušnjo ..." Tako izrečete opravičilo brez prevzemanja krivde.
- Strinjanje. Pogosto, kadar so ljudje jezni, je vsaj 2 % resnice v tem, kar govorijo. Ko poskušate zmanjšati jezo, je pomembno, da slišite ta 2 % in se z njima strinjate.
- Povabilo kritike. Pri tem povabite pacienta, da izreče kritiko situacije bolj celostno. Pri tem lahko rečete: "Kar povejte. Poveste lahko vse, kar vas je vznemirilo." Takšno povabilo lahko na začetku nekoliko poveča jezo, vendar se ob nadaljnjem spodbujanju pacienta k izpovedi zmanjša. Pri uporabi te tehnike se zavedajte, da boste za enega pacienta porabili veliko časa in da ne morete predvideti, koliko. Če ga boste prehitro prekinili, se lahko njegova jeza le poveča.

Deeskalacijske tehnike (povzeto po Lapanja & Mohar v Čuk, 2006):

Pravila neverbalne komunikacije:

- Svoje telo pozicionirajte tako, da lahko komunicirate v kotu, ko ni "iz oči v oči".
- Zavedajte se drža svojega telesa. Izogibajte se drž, ki lahko izpadejo avtoritativne in obrambne (prekrižane roke oz. roke na bokih).
- Poskušajte komunicirati na isti višini kot pacient. Med deeskalacijskem procesom je včasih priporočeno, da sedite.
- Zavedajte se svoje obrazne mimike in poskrbite, da odraža tisto, kar govorite.

- Distanca med osebami v deeskalacijskem procesu naj bo približno 1 meter. Ta razdalja se lahko/mora poveča na razdaljo treh metrov v primeru stopnjevanje se verbalne agresije.
- Izogibajte se skušnjavi, da prezgodaj uporabite v deeskalacijskem procesu pomirjevalni dotik.
- Bodite pozorni pri uporabi strmenja v oči. Le-ta se uporablja v isti meri kot pri razgovoru z neagresivno osebo. Dobra uporaba "gledanja v oči" bo sporočala naravnost in zaupanje.

Pravila verbalne komunikacije:

- Uporablajte miren, topel in "čisti" ton glasu.
- V zgodnji fazi deeskalacije vprašajte po specifičnih dejanjih in se izogibajte dolgim kompliciranim izjavam.
- Izogibajte se osebni konfrontaciji, tako da ostanete fokusirani na trenutno temo, in ignorirate direktni osebni napad.
- V zgodnji fazi deeskalacije se izogibajte temu, da bi bili selektivni do tem, ki vam jih pacient zaupa. Soočite s tem, kar zglada glavni problem, četudi je morda neprijeten.
- Izogibajte se uporabi žargona.
- Okrepite svojo pozicijo v smislu pomagača in ne kot omejevalca.

6.1.3 UPORABA POSEBNEGA VAROVALNEGA UKREPA (ZA UPORABO V PSIHIATRIČNI STROKI)

PVU odredi zdravnik, izvaja pa jih negovalni tim po predpisanih standardih. Večinoma so spremljevalec nujnih stanj v psihiatriji. To so vsa urgentna stanja, ki potrebujejo takojšnje zdravljenje, s čimer se prepreči napredovanje slabšanja stanja in v skrajnih primerih heteroagresivno ali avtoagresivno vedenje (Pregelj & Kobentar, 2009).

Razlogi za uvedbo PVU (Dernovšek, Novak Grubič, 2001):

- ukrepi, namenjeni omogočanju obravnave pacienta (fiksacija roke med aplikacijo i. v. infuzije, premedikacija pred in med medicinskimi posegi oziroma preiskavami);
- ukrepi, namenjeni za odpravo oziroma obvladovanje pacientovega nevarnega vedenja (vedenje, ki je usmerjeno v škodo njemu samemu, okolici ali drugim osebam).

Vrste posebnih varovalnih ukrepov:

a) Medikamentozni PVU:

- hitra nevroleptizacija (pacient v enkratnem ali večkratnih zaporednih odmerkih prejme nevroleptik peroralno ali intramuskularno);
- sedacija z benzodiazepini;
- sedacija z benzodiazepini in hitro nevroleptizacijo.

b) Fizični PVU:

- diskretni nadzor — pomeni povečano pozornost osebja, kjer ima pacient še vedno ohranjeno delno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom. Pacienta se opazuje na 15 minut ali po navodilu zdravnika;
- ograjica na postelji — uporablja se pri ležečih pacientih, starostnikih in telesno oslabelih zaradi preprečitve padcev s postelje;
- stalni nadzor v gibanju — pomeni stalno varovanje pacienta, izvaja se na varovanih oziroma intenzivnih oddelkih. Izpolni se potrebna dokumentacija — list stalnega opazovanja;
- fizično oviranje pacienta s pasovi na postelji.

c) Kombinacija medikamentoznega in fizičnega PVU (Dernovšek, Novak Grubič, 2001; Možgan, 2009).

6.1.4 UPORABA PRILAGOJENIH TEHNIK FIZIČNEGA OVIRANJA ZA OBVLADOVANJE AGRESIVNOSTI

Tehnike fizičnega oviranja za obvladovanje agresivnosti morajo biti prilagojene za uporabo pri bolniku. Tehnike so usmerjene k čim bolj varnemu ukrepanju in ohranjanju terapevtskega odnosa.

Tehnike:

- položaj in približevanje bolniku;
- vzpostavljanje kontakta in telesnega stika;
- spremljanje in varen transport;

- ukrepanje ob odklonilnosti in pasivnosti bolnika;
- ukrepanje ob težjih oblikah nemira in agresivnosti;
- ukrepanje ob različnih primerih prijemov in napadov;
- priprava za nadaljnjo fiksacijo (PVU);
- pomoč pri aplikaciji parenteralne terapije;
- timska obravnava obvladovanja agresivnosti.

6.2 IZVEDBA DELAVNICE

Delavnica je bila izvedena v Socialno varstvenem zavodu Hrastovec, 7. 6. 2019 v obsegu treh ur. Na delavnici je sodelovalo 14 zaposlenih z različno strokovno izobrazbo. Delavnico je vodil doc. dr. Branko Gabrovec.

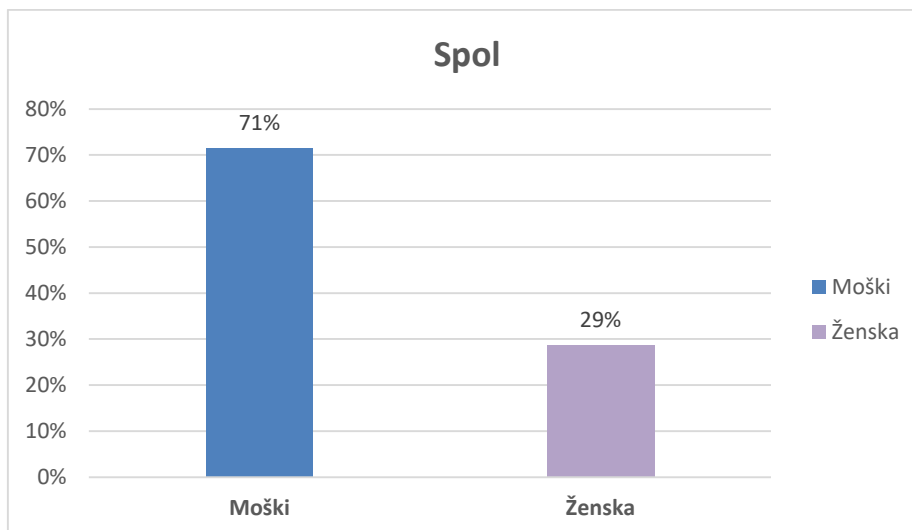
6.3 REZULTATI EVALVACIJSKEGA VPRAŠALNIKA

V sklopu izvedene delavnice so nas zanimali nekateri vidiki glede znanja o obvladovanju agresivnih pacientov, izobraževanju o tej tematiki in koristnosti te delavnice.

Demografski podatki

Evaluacijski vprašalnik je izpolnilo 14 anketirancev/udeležencev.

Večina anketirancev (71 %) je moškega spola, 29 % anketirancev pa je ženskega spola.

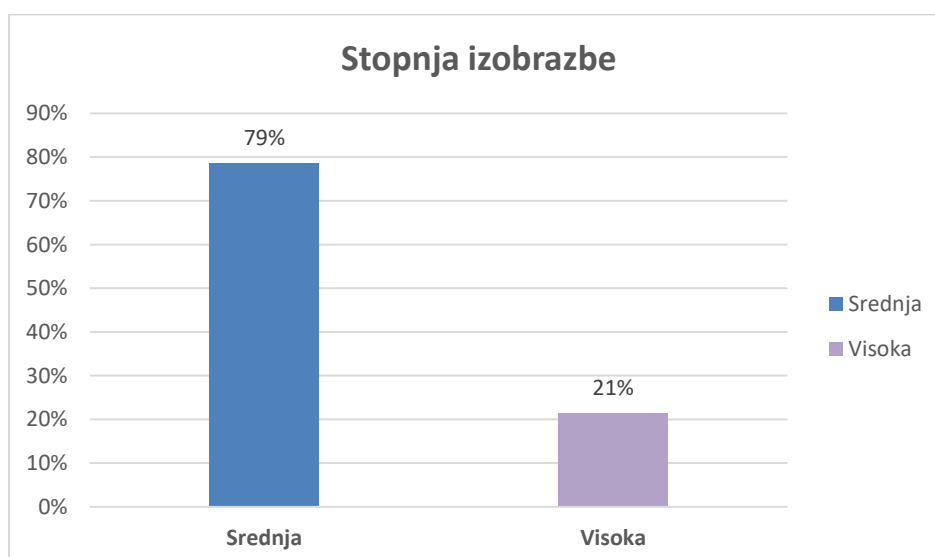


Slika 6.1: Spol

Povprečna starost anketirancev je 32 let (32,2).

Povprečna doba delovnih izkušenj anketirancev je 11 let.

Anketiranci so pri dokončani stopnji izobrazbe imeli na voljo štiri možnosti: srednja, višja, visoka ali univerzitetna (in več). Enajst oseb je odgovorilo, da imajo dokončano srednjo stopnjo izobrazbe in trije imajo dokončano visoko stopnjo izobrazbe. Nihče od anketirancev ni izbral možnosti višja šola ali pa univerzitetna (in več).



Slika 6.2: Stopnja izobrazbe

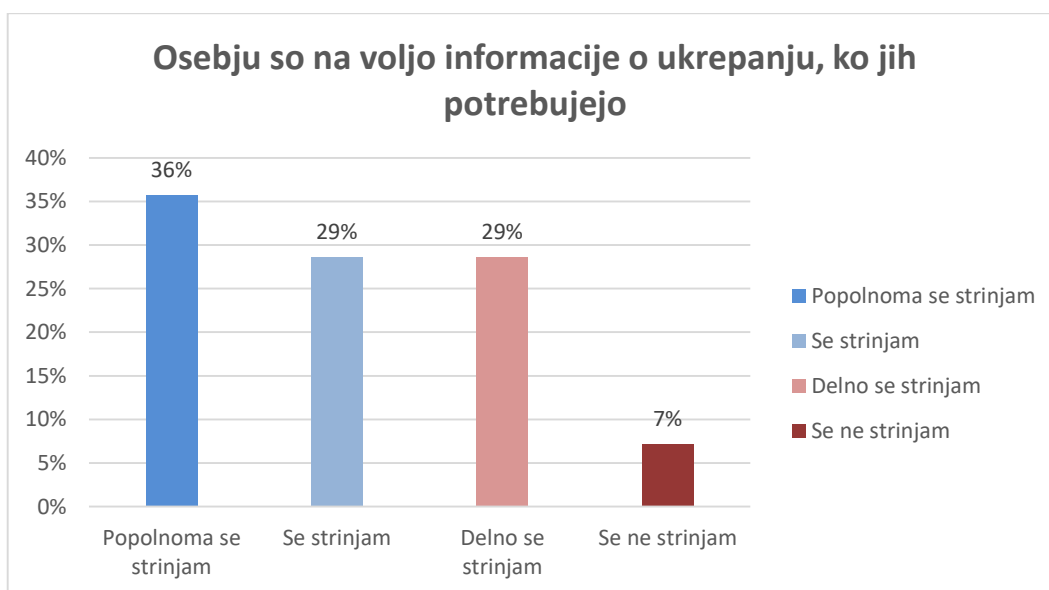
V nadaljevanju so bile podane trditve o znanjih in stališčih anketirancev glede obvladovanja agresivnih pacientov. Potrebno je bilo obkrožiti številko pri posamezni trditvi, pri čemer ocena 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjajo in 5, da se s trditvijo popolnoma strinjajo.

1. Osebjū so na voljo informacije o ukrepanju, ko jih potrebujejo.

Večji delež anketirancev (36 %) se popolnoma strinja s trditvijo, 29 % anketirancev se strinja s trditvijo in 29 % anketirancev se deloma strinja s trditvijo.

Tabela 6.1: Informacije o ukrepanju

Informacije o ukrepanju	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	5	36
Se strinjam	4	29
Deloma se strinjam	4	29
Se ne strinjam	1	7
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



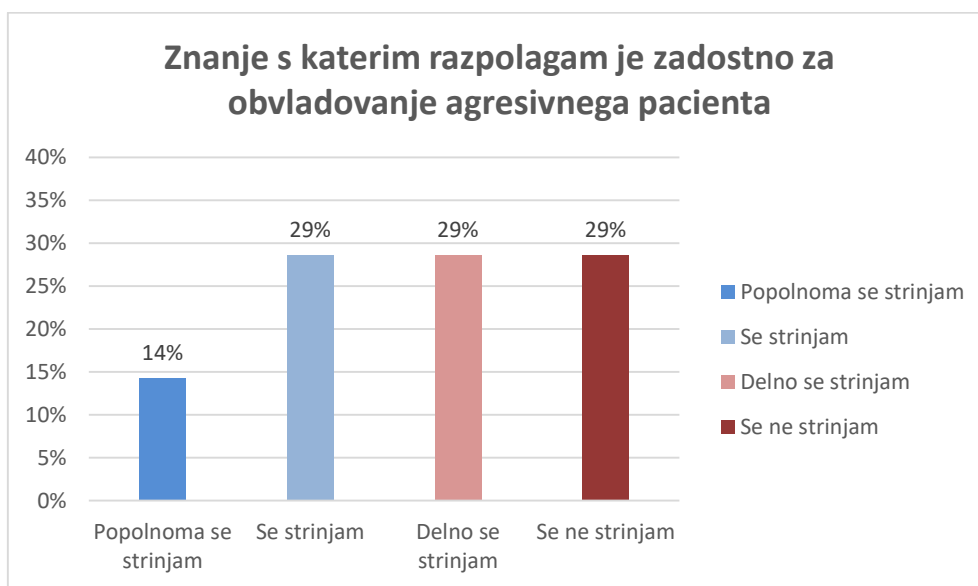
Slika 6.3: Informacije o ukrepanju

2. Znanje s katerim razpolagam je zadostno za obvladovanje agresivnega pacienta.

Pri tej trditvi se dva anketiranca popolnoma strinjata s trditvijo (14 %), štirje anketiranci (29 %) se strinjajo in prav tako se štirje deloma strinjajo (29 %). Štirje anketiranci pa se ne strinjajo, da imajo zadosti znanja za obvladovanje agresivnega pacienta.

Tabela 6.2: Znanje za obvladovanje agresivnega pacienta

Znanje za obvladovanje agresivnega pacienta	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	2	14
Se strinjam	4	29
Deloma se strinjam	4	29
Se ne strinjam	4	29
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



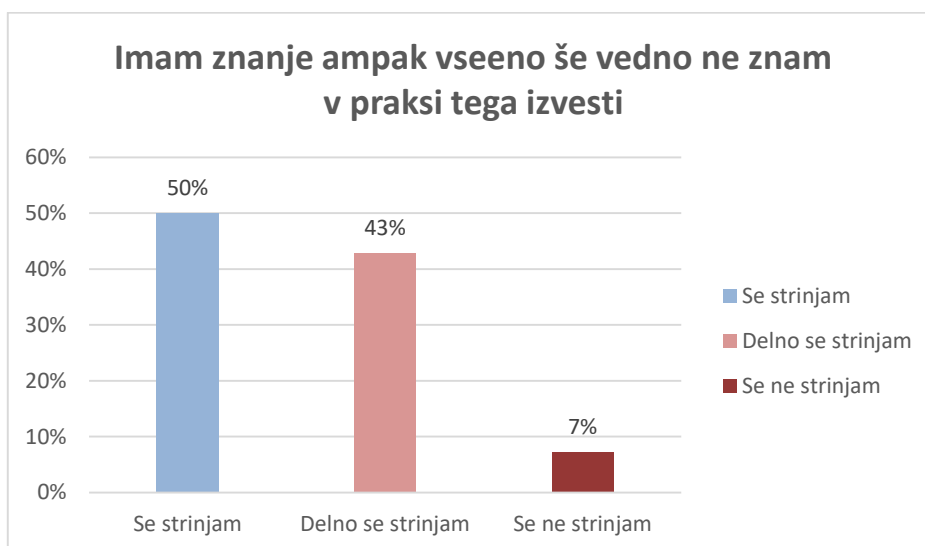
Slika 6.4: Znanje za obvladovanje agresivnega pacienta

3. Imam znanje ampak vseeno še vedno ne znam v praksi tega izvesti.

Polovica anketirancev (50 %) se strinja s trditvijo, da imajo znanje vendar še vedno ne znajo v praksi tega izvesti. Šest anketirancev (43 %) se deloma strinja s trditvijo in eden anketiranec (7 %) se ne strinja s trditvijo.

Tabela 6.3: Znanje za izvajanje v praksi

Znanje za izvajanje v praksi	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	/	/
Se strinjam	7	50
Deloma se strinjam	6	43
Se ne strinjam	1	7
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



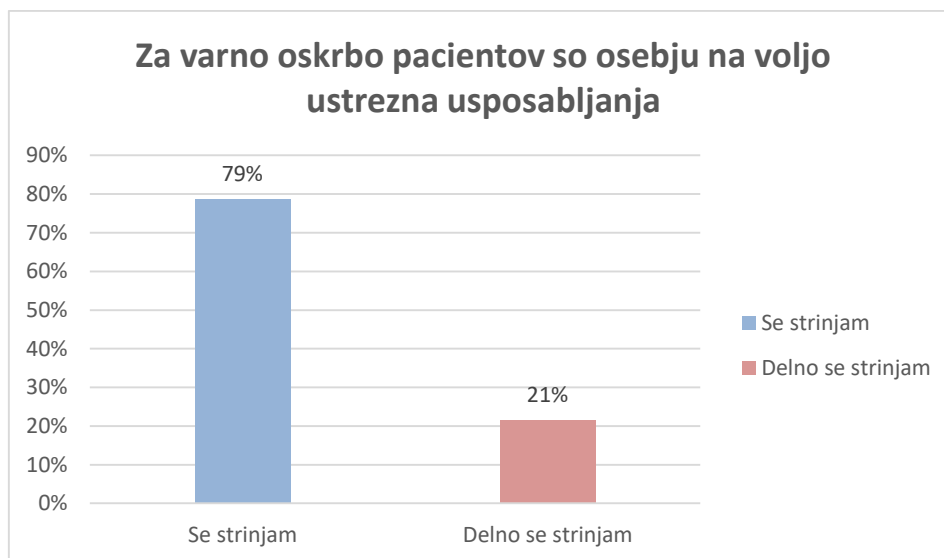
Slika 6.5: Znanje za izvajanje v praksi

4. Za varno oskrbo pacientov so osebju na voljo ustrezna usposabljanja.

Večina anketirancev (79 %) se strinja s trditvijo, da so za varno oskrbo pacientov osebju na voljo ustrezna usposabljanja. Trije anketiranci (21 %) se pa deloma strinjajo s to trditvijo.

Tabela 6.4: Ustrezna usposabljanja za osebje

Ustrezna usposabljanja za osebje	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	/	/
Se strinjam	11	79
Deloma se strinjam	3	21
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



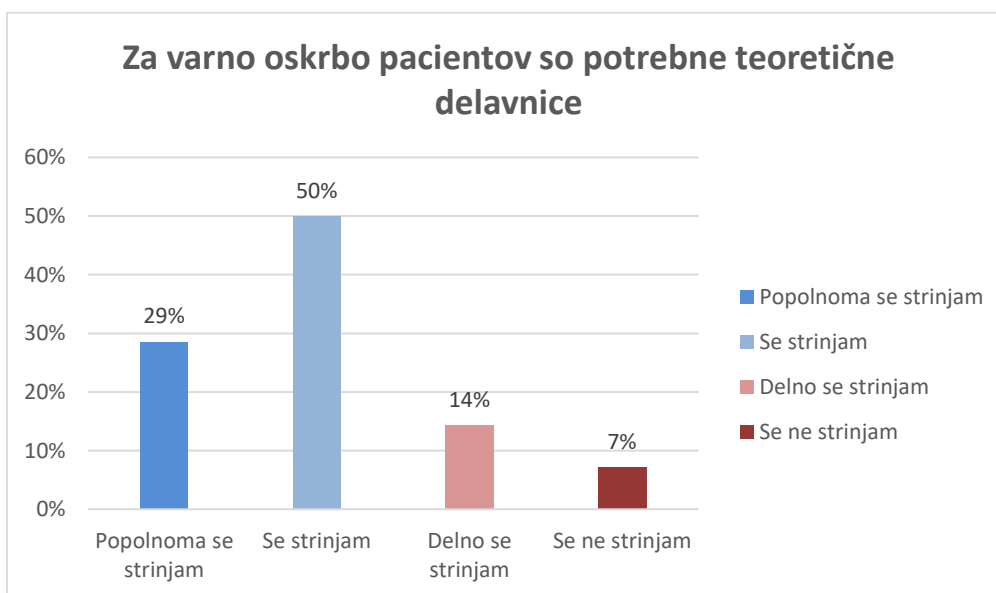
Slika 6.6: Ustrezna usposabljanja za osebje

5. Za varno oskrbo pacientov so potrebne teoretične delavnice.

Štirje anketiranci (29 %) se popolnoma strinjajo s trditvijo, da so za varno oskrbo pacientov potrebne teoretične delavnice. Polovica anketirancev (50 %) se strinja s trditvijo, dva anketiranca (14 %) se deloma strinjata s trditvijo in eden (7 %) se ne strinja s trditvijo.

Tabela 6.5: Teoretične delavnice za varno oskrbo pacientov

Teoretične delavnice za varno oskrbo pacientov	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	4	29
Se strinjam	7	50
Deloma se strinjam	2	14
Se ne strinjam	1	7
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



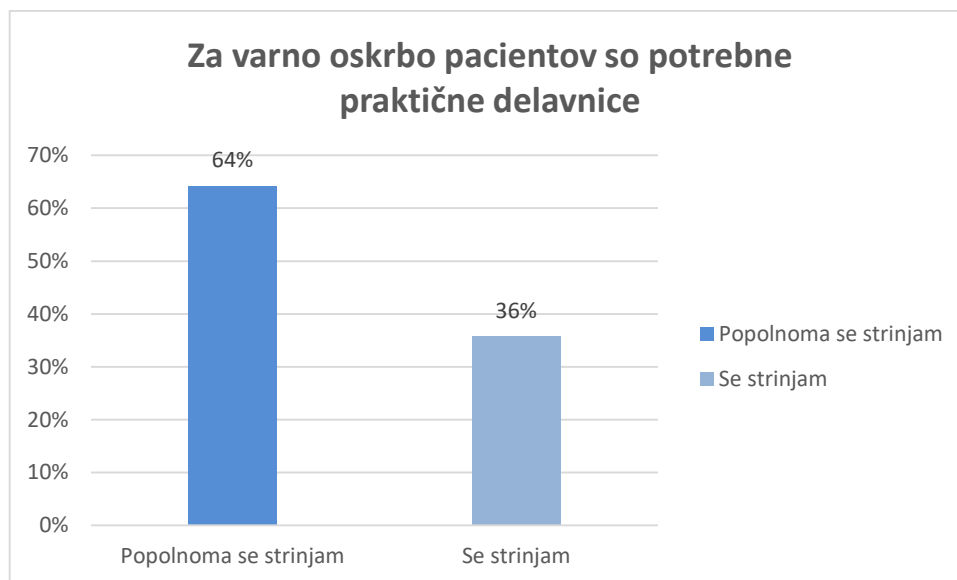
Slika 6.7: Teoretične delavnice za varno oskrbo pacientov

6. Za varno oskrbo pacientov so potrebne praktične delavnice.

Devet anketirancev (64 %) se popolnoma strinja s trditvijo, da so za varno oskrbo pacientov potrebne praktične delavnice. Pet anketirancev (36 %) pa se strinja z zgornjo trditvijo.

Tabela 6.6: Praktične delavnice za varno oskrbo pacientov

Praktične delavnice za varno oskrbo pacientov	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	9	64
Se strinjam	5	36
Deloma se strinjam	/	/
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



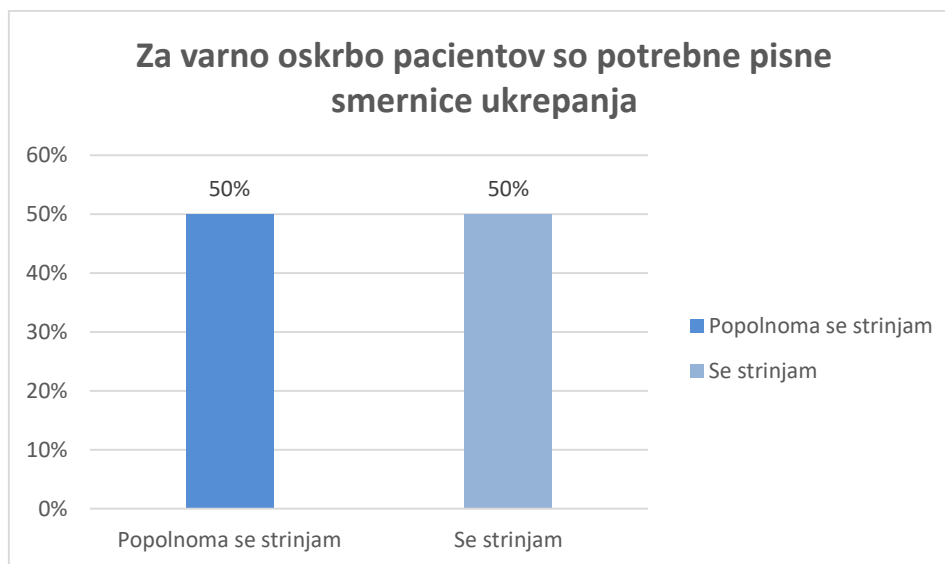
Slika 6.8: Praktične delavnice za varno oskrbo pacientov

7. Za varno oskrbo pacientov so potrebne pisne smernice ukrepanja.

Polovica anketirancev se popolnoma strinja in polovica anketirancev se strinja, da so za varno oskrbo pacientov potrebne pisne smernice ukrepanja.

Tabela 6.7: Pisne smernice ukrepanja za varno oskrbo pacientov

Pisne smernice ukrepanja za varno oskrbo pacientov	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	7	50
Se strinjam	7	50
Deloma se strinjam	/	/
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



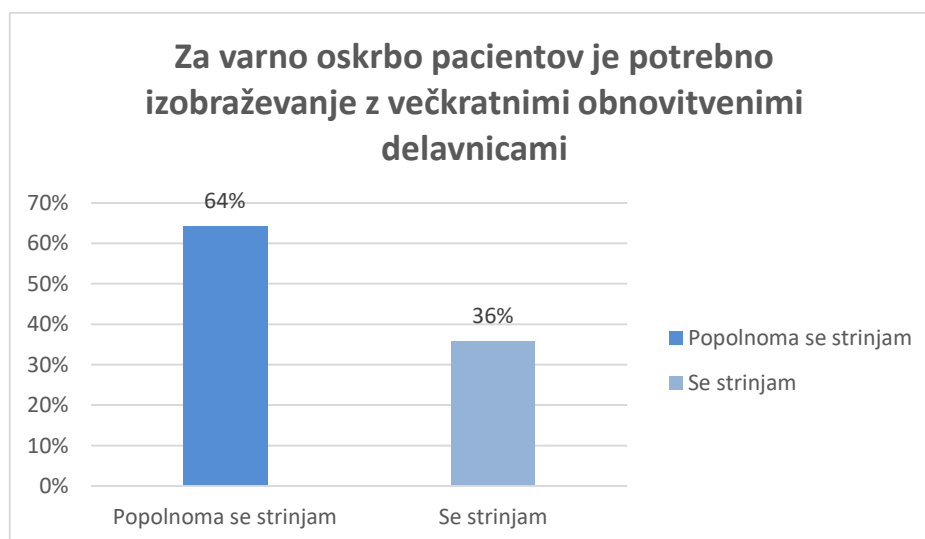
Slika 6.9: Pisne smernice ukrepanja za varno oskrbo pacientov

8. Za varno oskrbo pacientov je potrebno izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami.

Večji delež anketirancev (64 %) se popolnoma strinja, da je za varno oskrbo pacientov potrebno izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami medtem, ko se 36 % anketirancev strinja z zgornjo trditvijo.

Tabela 6.8: Izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami

Izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	9	64
Se strinjam	5	36
Deloma se strinjam	/	/
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



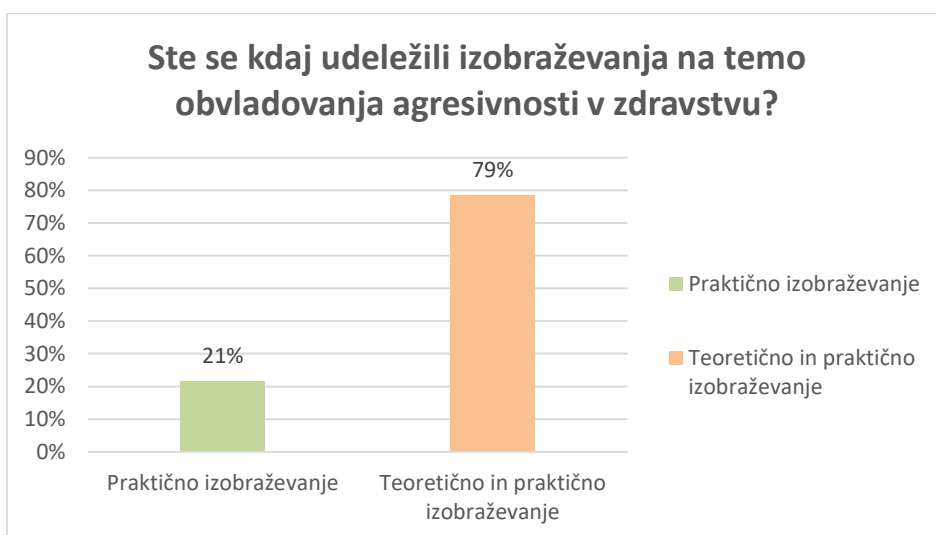
Slika 6.10: Izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami

9. Ste se kdaj udeležili izobraževanja na temo obvladovanja agresivnosti v zdravstvu?

Večina anketirancev (79 %) se je udeležila teoretičnega in praktičnega izobraževanja medtem, ko 21 % se je udeležilo zgolj praktičnega izobraževanja.

Tabela 6.9: Udeležba na izobraževanju na temo obvladovanja agresivnosti v zdravstvu

Udeležba na izobraževanju na temo obvladovanja agresivnosti v zdravstvu	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Teoretično in praktično izobraževanje	11	79
Praktično izobraževanje	3	21
Teoretično izobraževanje	/	/
Nikoli	/	/
SKUPAJ	14	100



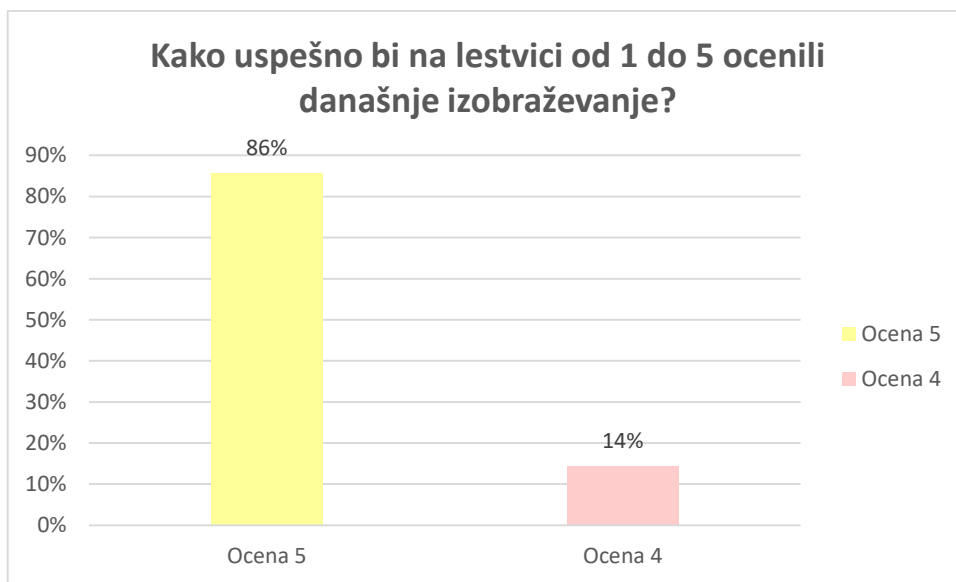
Slika 6.11: Udeležba na izobraževanju na temo obvladovanja agresivnosti v zdravstvu

10. Kako uspešno bi na lestvici od 1 do 5 ocenili današnje izobraževanje (1= zelo neuspešno, 5= zelo uspešno)?

Dvanajst anketirancev je izobraževanje ocenilo z oceno 5 (zelo uspešno), dva anketiranca pa sta izobraževanje ocenila z oceno 4.

Tabela 6.10: Ocena izobraževanja

Ocena izobraževanja	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Ocena 5	12	86
Ocena 4	2	14
Ocena 3	/	/
Ocena 2	/	/
Ocena 1	/	/
SKUPAJ	14	100



Slika 6.12: Ocena izobraževanja

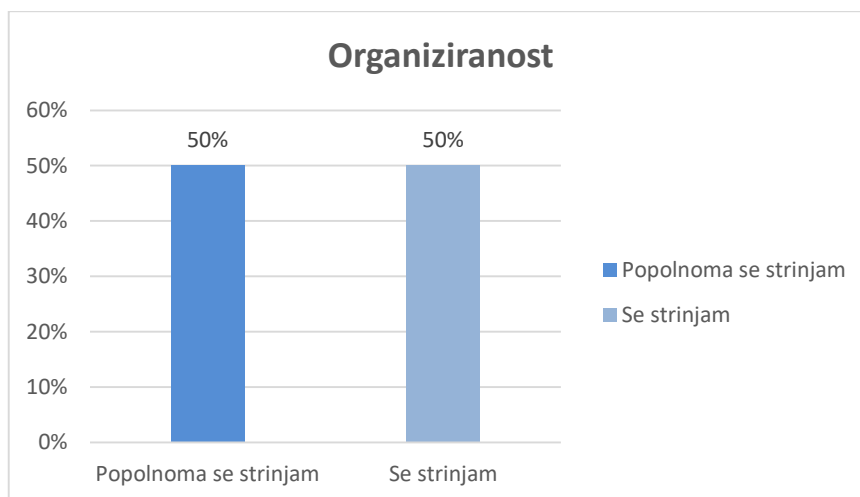
V kolikšni meri menite, da so se s tem izobraževanjem izboljšala nekatera vaša čustva in kompetence v zvezi z obvladovanjem agresivnega pacienta? Odgovor 1 pomeni, da se sploh ne strinjate, 5 pa da se popolnoma strinjate s tem, da so se čustva/kompetence izboljšale.

Organiziranost

Polovica anketirancev se popolnoma strinja in polovica anketirancev se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšala njihova organiziranost.

Tabela 6.11: Organiziranost

Organiziranost	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	7	50
Se strinjam	7	50
Deloma se strinjam	/	/
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



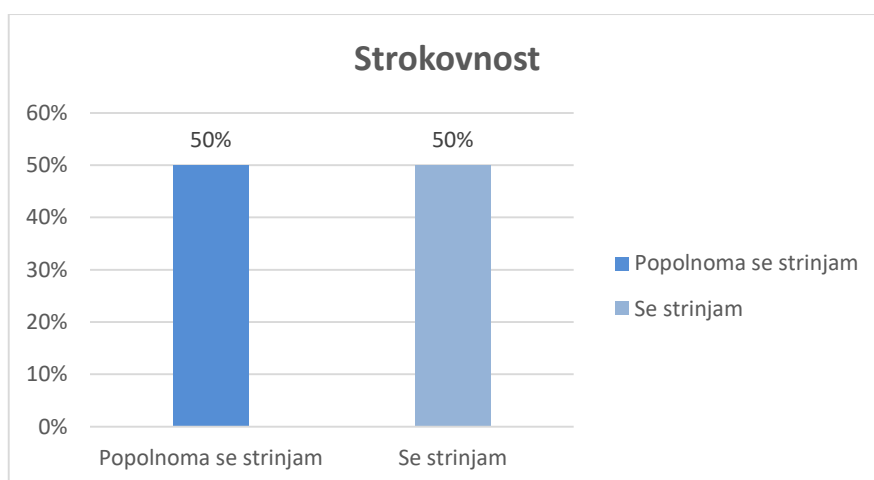
Slika 6.13: Organiziranost

Strokovnost

Polovica anketirancev se popolnoma strinja in polovica anketirancev se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšala njihova strokovnost.

Tabela 6.12: Strokovnost

Strokovnost	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	7	50
Se strinjam	7	50
Deloma se strinjam	/	/
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



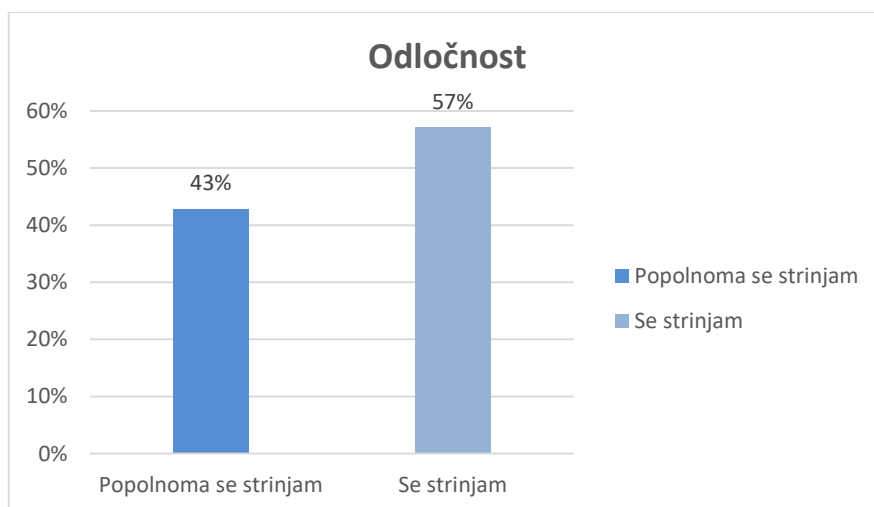
Slika 6.14: Strokovnost

Odločnost

Šest anketirancev (43 %) se popolnoma strinja in osem anketirancev se strinja (57 %), da se je s tem izobraževanjem izboljšala njihova odločnost.

Tabela 6.13: Odločnost

Odločnost	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	6	43
Se strinjam	8	57
Deloma se strinjam	/	/
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



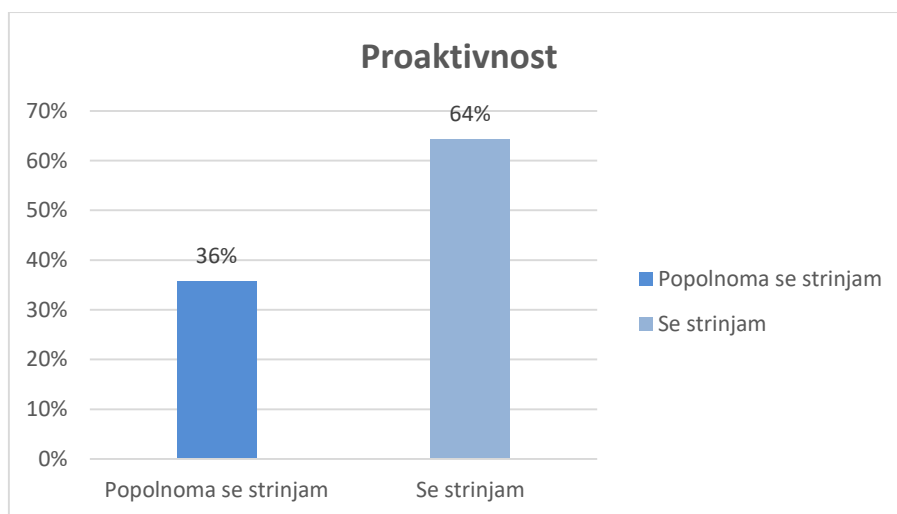
Slika 6.15: Odločnost

Proaktivnost

Pet anketirancev (36 %) se popolnoma strinja in devet anketirancev (64 %) se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšala njihova proaktivnost.

Tabela 6.14: Proaktivnost

Proaktivnost	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	5	36
Se strinjam	9	64
Deloma se strinjam	/	/
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



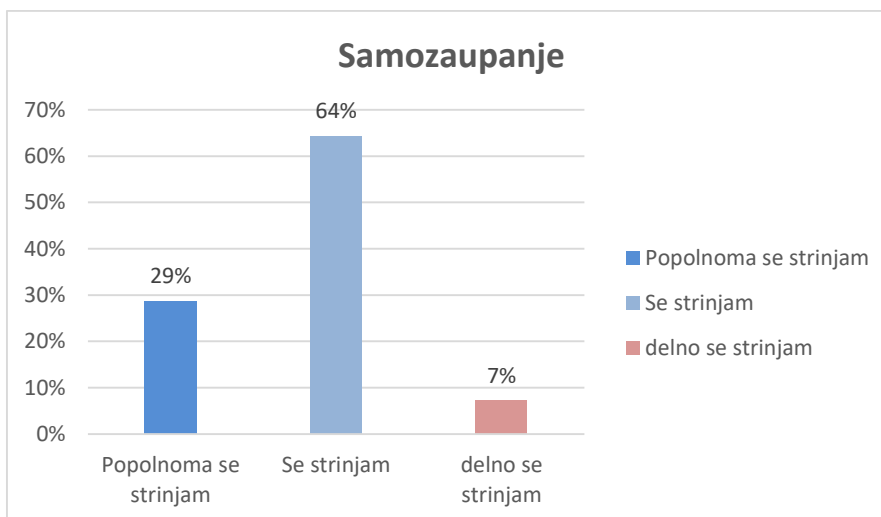
Slika 6.16: Proaktivnost

Samozaupanje

Štirje anketiranci (29 %) se popolnoma strinjajo in devet anketirancev (64 %) se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo njihovo samozaupanje. Eden anketiranec (7 %) se deloma strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo njegovo samozaupanje.

Tabela 6.15: Samozaupanje

Samozaupanje	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	4	29
Se strinjam	9	64
Deloma se strinjam	1	7
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



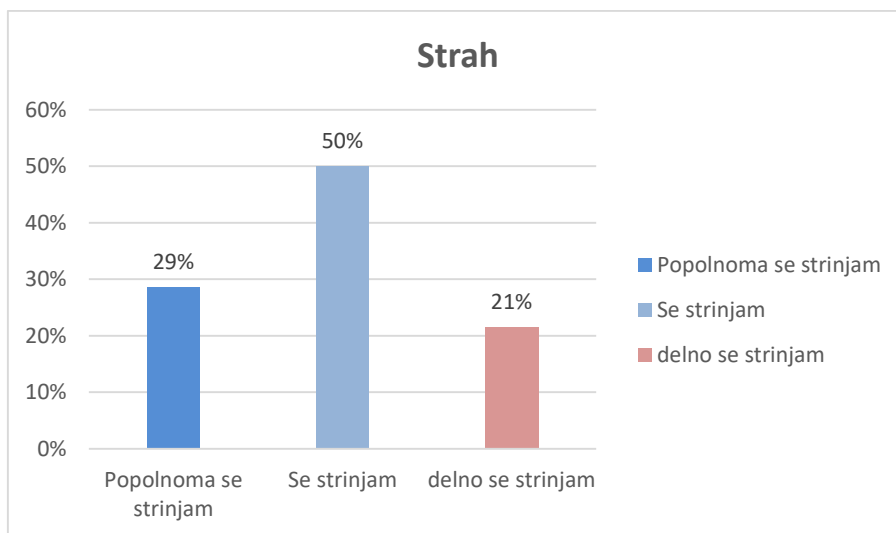
Slika 6.17: Samozaupanje

Strah

Štirje anketiranci (29 %) se popolnoma strinjajo in sedem anketirancev (50 %) se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo čustvo – strah. Trije anketiranci (21 %) se pa deloma strinjajo, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo soočenje s strahom.

Tabela 6.16: Strah

Strah	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	4	29
Se strinjam	7	50
Deloma se strinjam	3	21
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



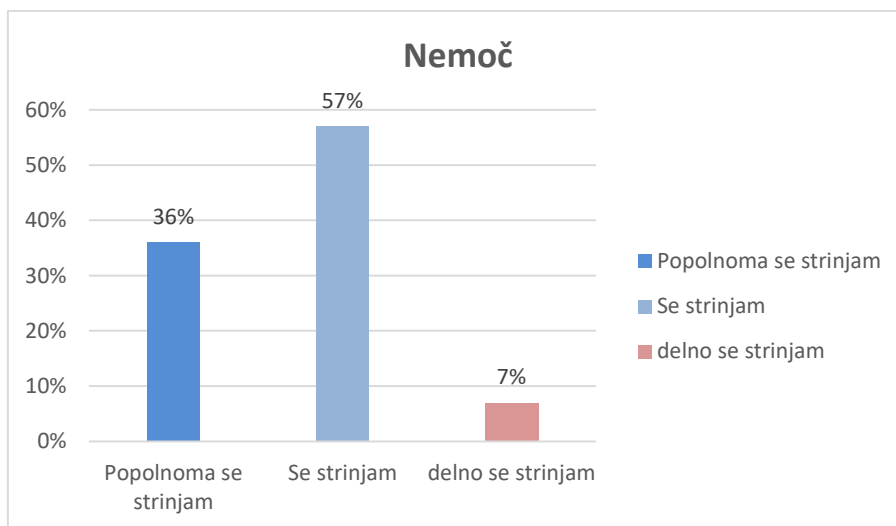
Slika 6.18: Strah

Nemoč

Pet anketirancev (36 %) se popolnoma strinja in osem anketirancev (57 %) se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo čustvo – nemoč. Eden anketiranec (7 %) se deloma strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo soočenje z nemočjo.

Tabela 6.17: Nemoč

Nemoč	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	5	36
Se strinjam	8	57
Deloma se strinjam	1	7
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



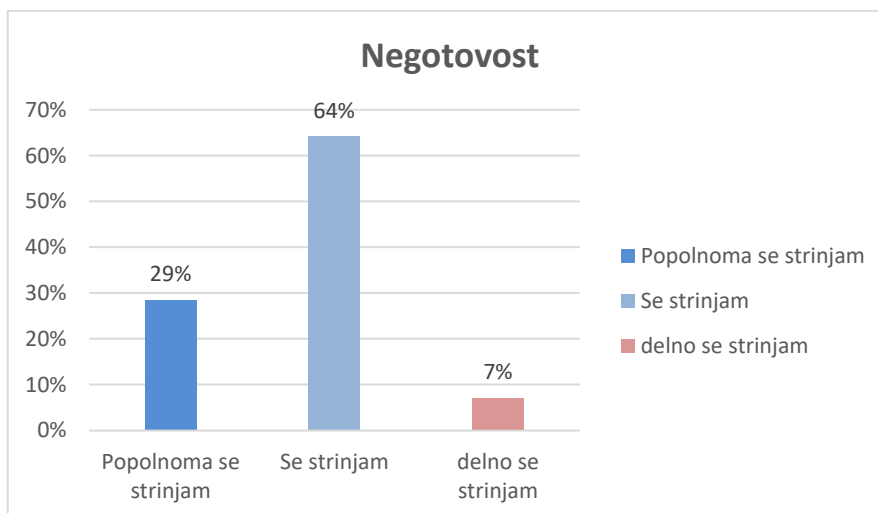
Slika 6.19: Nemoč

Negotovost

Štirje anketiranci (29 %) se popolnoma strinjajo in devet anketirancev (64 %) se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo čustvo – negotovost. Eden anketiranec (7 %) se deloma strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo soočenje z negotovostjo.

Tabela 6.18: Negotovost

Negotovost	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	4	29
Se strinjam	9	64
Deloma se strinjam	1	7
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



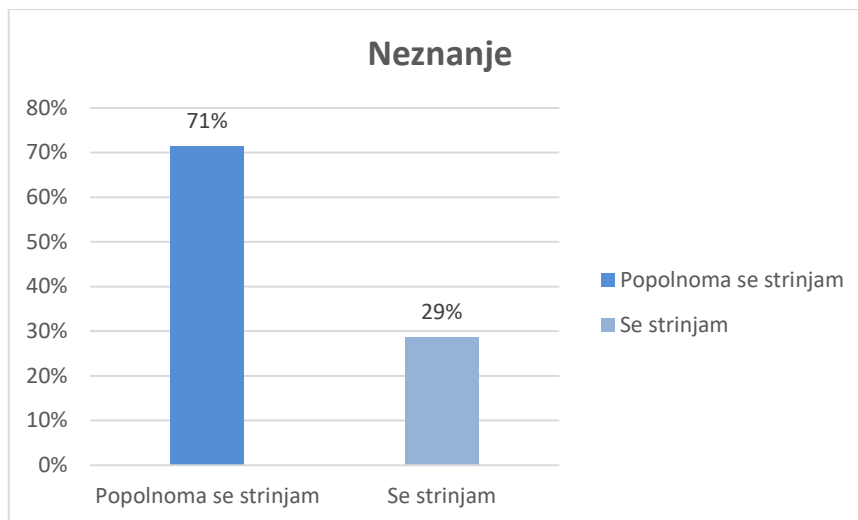
Slika 6.20: Negotovost

Neznanje

Večina anketirancev (71 %) se popolnoma strinja in štirje anketiranci (29 %) se strinjajo, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo njihovo neznanje.

Tabela 6.19: Neznanje

Neznanje	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	10	71
Se strinjam	4	29
Deloma se strinjam	/	/
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



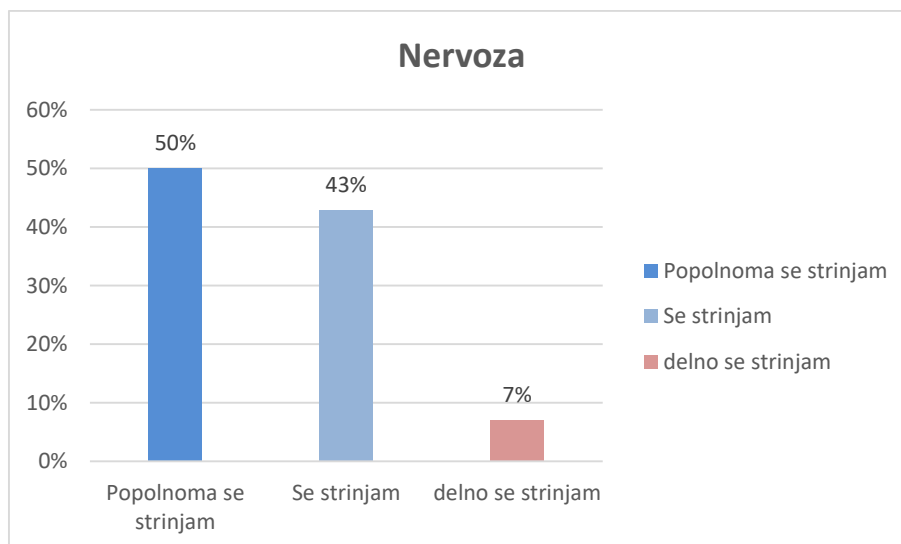
Slika 6.21: Neznanje

Nervoza

Polovica anketirancev se popolnoma strinja in šest anketirancev (43 %) se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo njihovo čustvo – nervoza. Eden anketiranec (7 %) se deloma strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo njihovo soočenje z nervozo.

Tabela 6.20: Nervoza

Nervoza	Število/frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	7	50
Se strinjam	6	43
Deloma se strinjam	1	7
Se ne strinjam	/	/
Sploh se ne strinjam	/	/
SKUPAJ	14	100



Slika 6.22: Nervoza

6.4 ZAKLJUČEK

Večji delež anketirancev meni, da so osebjū na voljo informacije o ukrepanju, ko jih potrebujejo. Šest anketirancev se popolnoma strinja oziroma strinja s trditvijo, da znanje s katerim razpolagajo je zadostno za obvladovanje agresivnega pacienta. Štirje se deloma strinjajo s prejšnjo trditvijo, medtem ko štirje menijo, da nimajo dovolj znanja za obvladovanje agresivnega pacienta. Polovica anketirancev se strinja, da imajo znanje vendar še vedno ne znajo v praksi tega izvesti. Večina anketirancev (79 %) se strinja s trditvijo, da so za varno oskrbo pacientov osebjū na voljo ustrezna usposabljanja in 64 % anketirancev se popolnoma strinja, da je za varno oskrbo pacientov potrebno izobraževanje z večkratnimi delavnicami. Vsi anketiranci menijo, da so za varno oskrbo pacientov potrebne praktične delavnice. Polovica anketirancev se popolnoma strinja in polovica anketirancev se strinja, da so za varno oskrbo pacientov potrebne pisne smernice ukrepanja in teoretične delavnice.

Večina anketirancev (79 %) se je v svojem življenju udeležila teoretičnega in praktičnega izobraževanja medtem, ko 21 % anketirancev se je udeležilo zgolj praktičnega izobraževanja.

Vsi anketiranci so uspešnost izobraževanja ocenili z oceno 5 ali oceno 4.

V drugem delu evalvacijskega vprašalnika so anketiranci izražali mnenje o izboljšavi njihovih čustev in kompetenc v zvezi z obvladovanjem agresivnega pacienta po izvedeni delavnici.

Vsi anketiranci se popolnoma strinjajo ali strinjajo, da se je s tem izobraževanjem izboljšala njihova organiziranost, strokovnost, odločnost, proaktivnost in soočanje z neznanjem. Večina anketirancev se strinja, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo njihovo samozaupanje in soočanje z negotovostjo, nemočjo in nervozo. Prav tako večina anketirancev meni, da se je s tem izobraževanjem izboljšalo njihovo soočenje s strahom. Trije anketiranci se pa le deloma strinjajo s to trditvijo.

S pomočjo analize evalvacijskega vprašalnika smo ugotovili, da morajo zaposleni še dodatno nadgrajevati znanje za obvladovanje agresivnega pacienta in imeti možnost prenosa teoretičnega znanja v prakso. Tako bodo tudi imeli priložnost se znebiti strahu pred obravnavo agresivnih pacientov. Nenazadnje ustrezen pristop k agresivnemu pacientu zmanjša stopnjo agresije in s tem olajša nadaljnjo obravnavo pacienta.

7 DISEMINACIJA PROJEKTHNIH REZULTATOV

#	VRSTA DOKUMENTA / DEJAVNOSTI	NASLOV	MESTO OBJAVE / PREDSTAVITVE / IZVEDBE	DATUM	PODROBNOSTI
1	Izvedba delavnice	Obvladovanje nasilnega vedenja	Socialno varstveni zavod Hrastovec	12. 4. 2018	GABROVEC, Branko. Obvladovanje nasilnega vedenja : izvedba delavnice, Socialno varstveni zavod Hrastovec, 12. 4. 2018. [COBISS.SI-ID 4198117]
2	Izvedba delavnice	Obvladovanje nasilnega vedenja	Socialno varstveni zavod Hrastovec	13. 4. 2018	GABROVEC, Branko. Obvladovanje nasilnega vedenja : izvedba delavnice, Socialno varstveni zavod Hrastovec, 13. 4. 2018. [COBISS.SI-ID 4198373]
3	Objavljen povzetek strokovnega prispevka na konferenci	Violence against employees in nursing care in Slovenia	World Congress on Nursing Education & Research; Rim, Italija	23. 4. - 25. 4. 2018	GABROVEC, Branko. Violence against employees in nursing care in Slovenia. V: Proceedings of 27th edition of World Congress on Nursing Education & Research, April 23-25, 2018, Rome, Italy. Rome: EuroSciCon, 2018. Str. 46. Journal of nursing and health studies, Vol. 3. ISSN 2574-2825. [COBISS.SI-ID 4222949]
4	Raziskovalno poročilo	Analiza opravljenih raziskav in literature na področju pojavnosti agresije nad zaposlenimi v zdravstvu ter primerjava s tujino	Spletna stran Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ)	maj 2018	GABROVEC, Branko, ALBREHT, Tit, JELENC, Marjetka, LOBNIKAR, Branko, PRISLAN, Kaja, MACUR, Mirna, KRŠIČ, Ivana, SELAK, Špela. Analiza opravljenih raziskav in literature na področju pojavnosti agresije nad zaposlenimi v zdravstvu ter primerjava s tujino : raziskovalno poročilo. Ljubljana: [s. n.], 2018. 16 str. [COBISS.SI-ID 4240869]

5	Raziskovalno poročilo	Pregled načinov merjenja pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja v okviru zdravstvenih sistemov. Izdelava enotnega in celovitega inštrumenta za zaznavo in merjenje pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja	Spletna stran Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ)	maj, junij 2018	MACUR, Mirna, LOBNIKAR, Branko, PRISLAN, Kaja, ALBREHT, Tit, JELENC, Marjetka, KRŠIČ, Ivana, SELAK, Špela, GABROVEC, Branko, et al. Pregled načinov merjenja pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja v okviru zdravstvenih sistemov - izdelava enotnega in celovitega inštrumenta za zaznavo in merjenje pojavnosti nasilja in agresivnega vedenja : raziskovalno poročilo. Ljubljana: NIJZ, 2018. 77 str. http://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/dp2_raziskovalno_porocilo_final.pdf . [COBISS.SI-ID 4284901]
6	Izvedba delavnice	Obravnava pacienta z agresivnim vedenjem v klinični praksi zdravstvene nege na področju psihiatrije	Psihiatrična bolnišnica Idrija	23. 10. 2018	GABROVEC, Branko. Obravnava pacienta z agresivnim vedenjem v klinični praksi zdravstvene nege na področju psihiatrije : izvedba delavnice, Psihiatrična bolnišnica Idrija, 23. 10. 2018. [COBISS.SI-ID 4318693]
7	Izvedba delavnice	Obravnava pacienta z agresivnim vedenjem v klinični praksi zdravstvene nege na področju psihiatrije	Psihiatrična bolnišnica Idrija	6. 11. 2018	GABROVEC, Branko. Obravnava pacienta z agresivnim vedenjem v klinični praksi zdravstvene nege na področju psihiatrije : izvedba delavnice, Psihiatrična bolnišnica Idrija, 6. 11. 2018. [COBISS.SI-ID 4318949]
8	Raziskovalno poročilo	Razširjenost agresivnosti nad zaposlenimi v zdravstvu in analiza njihovih stališč	Spletna stran Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ)	januar 2019	PRISLAN, Kaja, LOBNIKAR, Branko, GABROVEC, Branko, ALBREHT, Tit, JELENC, Marjetka, KRŠIČ, Ivana, MACUR, Mirna, SELAK, Špela. Razširjenost agresivnosti nad zaposlenimi v zdravstvu in analiza njihovih stališč : raziskovalno poročilo. Ljubljana: [s. n.], 2019. 30 str. [COBISS.SI-ID 4407269]
9	Objavljen povzetek znanstvenega prispevka na konferenci	Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov	7. slovenska konferenca o zdravljenju odvisnosti; Cankarjev dom, Ljubljana	6.3. - 7.3. 2019	GABROVEC, Branko. Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov. V: KASTELIC, Andrej (ur.), KOSTNAPFEL, Tatja (ur.). Zbornik. Ljubljana: Prohealth, 2019. Str. 39-40. Odvisnosti, 2019, 17, Supl., 1. ISBN 978-961-93977-5-6. [COBISS.SI-ID 4419301]
10	Izvedba delavnice	Obvladovanje agresivnega vedenja	Socialno varstveni zavod Hrastovec	8. 3. 2019	GABROVEC, Branko. Obvladovanje agresivnega vedenja : izvedba delavnice, Socialno varstveni zavod Hrastovec, 8. 3. 2019. [COBISS.SI-ID 4433381]

11	Izvedba delavnice	Obvladovanje agresivnega vedenja	Socialno varstveni zavod Hrastovec	29. 3. 2019	GABROVEC, Branko. Obvladovanje agresivnega vedenja : izvedba delavnice, Socialno varstveni zavod Hrastovec, 29. 3. 2019. [COBISS.SI-ID 4433637]
12	Raziskovalno poročilo	Razširjenost agresivnosti nad zaposlenimi v zdravstvu - fokusne skupine	/	april 2019	LOBNIKAR, Branko, PRISLAN, Kaja, GABROVEC, Branko. Razširjenost agresivnosti nad zaposlenimi v zdravstvu - fokusne skupine : raziskovalno poročilo. Ljubljana: [s. n.], 2019. 8 f. [COBISS.SI-ID 4512997]
13	Raziskovalno poročilo	Model funkcionalnega izobraževanja zaposlenih v zdravstvu za obvladovanje agresije	/	maj 2019	GABROVEC, Branko, PRISLAN, Kaja, ALBREHT, Tit, MALEŠEVIČ, Sandra, LOBNIKAR, Branko. Model funkcionalnega izobraževanja zaposlenih v zdravstvu za obvladovanje agresije : raziskovalno poročilo. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019. 20 str. [COBISS.SI-ID 4556773]
14	Izvedba delavnice	Obvladovanje agresivnega vedenja	Socialno varstveni zavod Hrastovec	7. 6. 2019	GABROVEC, Branko. Obvladovanje agresivnega vedenja : izvedba delavnice, Socialno varstveni zavod Hrastovec, 7. 6. 2019. [COBISS.SI-ID 4524005]
15	Objavljen povzetek znanstvenega prispevka na konferenci	Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov	20. Dnevi varstvoslovja 2019 (nacionalna konferenca); Dolenjske toplice	11.6. - 12.6. 2019	PRISLAN, Kaja, LOBNIKAR, Branko, GABROVEC, Branko. Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov. V: MODIC, Maja (ur.), et al. Zbornik povzetkov. 20. Dnevi varstvoslovja, Dolenjske Toplice, 11. in 12. junij 2019. Maribor: Univerzitetna založba Univerze, 2019. Str. 74. ISBN 978-961-286-281-7. http://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/419 , https://www.fvv.um.si/dv2019/DV2019-povzetki.pdf . [COBISS.SI-ID 4524261]
16	Raziskovalno poročilo	Model funkcionalnega izobraževanja - analiza preliminarnе uspešnosti predlaganega modela	/	julij 2019	MALEŠEVIČ, Sandra, GABROVEC, Branko. Model funkcionalnega izobraževanja - analiza preliminarnе uspešnosti predlaganega modela : raziskovalno poročilo. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019. 44 str. [COBISS.SI-ID 4556517]

17	Izvedba delavnice	Obvladovanje nasilnega vedenja	Zdravstveni dom Postojna - Nujna medicinska pomoč	25. 10. 2019	GABROVEC, Branko. Obvladovanje nasilnega vedenja : izvedba delavnice, Nujna medicinska pomoč - Zdravstveni dom Postojna, 25. 10. 2019. [COBISS.SI-ID 4628965]
18	Izvedba delavnice	Obvladovanje nasilnega vedenja	Dom upokojencev Ptuj	30. 10. 2019	GABROVEC, Branko. Obvladovanje nasilnega vedenja : izvedba delavnice, Dom upokojencev Ptuj, 30. 10. 2019. [COBISS.SI-ID 4629221]
19	Poročilo ciljno raziskovalnega projekta	Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov	/	februar 2020	

8 LITERATURA IN VIRI

- A handbook for workplaces: Prevention and management of aggression in health services. (2008). Organisational self-assessment, 39-48.
- A handbook for workplaces: Prevention and management of aggression in health services. (2008). Staff survey, 49-52.
- A handbook for workplaces: Prevention and management of aggression in health services. (2008). Exposure to aggression risk calculator, 82.
- A handbook for workplaces: Prevention and management of aggression in health services. (2008). Aggression risk calculator, 84.
- Abderhalden, C. (2008). *The systematic assessment of the short-term risk for patient violence on acute psychiatric wards*. Nizozemska: Maastricht University.
- Ahmed, F., Memon, M. K., Memon, S. (2018). Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Annals of medicine and surgery*, 25, 3-5. Doi: 10.1016/j.amsu.2017.11.003
- ALBashtawy, M. (2013). Workplace violence against nurses in emergency departments in Jordan. *International Nursing Review*, 60(4), 550–555. Doi: 10.1111/inr.12059
- Alessi, C.A. (1991). Managing the behavioural problems of dementia in the home. *Clinics in Geriatric Medicine*, 7, 787-801.
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of interpersonal violence*, 15(12), 1284-1296.
- Aström, S., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A., & Saveman, B.-I. (2002). Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(1), 66–72.
- Atawneh, F. A., Zahid, M. A., Al-Sahlawi, K. S., Shahid, A. A., & Al-Farrah, M. H. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 12(2), 102–107. Doi: 10.12968/bjon.2003.12.2.11049
- Babnik, K., Štemberger Kolnik, T., & Kopač, N. (2012). Predstavitev rezultatov dela raziskave 'Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu': oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46, 147–156.

- Bajec, A. (2000). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti [in] Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU.
- Bojić, M., Bole, U., & Bregar, B. (2016). Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4). Doi: 10.14528/snr.2016.50.4.128
- Bowie, V. (2002). Defining violence at work: a new typology. In: Gill, M.; Fisher, B. & Bowie, V. (Eds). *Violence at work. Causes, patterns and prevention*. Portland: Willan Publishing.
- Bregar, B., et al. (2012). *Protokol fizičnega oviranja s pasovi pacientov v bolnišnicah*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Campbell, C. L., Burg, M. A., & Gammonley, D. (2015). Measures for incident reporting of patient violence and aggression towards healthcare providers: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 314-322.
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety. (2014). *Violence in the Workplace : OSH Answers*. Retrieved 16 May 2018, from <http://www.ccohs.ca/>
- Cheung, T., Lee, P. H., Yip, P. S. F. (2017). Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *International journal of environmental research and public health*, 14(8). Doi: 10.3390/ijerph14080879
- Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Clark, K., Manno, M. S., & Kuhn, D. W. (2005). Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nursing Economic\$,* 23(3), 119–124, 107.
- Čuk, V. (2006). *Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi; pravice bolnikov in zaposlenih*. Idrija: Zbornica zdravstvene in babiške nege — Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
- Delo. (2016). Bolnik ubil zdravnika. Retrieved 16 May 2018, from <http://www.delo.si/mnenja/komentarji/bolnik-ubil-zdravnika.html>
- Dernovšek, M. & Novak, G.V. (2001). *Priporočila in smernice za uporabo posebnih ukrepov v psihiatriji*. Ljubljana: Viceversa — priročnik.
- Di Martino, V. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: ILO.

- Elston, M. A., Gabe, J. (2016). Violence in general practice: a gendered risk? *Sociology of health & illness*, 38(3), 426-441. Doi: 10.1111/1467-9566.12373
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 10, 51. Doi: 10.1186/1472-6963-10-51
- Gabrovec, B. (2009). *Nasilno vedenje v duhu novih praks: smernice fizičnega oviranja*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 25-26.
- Gabrovec, B. (2015). Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v reševalnih službah. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 49(4), 284-294 . Doi: 10.14528/snr.2015.49.4.60
- Gabrovec, B. (2016). Types of threats against nursing care workers in psychiatric facilities. *Revija za zdravstvene vede*, 3(2), 37-49.
- Gabrovec, B. (2017). Prevalence of Violence Toward Community Nurses: A Questionnaire Survey. *Workplace Health & Safety*, 65(11), 527-532. Doi: 10.1177/2165079917691767
- Gabrovec, B., & Eržen, I. (2016). Anketa o varnosti in kakovosti obravnave bolnika.
- Gabrovec, B., & Eržen, I. (2016). Prevalence of violence towards nursing staff in Slovenian nursing homes. *Slovenian Journal of Public Health*, 55(3), 212–217. Doi: 10.1515/sjph-2016-0027
- 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(4). Doi: 10.14528/snr.2014.48.4.33
- Gabrovec, B., & Lobnikar, B. (2015). The Analysis of the Role of an Institution in Providing Safety and Quality in Psychiatric Health Care. *Anadolu psikiyatri dergisi*, 16(6), 420-425. Doi: 10.5455/apd.173222
- Gabrovec, B., Albrecht, T., Jelenc, M., Lobnikar, B., Prisljan, K., Macur, M., Kršič, I., & Selak, Š. (2018). Raziskovalno poročilo: Analiza opravljenih raziskav in literature na področju pojavnosti agresije nad zaposlenimi v zdravstvu ter primerjava s tujino.
- Gabrovec, B., Eržen, I., & Lobnikar, B. (2014). The prevalence and the nature of violence directed at the medical staff in psychiatric health care in Slovenia. *HealthMed*, 8(2), 228-234.

- Gabrovec, B., Jelenc, M., Prislan, K., & Lobnikar, B. (2017). Violence against working personnel in Slovenian drug addiction rehabilitation centre network. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 19(5), 23-28.
- Gates, D. M., Fitzwater, E., & Meyer, U. (1999). Violence against caregivers in nursing homes. Expected, tolerated, and accepted. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(4), 12–22.
- Gates, D. M., Gillespie, G. L., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economic\$,* 29(2), 59–66.
- Gerberich, S., Church, T., McGovern, P., Hansen, H., Nachreiner, N., Geisser, M., 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), 495–503. Doi: 10.1136/oem.2003.007294
- Hafner-Fink, M., Štebe, J., Malnar, B., Stanojević, M., Ignjatović, M., Černigoj-Sadar, N., et. al. (2011). Slovensko javno mnenje 2011/1: Mednarodna raziskava o okolju (ISSP 2010), zdravju in zdravstvenem varstvu (ISSP 2011), o odnosu delo-družina in psihičnem nasilju na delovnem mestu.
- Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. G. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23–24), 3535–3546. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03361.x>
- Hobbs, F. D. R. (1991). Violence in general practice – a survey of general practitioners views. *British medical journal*, 302(6772), 329-332. Doi: 10.1136/bmj.302.6772.329
- Hostiuc, S., Dermengiu, D, Hostiuc, M. (2014). Violence against physicians in training. A Romanian perspective. *Journal of forensic and legal medicine*, 27, 55-61. Doi: 10.1016/j.jflm.2014.08.012
- Jerkič, K., Babnik, K., & Karnjuš, I. (2014). Verbalno in posredno nasilje v urgentni dejavnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2). Doi: 10.14528/snr.2014.48.2.19
- Johansen, I. H., Baste, V., Rosta, J., Aasland, O. G., Morken, T. (2017). Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ open*, 7(8). Doi: 10.1136/bmjopen-2017-017757
- Jones, M. K. (1985). Patient violence. *Journal of Psychosocial Nursing*, 23, 12-17.
- Josefsson, K., & Ryhammar, L. (2010). Threats and violence in Swedish community elderly care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), 110–113. Doi: 10.1016/j.archger.2009.02.010

- Kaya, S., Demir, I. B., Kersavuran, S., Urek, D., Ilgun, G. (2016). Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. *Journal of forensic nursing*, 12(1), 24-36. Doi: 10.1097/JFN.000000000000100
- Kelbič, A. (2013). Nasilje nad zaposlenimi v nujni medicinski pomoči: magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Dostopno na <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?id=42891>.
- Klemenc, D., & Pahor, M. (2004). Reducing violence against nurses at work place in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(1), 43-52.
- Košir, I. (2012). Appearance of the physical violence against nurses in the workplace. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), 157-164.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Kurdija, S., Hafner-Fink, M., Malnar, B., Podnar, K., et. al. (2016). Slovensko javno mnenje 2016/1: Raziskava o odnosu delo-družina, Stališča Slovencev o družinski problematiki in potrebah družin, Stališča o izbranih vidikih zdravja in zdravstva, Ogledalo javnega mnenja.
- Kvas, A., & Seljak, J. (2014). Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, 61(3), 344–351. Doi: 10.1111/inr.12106
- Kvas, A., & Seljak, J. (2015). Sources of workplace violence against nurses. *Work (Reading, Mass.)*, 52(1), 177–184. Doi: 10.3233/WOR-152040
- Kwok, R. P. W., Law, Y. K., Li, K. E., Ng, Y. C., Cheung, M. H., Fung, V. K. P., et al. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal = Xianggang Yi Xue Za Zhi*, 12(1), 6–9.
- Lapanja, A. & Mohor, M. (2006). *Neželeni dogodki v psihiatrični zdravstveni negi in strategija za zmanjševanje ponovnega nastopa neželenega dogodka*. V V. Čuk (urd.), Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi; pravice bolnikov in zaposlenih. Strokovno srečanje v okviru Zbornice zdravstvene in babiške nege, Maribor.
- Lapanja, A. (2012). *Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje*. V B. Bregar & J. Peterka Novak. Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi—zbornik predavanj z recenzijo.
- Lesnik Mugnaioni, D. (2012). How to address workplace violence in nursing? *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2): 109–11.

- Lobnikar, B. (2003). Model upravljanja nasilja in agresivnega vedenja na delovnem mestu : doktorska disertacija. Kranj.
- Lobnikar, B. (2006). *Soodvisnost viktimiziranosti in nasilja na delovnem mestu: primer policijske organizacije = Interdependance of victimization and violence in the workplace: a case study of police organization*. V: M. Molan, (ur.), M. DODIČ-FIKFAK, (ur.). *Nasilje na delovnem mestu*, Ljubljana: Klinični center, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 103-134.
- Lobnikar, B. (2017). Vprašalnik o nezaželenem vedenju na delovnem mestu. Maribor: Univerza v Mariboru – interno gradivo.
- Lobnikar, B., Pagon M., & Ovsenik M. (2004). The frequency and the causes of violence and aggressive behavior at the workplace : the case of Slovenian police. *Organizacija : revija za management, informatiko in kadre*, 37(6), 371-378.
- Lundström, M., Saveman, B.-I., Eisemann, M., & Åström, S. (2007). Prevalence of violence and its relation to caregivers' demographics and emotional reactions – an explorative study of caregivers working in group homes for persons with learning disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 84–90. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00429.x
- Malnar, B., Kurdija, S., Hafner-Fink, M., Uhan, S., Štebe, J., et. al. (2008). Slovensko javno mnenje 2008/1: Evropska raziskava vrednot.
- Mittal, S., Garg, S. (2017). Violence against doctors-an overview. *Journal of evolution of medical and dental sciences*, 6(33), 2748-2751. Doi: 10.14260/jemds/2017/592
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1. Doi: 10.1186/2046-4053-4-1
- Moylan, S. (2017). Occupational violence and staff safety in general practice. *Australian family physician*, 46(12), 952-956.
- Možgan, B. (2009). *Posebni varovalni ukrepi*. v P. Pregelj, & R. Kobentar (Eds.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett.
- Mrevlje, P. T. & Umek, P. Safety Issues in Psychiatric Settings. *Varstvoslovje, Journal of Criminal Justice and Security*, 13(4).
- Needham, I., Kingma, M., O'Brien-Pallas, L., McKenna, K., Tucker, R., & Oud, N. (2008). Workplace violence in the health sector. *Publisher KAVANAH, The Netherlands*.

- Occupational Safety and Health Administration. (2015). Preventing workplace violence: a road map for healthcare facilities [Internet]. Washington,DC: Occupational Safety and Health Administration.
- Occupational Safety and Health Administration. (2004). Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers. In Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers. OSHA.
- OSHA: Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. (2004). Workplace Violence Program Checklists, 32-39.
- OSHA: Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. (2004). Violence incidence report, 40-41.
- Ozturk, H., & Babacan, E. (2014). The Occupational Safety of Health Professionals Working at Community and Family Health Centers. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(10). Doi: 10.5812/ircmj.16319
- Pagon, M., Lobnikar, B., & Jereb J. (2001). *Agresivno vedenje in nasilje na delovnem mestu ter pomen njunega upravljanja za zagotavljanje organizacijske uspešnosti in učinkovitosti*. V: G. Vukovič (ur.). *Management in globalizacija : zbornik posvetovanja z mednarodno udeležbo*. 114-127. Kranj: Moderna organizacija.
- Pečnik, M., Selič, P. (2017). Nasilje nad zdravniki družinske/splošne medicine: specialistična naloga. *Specialistično delo in Grad: [M. Pečnik], 2017, 36.*
- Pestoff, V. A. (1995). Citizens as Co-producers of Social Services in Europe. From the Welfare State to the Welfare Mix. Stockholm University, School of Business, Research Report.
- Picakciefe, M., Akca, S., Elibol, A., Devenci, A., Yilmaz, N. & Yilmaz, U.E.(2012). The analysis of violence against the nurses who are in employee status in Mugla State Hospital, Turkey. *HealthMED*, 6(11), 3626-3637.
- Planinšek, I., & Pahor, M. (2004). Sexual violence/harassment and preventive measures in nursing care in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(1), 53-59.
- Pond – prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti. (2018). Retrieved? May 25, 2018, from <http://www.prepoznajnasilje.si/nasilje-v-druzini>
- Poster, E., & Ryan, J. (1993). At risk of assault. *Nursing Times*, (23), 30—33.
- Pregelj, P. & Kobentar, R. (2009). *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Primorske novice. (2016). Strelski pohod v izolski bolnišnici. Retrieved May 25, 2018, from <http://www.primorske.si/novice/kronika/streljal-pred-izolsko-bolnismo>.

- Privitera, M., Weisman, R., Cerulli, C. Tu, X., & Groman, A. (2005). Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occupational Medicine*, 55(6), 480-486. Doi: 10.1093/occmed/kqi110
- Rager Zuzelo, P. (2009). The Clinical nurse special handbook. *Canada: Jones and Bartlett Publishers*, 169-70.
- Sedmak, Mateja in skupina. (2005). Nasilje v družini: Analiza družinskega nasilja v Sloveniji - predlogi preventive in ukrepov [datoteka podatkov]. Slovenija, Koper: Center za raziskovanje javnega mnenja, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovano središče Koper [izdelava], Slovenija, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Arhiv družboslovnih podatkov [distribucija], 2009. ADP - IDNo: NASILD05. Dostopno na: <https://www.adp.fdv.uni-lj.si/opisi/nasild05/opis-podatkov/>
- Singh, M. (2017). Intolerance and Violence Against Doctors. *Indian journal of pediatrics*, 84(10), 768-773. Doi: 10.1007/s12098-017-2435-9
- Soares, J. J. F., Lawoko, S., & Nolan, P. (2000). The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. *Work & Stress*, 14(2), 105–120. Doi: 10.1080/026783700750051630
- Stokowski, L.A. (2010). Violence: Not in My Job Description. *Workplace Violence in Healthcare Settings*. Retrieved 19 May 2018, from <http://www.medscape.com/viewarticle/727144>
- Sun, T., Gao, L., Li, F. J., Shi, Y., Xie, F. Z., Wang, J. H., et al., (2017). Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(12). Doi: 10.1136/bmjopen-2017-017182
- U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration (2002). Factsheet workplaceviolence.pdf. (n.d.). Retrieved 14 May 2018, from https://www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/factsheet-workplaceviolence.pdf
- Vičar, N. (2015). Nasilje v zdravstveni negi: magistrsko delo. Dostopno na <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=47183>
- WorkSafe Victoria (2008). A handbook for workplaces: prevention and management of aggression in health services. *Melbourne: Victoria State Government*.
- Žužul, M. (1989). Agresivno ponašanje – Psiholgijska analiza. Radna zajednica Republike konferencije Saveza socijalističke omladin Hrvatske, Zagreb

9 PRILOGE

Priloga 1: Vprašalnik o agresivnosti (Buss & Perry, 1992).

Priloga 2: Psihično nasilje na delovnem mestu (Malnar et al., 2008; Hafner-Fink et al., 2011).

Priloga 3: Nezaželeno vedenje na delovnem mestu (Lobnikar, 2017).

Priloga 4: NAQ vprašalnik (Lobnikar, 2003).

Priloga 5: Workplace violence program checklist) (OSHA, 2004).

Priloga 6: Poročilo o incidenci nasilja (ang. Violence incidence report) (OSHA, 2004).

Priloga 7: Organizacijska samoocena (ang. Organisational self-assessment) (A handbook for workplaces, 2008).

Priloga 8: Raziskava med zaposlenimi (ang. Staff survey) (A handbook for workplaces, 2008).

Priloga 9: Kalkulator izpostavljenosti agresiji (ang. Exposure to aggression risk calculator) (A handbook for workplaces, 2008).

Priloga 10: Kalkulator tveganja agresije (ang. Aggression risk calculator) (A handbook for workplaces, 2008).

Priloga 11: Anketa o varnosti in kakovosti obravnave bolnika (Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014; Gabrovec, 2015; Gabrovec & Eržen, 2016; Gabrovec, 2017; Gabrovec, Jelenc, Prislan & Lobnikar, 2017).

Priloga 12: Anketni vprašalnik o razširjenosti in pogostosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu

Priloga 13: Anketni vprašalnik merjenja preliminarnе uspešnosti predlaganega modela izobraževanja.

Priloga 14: Vprašanja za strukturirani intervju v okviru izvedbe fokusnih skupin.

Priloga 1: Vprašalnik o agresivnosti (Buss & Perry, 1992)

V nadaljevanju je zapisano nekaj trditev, ki so lahko, ali pa tudi ne, značilne za vas osebno. Z uporabo petstopenjske stopenjske lestvice, ki je opisana v nadaljevanju, označite, kako značilne oziroma neznačilne so te trditve za vas osebno. Pri vsaki trditvi obkrožite eno številko.

1 = zelo neznačilno za mene

2 = neznačilno za mene

3 = niti neznačilno niti značilno za mene

4 = značilno za mene

5 = zelo značilno za mene

Nekateri moji prijatelji menijo, da sem hitre jeze/vročekrven.

1 2 3 4 5

Če moram braniti svoje pravice, se bom zatekel k nasilju.

1 2 3 4 5

Ko so ljudje izjemno prijazni do mene, se vprašam, kaj želijo.

1 2 3 4 5

Ko se ne strinjam s svojimi prijatelji, jim to odkrito povem.

1 2 3 4 5

V navalu jeze sem že razbil kakšno stvar.

1 2 3 4 5

Če se kdo ne strinja z mano, si ne morem pomagati, da se ne bi spustil v prepir.

1 2 3 4 5

Sprašujem se, zakaj se včasih tako kislo držim.

1 2 3 4 5

Vsake toliko časa me prevzame nekontrolirana nuja, da bi nekoga udaril.

1 2 3 4 5

Sem mirna oseba*.

1 2 3 4 5

Sem sumničav do prekomerno prijaznih tujcev.

1 2 3 4 5

Grozil sem ljudem, ki jih poznam.

1 2 3 4 5

Hitro vzkupim, ampak se takoj umirim.

1 2 3 4 5

Če sem izpostavljen določeni meri provokacij, bi lahko koga udaril.

1 2 3 4 5

Ko me nekdo razdraži, mu povem kaj si mislim o njemu.

1 2 3 4 5

Včasih me razjeda ljubosumje.

1 2 3 4 5

Ne vidim dobrega razloga, da bi kadarkoli koga udaril*.

1 2 3 4 5

Včasih se mi zdi, da sem v življenju "potegnil kratko".

1 2 3 4 5

Težko nadziram svojo jezo.

1 2 3 4 5

Ko sem obupan, sem razdražen.

1 2 3 4 5

Včasih se mi zdi, kot da se mi ljudje smeji za hrbtom.

1 2 3 4 5

Pogosto se ne strinjam z drugimi osebami.

1 2 3 4 5

Če me kdo udari, udarim nazaj.

1 2 3 4 5

Včasih se počutim kot tempirana bomba.

1 2 3 4 5

Izgleda, da gre drugim vedno vse kot po maslu.

1 2 3 4 5

Nekateri so me že tako sprovcirali, da smo fizično obračunali.

1 2 3 4 5

Vem, da "prijatelji" govorijo za mojim hrbtom.

1 2 3 4 5

Moji prijatelji pravijo, da sem nekoliko konflikten.

1 2 3 4 5

Včasih se brez razloga odzovem na zelo agresiven način.

1 2 3 4 5

V pretepe se zapletam malo bolj pogosto kot povprečna oseba.

1 2 3 4 5

Ocenjevanje: Oceni dveh trditev označenih z zvezdico (*), se rekodirajo. (reverse score)

Lestvico agresivnosti sestavljajo štirje faktorji, fizično nasilje (PA/FN), verbalno nasilje (VA/VN), Jeza (A/J) in sovražnost (H/S). Končni rezultat za izračun agresije je seštevek točk faktorjev.

Priporočila/reference: Buss, A.H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.

Priloga 2: Psihično nasilje na delovnem mestu (Malnar et al., 2008; Hafner-Fink et al., 2011)

M1 **Kako pogosto ste bili izpostavljeni naslednjim negativnim dejanjem na delovnem mestu v zadnjih šestih mesecih?**

(en odgovor v vsaki vrsti)						ne vem
	nikoli	včasih	mese- čno	teden- sko	dnevno	
a. Nekdo je zadrževal informacije, kar je vplivalo na kakovost vašega dela.	1	2	3	4	5	8
b. Neželena pozornost spolne narave.	1	2	3	4	5	8
c. Poniževanje ali posmehovanje v zvezi z delom.	1	2	3	4	5	8
č. Morali ste opravljati delovne naloge pod ravnjo vaših zmožnosti in sposobnosti.	1	2	3	4	5	8
d. Odvzeli so vam odgovornost na ključnih področjih dela, ali jih zamenjali z manj pomembnimi ali neprijetnimi nalogami.	1	2	3	4	5	8
e. Opravljanje in širjenje govoric o vas.	1	2	3	4	5	8
f. Ignoriranje, izključevanje ali bojkotiranje.	1	2	3	4	5	8



(en odgovor v vsaki vrsti)						ne vem
	nikoli	včasih	mesečno	tedensko	dnevno	
g. Žaljive ali sovražne pripombe v zvezi z vami (npr. zaradi navad ali okolja iz katerega izhajate), vašimi stališči ali zasebnim življenjem.	1	2	3	4	5	8
h. Izpostavljenost glasnemu zmerjanju ali spontani jezi oz. besu.	1	2	3	4	5	8
i. Ustrahovanje npr. kazanje s prstom na vas, vdiranje v vaš zasebni prostor, odiranje, blokiranje poti.	1	2	3	4	5	8
j. Namigovanje, da bi morali dati odpoved.	1	2	3	4	5	8
k. Grožnje s fizičnim nasiljem.	1	2	3	4	5	8
l. Nenehno opozarjanje na vaše zmote ali napake.	1	2	3	4	5	8
m. Ignoriranje ali sovražno odzivanje na vašo navzočnost.	1	2	3	4	5	8
n. Nenehno kritiziranje vašega dela in naporov.	1	2	3	4	5	8
o. Ignoriranje vaših mnenj in pogledov.	1	2	3	4	5	8
p. Žaljiva sporočila, telefonski klici ali elektronska pošta.	1	2	3	4	5	8
q. Bili ste predmet potegavščin ljudi, s katerimi se ne razumete najbolje.	1	2	3	4	5	8
r. Nenehne zahteve da opravljate naloge, ki zagotovo ne sodijo v opis vaših del in nalog, npr. zasebni opravki.	1	2	3	4	5	8
s. Dodeljevanje nalog z nerazumnimi ali neizvedljivimi cilji ali časovnimi roki.	1	2	3	4	5	8
š. Neutemeljene obtožbe proti vam.	1	2	3	4	5	8
t. Pretirano nadziranje vašega dela.	1	2	3	4	5	8
u. Žaljive pripombe ali žaljivo vedenje v zvezi z vašo rasno ali etnično pripadnostjo.	1	2	3	4	5	8
v. Pritiski, da ne bi uveljavljali nekaterih pravic, do katerih ste upravičeni (npr. bolniška odsotnost, koriščenje dopusta, vračilo potnih stroškov).	1	2	3	4	5	8
w. Pretirano norčevanje iz vas ali pretiran sarkazem.	1	2	3	4	5	8
x. Grožnje, da vam bodo zagrenili življenje, npr. z nadurnim ali nočnim delom ali neprijetnimi nalogami.	1	2	3	4	5	8



(en odgovor v vsaki vrsti)		nikoli	včasih	mese- čno	teden- sko	dnevno	ne vem
y.	Iskanje napak pri vašem delu.	1	2	3	4	5	8
z.	Močno pretirana delovna obremenitev.	1	2	3	4	5	8
ž.	Premestitev na drugo delovno mesto ali v drug delovni prostor, proti vaši volji.	1	2	3	4	5	8

- M2** Trpinčenje oz. psihično nasilje na delovnem mestu opredeljujemo kot ponavljajočo se izpostavljenost negativnim dejanjem ene ali več oseb, pri čemer se žrtve trpinčenja težko branijo pred takšnimi dejanji. Enkratnih incidentov torej ne štejemo za trpinčenje oz. psihično nasilje na delovnem mestu.

Prosim, da glede na zgornjo opredelitev odgovorite, ali ste bili v zadnjih šestih mesecih izpostavljeni trpinčenju oz. psihičnemu nasilju na delovnem mestu?

1	ne	→ PRESKOK NA M7
2	da, zelo redko	
3	da, občasno	
4	da, večkrat ne mesec	
5	da, večkrat na teden	
6	da, skoraj vsak dan	
8	ne vem	

- M3** Kdaj se je trpinčenje oz. psihično nasilje na delovnem mestu začelo?

1	v zadnjih šestih mesecih
2	pred 6 do 12 meseci
3	pred 1 do 2 letoma
4	pred več kot dvema letoma
8	ne vem

- M4** Koliko ljudi vas je trpinčilo oz. izpostavljalo psihičnemu nasilju?

	Število moških: _____
	Število žensk: _____
88	ne vem

- M5** Kdo vas je trpinčil oz. izpostavljaval psihičnemu nasilju in kako pogosto?

(en odgovor v vsaki vrsti)		nikoli	včasih	mese- čno	teden- sko	dnevno	ne vem
a.	nadrejeni ali srednji oz. višji menedžerji/-ke	1	2	3	4	5	8
b.	kolega/-ica oz. kolegi/-ice	1	2	3	4	5	8
c.	podrejeni	1	2	3	4	5	8
d.	stranka/-e, študent/-ka oz. študenti/-ke	1	2	3	4	5	8



M6 Koliko oseb v vašem delovnem okolju je bilo trpinčenih oz. izpostavljenih psihičnemu nasilju?

1	samo vi
2	vi in več drugih sodelavcev / sodelavk
3	večina v vaši delovni skupini
8	ne vem

M7 Ste opazili ali bili priča trpinčenju oz. psihičnemu nasilju v vašem delovnem okolju v zadnjih šestih mesecih?

1	ne, nikoli
2	da, vendar redko
3	da, občasno
4	da, pogosto
8	ne vem

M8 Ste bili žrtev trpinčenja oz. psihičnega nasilja na delovnem mestu kadarkoli v zadnjih petih letih?

1	da
2	ne
8	ne vem

M9 Ste bili priča trpinčenju oz. psihičnemu nasilju v vašem delovnem okolju kadarkoli v zadnjih petih letih?

1	da
2	ne
8	ne vem

Priloga 3: Nezaželeno vedenje na delovnem mestu (Lobnikar, 2017)

V nadaljevanju je seznam nekaterih vedenj, ki jih lahko zaznamo na delovnem mestu. Ocenite, v kolikšni meri ta

vedenja negativno vplivajo ali pa ne vplivajo negativno na posameznikovo učinkovitost in posledično na organizacijsko učinkovitost. Uporabite lestvico od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni, da vedenje sploh ne vpliva negativno, 5 pa, da vedenje zelo močno negativno vpliva na učinkovitost.

Sploh ne vpliva negativno 1 2 3 4 5 *močno negativno vpliva*

1. Namigovanje na spolnost (s pogledi, mimiko, humorjem, komentarji ipd.).	1	2	3	4	5
2. Izpostavljenost vizualni spolni vsebini (npr. koledarji, prek e-pošte ipd.).	1	2	3	4	5
3. Neposredni fizični stik kot na primer otipavanje, prijemanje, ipd.	1	2	3	4	5
4. Zmerjanje in vpitje na zaposlenega.	1	2	3	4	5
5. Prekinjanje oz. jemanje besede med govorom.	1	2	3	4	5
6. Jasno z grobimi gestami nakazati nestrinjanje z zaposlenim.	1	2	3	4	5
7. Občasno šaljenje (oponašanje) na račun delavčevih fizičnih ali psihičnih hib.	1	2	3	4	5
8. Slabše ocenjevanje delavčeve uspešnosti pri delu, kadar se podrejeni ne strinja z vodjo.	1	2	3	4	5
9. Zahtevati od zaposlenega tudi tiste podatke, ki se ne nanašajo direktno na delo (npr. poslovna skrivnost drugega podjetja).	1	2	3	4	5
10. Prilaščanje dobrih zamisli zaposlenega.	1	2	3	4	5
11. Izpostavljanje nevarnemu/fizično prezahtevnemu delu.	1	2	3	4	5
12. Lažje oblike fizičnega obravnavanja zaposlenega (npr. žuganje, vdiranje v osebni telesni prostor, odiranje, udarci, prerivanje, trden prijem, surove kretnje ipd.).	1	2	3	4	5
13. Določitev kdaj lahko zaposleni koristijo letni dopust.	1	2	3	4	5
14. Širjenje slabega mnenja o zaposlenem.	1	2	3	4	5
15. Slabše obravnavati zaposlenega, ki pogosto koristi bolniške dopuste.	1	2	3	4	5

16. Pričakovati od zaposlenega, da lastna prepričanja (poslovna in zasebna) podredi prepričanjem svojega vodje.	1	2	3	4	5
17. Neprimerno vedenje vodje (žalitev, nespoštljivost, nesramnost ipd.) do zaposlenega.	1	2	3	4	5
18. Zahteva po opravljanju poniževalnih nalog (počistiti delovni prostor ipd.) od zaposlenega.	1	2	3	4	5
19. Določanje delovnih nalog, ki so pod nivojem sposobnosti zaposlenega.	1	2	3	4	5
20. Določitev delovnih nalog, ki so po mnenju zaposlenega nesmiselne.	1	2	3	4	5
21. Določanje delovnih nalog, ki ne izhajajo iz opisa del in nalog.	1	2	3	4	5
22. Zadrževanje pomembnih informacij, ki vplivajo na delovno uspešnost zaposlenega.	1	2	3	4	5
23. Določanje nalog, ki ne spadajo v delovno obveznost zaposlenega (npr. opravljanje zasebnih opravkov za vodjo ali za druge).	1	2	3	4	5
24. Oviranje pri delu kot je brisanje pošte, tekstov, vdor v računalnik, izgubljanje pomembnih stvari, namerno povzročanje škode ali nepotrebnih stroškov zaposlenemu.	1	2	3	4	5
25. Dajanje nejasnih pripomb na delo zaposlenega.	1	2	3	4	5
26. Neprimerni nasveti (npr. naročiti zaposlenemu, naj dela manj kot je sposoben ipd).	1	2	3	4	5
27. Prelaganje dela vodje na zaposlenega..	1	2	3	4	5
28. Delo preko polnega delovnega časa brez nadomestila.	1	2	3	4	5
29. Nespoštovanje skupne lastnine.	1	2	3	4	5
30. Nepravična ocena delovnih dosežkov delavca (naprimer, če se delavec zameri vodji ali mu nasprotuje ipd).	1	2	3	4	5
31. Osamitev zaposlenega (dislokacija, prepoved druženja z drugimi delavci, prepoved sodelovanja ipd.)	1	2	3	4	5
32. Namerno izključevanje iz delovnega procesa (delavec ne dobi delovnih zadolžitev) .	1	2	3	4	5
33. Nepriznavanje opravljenega dela oziroma nepravično ocenjevanje delovnih dosežkov.	1	2	3	4	5
34. Molk vodje kot reakcija na vprašanje, predlog, nasvet ipd.	1	2	3	4	5
35. Izogibanje zaposlenim kot sredstvo pritiska na zaposlenega.	1	2	3	4	5



36. Zamujanje na sestanke, neupoštevanjem predlogov zaposlenih ipd.	1	2	3	4	5
37. Določitev več dela, kot ga je zaposlen sposoben opraviti.	1	2	3	4	5
38. Intenziven nadzor in iskanje napak pri delu zaposlenega.	1	2	3	4	5
39. Grožnja zaposlenemu (da mu bodo odredili delo preko polnega delovnega časa, premestitev na nižje delovno mesto ipd.).	1	2	3	4	5
40. Zahteva, da nekdo opravi nerealne ali neizvedljive naloge.	1	2	3	4	5
41. Namig zaposlenemu, da bi bilo bolje, če bi se upokojil/dal odpoved oz. prosil za premestitev.	1	2	3	4	5
42. Ignorirati zaposlenega v določeni družabni situaciji (npr. na zabavi, pri športnih aktivnostih ipd.).	1	2	3	4	5
43. Pošiljanje žaljive pošte, telefonskih klicev, SMS sporočil ali elektronske pošte.	1	2	3	4	5
44. Širjenje žaljivih in grobih opazk o zaposlenem, njegovih stališčih ali zasebnem življenju.	1	2	3	4	5
45. Druga omejevanja pri delu (možnosti komuniciranja, odvzem pooblastil, onemogočanje izražanja mnenja ipd.).	1	2	3	4	5

Priloga 4: NAQ vprašalnik (Lobnikar, 2003)

Pri delu se zaposleni srečujejo tudi z neprijetnimi situacijami oz. imajo neprijetne izkušnje. V nadaljevanju so opisana nekatera takšna vedenja, vas pa prosimo, da pri vsakem vedenju ocenite štiri stvari. Označite, kako pogosto ste v ZADNJIH ŠESTIH MESECIH na delovnem mestu (a) doživeli katero od vedenj, (b) ste videli katero od vedenj, (c) ste se sami tako vedli in (d) kako pomembno se vam zdi opisano vedenje. Pri vsaki trditvi obkrožite eno številko, in sicer za vsa štiri področja. Pri tem uporabite naslednje lestvice:

	KOLIKOKRAT STE KOLIKOKRAT DOŽIVELI? STE SE TAKO VEDLI?	KOLIKOKRAT STE VIDELI?	KAKO POMEMBNO SE VAM ZDI?
	1 – nikoli 2 – vsaj enkrat v šestih mesecih 3 – vsaj enkrat mesečno 4 – vsaj enkrat tedensko 5 – skoraj vsak dan		1 – sploh ni pomembno 2 – ni pomembno 3 – niti / niti 4 – pomembno 5 – zelo pomembno
a1. Zadrževanje pomembnih informacij, ki vplivajo na delovno uspešnost.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a2. Nezaželeno fizično spolno nadlegovanje (otipavanje, prijemanje, ipd.).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a3. Zasmehovanje zaradi tega, kar nekdo dela.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a4. Naročiti nekomu, naj dela manj, kot je dejansko sposoben.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a5. Odvzeti delavcu pomembne naloge in zadolžitve ter mu odredili druge nepomembne naloge.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a6. Širjenje govoric o nekomu.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5



a7.	Izključevanje, ignoriranje pri aktivnostih, povezanih z delom.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a8.	Širjenje žaljivih in grobih opazke o posamezniku, njegovih stališčih ali zasebnem življenju	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a9.	Vpiti na posameznika, ga izpostavljati spontani jezi ali besu.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a10.	Izpostavljanje posameznika zastraševalnemu vedenju, kot je npr. žuganje, vdiranje v osebni telesni prostor, odiranje ...).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a11.	Namigniti posamezniku, da bi bilo bolje, če bi dal odpoved oz. prosil za premestitev	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a12.	Groziti nekomu z nasiljem ali telesnim napadom.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a13.	Nenehno nekoga opozarjati na napake in zmote.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a14.	Izogibanje, ignoriranje posameznika v določeni družabni situaciji (npr. zabava, športne aktivnosti ipd.)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a15.	Neprestano kritizirati delo in delovne napore posameznika.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a16.	Ignorirati predloge in mnenja posameznika.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a17.	Nezaželeno spolno nadlegovanje – od posameznika zahtevati spolne aktivnosti.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5



a18.	Dobival sem žaljivo pošto, telefonske klice, SMS sporočila ali elektronsko pošto.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a19.	Bil sem izpostavljen situacijam, v katerih so se drugi norčevali iz mene.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a20.	Doživel sem verbalno (besedno) nezaželeno spolno nadlegovanje (pripombe glede mojega izgleda, spolno obarvani komentarji ipd.).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a21.	Od mene so zahtevali, da opravljam delo, ki sploh ne spada v delovno obveznost oz. med delovne naloge (npr. opravljanje zasebnih opravkov za druge).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a22.	Od mene so zahtevali, da opravi nerealne ali neizvedljive naloge oz. da opravi nalogo v neizvedljivem časovnem roku.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a23.	Sodelavec me je trdo prijel, fizično odrinil oz. udaril.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a24.	Obrekovali so me.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a25.	Pretirano so nadzorovali moje delo.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a26.	Obrekovali so me, da sem istospolno usmerjen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
a27.	Nadrejeni me je trdo prijel, fizično odrinil oz. udaril.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Priloga 5: Workplace violence program checklist) (OSHA, 2004)



Appendix A: Workplace Violence Program Checklists

Reprinted with permission of the American Nurses Association,
Promoting Safe Work Environments for Nurses, 2002.

Checklist 1:

Organizational Assessment Questions Regarding Management Commitment and Employee Involvement

- Is there demonstrated organizational concern for employee emotional and physical safety and health as well as that of the patients?
- Is there a written workplace violence prevention program in your facility?
- Did front-line workers as well as management participate in developing the plan?
- Is there someone clearly responsible for the violence prevention program to ensure that all managers, supervisors, and employees understand their obligations?
- Do those responsible have sufficient authority and resources to take all action necessary to ensure worker safety?
- Does the violence prevention program address the kinds of violent incidents that are occurring in your facility?
- Does the program provide for post-assault medical treatment and psychological counseling for health-care workers who experience or witness assaults or violence incidents?
- Is there a system to notify employees promptly about specific workplace security hazards or threats that are made? Are employees aware of this system?
- Is there a system for employees to inform management about workplace security hazards or threats without fear of reprisal? Are employees aware of this system?
- Is there a system for employees to promptly report violent incidents, "near misses," threats, and verbal assaults without fear of reprisal?
- Is there tracking, trending, and regular reporting on violent incidents through the safety committee?

- Are front-line workers included as regular members and participants in the safety committee as well as violence tracking activities?
- Does the tracking and reporting capture all types of violence—fatalities, physical assaults, harassment, aggressive behavior, threats, verbal abuse, and sexual assaults?
- Does the tracking and reporting system use the latest categories of violence so data can be compared?
- Have the high-risk locations or jobs with the greatest risk of violence as well as the processes and procedures that put employees at risk been identified?
- Is there a root-cause analysis of the risk factors associated with individual violent incidents so that current response systems can be addressed and hazards can be eliminated and corrected?
- Are employees consulted about what corrective actions need to be taken for single incidents or surveyed about violence concerns in general?
- Is there follow-up of employees involved in or witnessing violent incidents to assure that appropriate medical treatment and counseling have been provided?
- Has a process for reporting violent incidents within the facility to the police or requesting police assistance been established?

Identifying Risks for Violence by Unit/Work Area

Perform a step-by-step review of each work area to identify specific places and times that violent incidents are occurring and the risk factors that are present. To ensure multiple perspectives, it is best for a team to perform this worksite analysis. Key members of the analysis team should be front-line health care workers, including nurses from each specialty unit, as well as the facility's safety and security professionals.

Find Out What's Happening on Paper

The first step in this worksite analysis is to obtain and review data that tells the “who, what, when, where and why” about violent incidents. These sources include:

- Incident report forms
- Workers' compensation reports of injury

-
- OSHA 300 injury and illness logs
 - Security logs
 - Reports to police
 - Safety committee reports
 - Hazard inspection reports
 - Staff termination records
 - Union complaints

Using this information, attempt to answer the questions in Checklist 2.

Checklist 2:

Analyze Workplace Violence Records

- How many incidents occurred in the last 2 years?
- What kinds of incidents occurred most often (assault, threats, robbery, vandalism, etc.)?
- Where did incidents most often occur?
- When did incidents most often occur (day of week, shift, time, etc.)?
- What job task was usually being performed when an incident occurred?
- Which workers were victimized most often (gender, age, job classification, etc.)?
- What type of weapon was used most often?
- Are there any similarities among the assailants?
- What other incidents, if any, are you aware of that are not included in the records?
- Of those incidents you reviewed, which one or two were most serious?

Use the data collected to stimulate the following discussions:

- Are there any important patterns or trends among the incidents?
- What do you believe were the main factors contributing to violence in your workplace?

- What additional corrective measures would you recommend to reduce or eliminate the problems you identified?

Conduct a Walkthrough

It is important to keep in mind that injuries from violence are often not reported. One of the best ways to observe what is really going on is to conduct a workplace walkthrough.

A walkthrough, which is really a workplace inspection, is the first step in identifying violence risk factors and serves several important functions. While on a walkthrough, hazards can be recognized and often corrected before anyone's health and safety is affected.

While inspecting for workplace violence risk factors, review the physical facility and note the presence or absence of security measures. Local police may also be able to conduct a security audit or provide information about experience with crime in the area.

Ask the Workers

A simple survey can provide valuable information often not found in department walkthroughs and injury logs. Some staff may not report violent acts or threatening situations formally but will share the experiences and suggestions anonymously. This can provide information about previously unnoticed deficiencies or failures in work practices or administrative controls. It also can help increase employee awareness about dangerous conditions and encourage them to become involved in prevention activities.

Types of questions that employees should be asked include:

- What do they see as risk factors for violence?
 - The most important risk factors in their work areas
 - Aspects of the physical environment that contribute to violence
 - Dangerous situations or "near misses" experienced
 - Assault experiences—past year, entire time at facility
 - Staffing adequacy
- How are current control measures working?
 - Hospital practices for handling conflict among staff and patients
 - Effectiveness of response to violent incidents

-
- How safe they feel in the current environment
 - What ideas do employees have to protect workers?
 - Highest priorities in violence prevention
 - Ideas for improvements and prevention measures
 - How satisfied are they in their jobs?
 - With managers/fellow workers
 - Adequacy of rewards and praise
 - Impact on health

Checklist 3:

Identifying Environmental Risk Factors for Violence

Use the following checklist to assist in your workplace walkthrough.

General questions about approach:

- Are safety and security issues specifically considered in the early stages of facility design, construction, and renovation?
- Does the current violence prevention program provide a way to select and implement controls based on the specific risks identified in the workplace security analysis? How does this process occur?

Specific questions about the environment:

- Do crime patterns in the neighborhood influence safety in the facility?
- Do workers feel safe walking to and from the workplace?
- Are entrances visible to security personnel and are they well lit and free of hiding places?
- Is there adequate security in parking or public transit waiting areas?
- Is public access to the building controlled, and is this system effective?
- Can exit doors be opened only from the inside to prevent unauthorized entry?

- Is there an internal phone system to activate emergency assistance?
- Have alarm systems or panic buttons been installed in high-risk areas?
- Given the history of violence at the facility, is a metal detector appropriate in some entry areas? Closed-circuit TV in high-risk areas?
- Is there good lighting?
- Are fire exits and escape routes clearly marked?
- Are reception and work areas designed to prevent unauthorized entry? Do they provide staff good visibility of patients and visitors? If not, are there other provisions such as security cameras or mirrors?
- Are patient or client areas designed to minimize stress, including minimizing noise?
- Are drugs, equipment, and supplies adequately secured?
- Is there a secure place for employees to store their belongings?
- Are “safe rooms” available for staff use during emergencies?
- Are door locks in patient rooms appropriate? Can they be opened during an emergency?
- Do counseling or patient care rooms have two exits, and is furniture arranged to prevent employees from becoming trapped?
- Are lockable and secure bathrooms that are separate from patient-client and visitor facilities available for staff members?

Checklist 4:

Assessing the Influence of Day-to-Day Work Practices on Occurrences of Violence

- Are identification tags required for both employees and visitors to the building?
- Is there a way to identify patients with a history of violence? Are contingency plans put in place for these patients—such as restricting visitors and supervising their movement through the facility?
- Are emergency phone numbers and procedures posted or readily available?

-
- Are there trained security personnel accessible to workers in a timely manner?
 - Are waiting times for patients kept as short as possible to avoid frustration?
 - Is there adequate and qualified staffing at all times, particularly during patient transfers, emergency responses, mealtimes, and at night?
 - Are employees prohibited from entering seclusion rooms alone or working alone in emergency areas of walk-in clinics, particularly at night or when assistance is unavailable?
 - Are broken windows, doors, locks, and lights replaced promptly?
 - Are security alarms and devices tested regularly?

Checklist 5:

Post-Incident Response

- Is comprehensive treatment provided to victimized employees as well as those who may be traumatized by witnessing a workplace violence incident? Required services may include trauma-crisis counseling, critical incident stress debriefing, psychological counseling services, peer counseling, and support groups.

Checklist 6:

Assessing Employee and Supervisor Training

- Does the violence prevention program require training for all employees and supervisors when they are hired and when job responsibilities change?
- Do agency workers or contract physicians and house staff receive the same training that permanent staff receive?
- Are workers trained in how to handle difficult clients or patients?
- Does the security staff receive specialized training for the health-care environment?
- Is the training tailored to specific units, patient populations, and job tasks, including any tasks done in the field?
- Do employees learn progressive behavior control methods and safe methods to apply restraints?

-
- Do workers believe that the training is effective in handling escalating violence or violent incidents?
 - Are drills conducted to test the response of health-care facility personnel?
 - Are workers trained in how to report violent incidents, threats, or abuse and obtain medical care, counseling, workers' compensation, or legal assistance after a violent episode or injury?
 - Are employees and supervisors trained to behave compassionately toward coworkers when an incident occurs?
 - Does the training include instruction about the location and operation of safety devices such as alarm systems, along with the required maintenance schedules and procedures?

Checklist 7:

Recordkeeping and Evaluation

Does the violence prevention program provide for:

- Up-to-date recording in the OSHA Log of Work-Related Injury and Illness (OSHA 300)?
- Records of all incidents involving assault, harassment, aggressive behavior, abuse, and verbal attack with attention to maintaining appropriate confidentiality of the records?
- Training records?
- Workplace walkthrough and security inspection records?
- Keeping records of control measures instituted in response to inspections, complaints, or violent incidents?
- A system for regular evaluation of engineering, administrative, and work practice controls to see if they are working well?
- A system for regular review of individual reports and trending and analysis of all incidents?
- Employee surveys regarding the effectiveness of control measures instituted?
- Discussions with employees who are involved in hostile situations to ask about the quality of post-incident treatment they received?
- A provision for an outside audit or consultation of the violence programs for recommendations on improving safety?

Priloga 6: Poročilo o incidenci nasilja (ang. Violence incidence report) (OSHA, 2004)

Appendix B Violence Incident Report Forms

Sample 1

The following items serve merely as an example of what might be used or modified by employers in these industries to help prevent workplace violence. (Sample/Draft—Adapt to your own location and business circumstances.)

Confidential Incident Report

To: _____ Date of Incident: _____

Location of Incident (Map/sketch on reverse side or attached): _____

From: _____ Phone: _____ Time of Incident: _____

Nature of the Incident ("X" all applicable boxes):

Assaults or Violent Acts: _____ Type "1" _____ Type "2" _____ Type "3" _____ Other

Preventative or Warning Report

Bomb or Terrorist Type Threat Yes No

Transportation Accident Contacts with Objects or Equipment

Falls Exposures Fires or Explosions Other

Legal Counsel Advised of Incident? Yes No EAP Advised? Yes No

Warning or Preventative Measures? Yes No

Number of Persons Affected: _____

(For each person, complete a report; however, to the extent facts are duplicative, any person's report may incorporate another person's report.)

Name of Affected Person(s): _____ Service Date: _____

Position: _____ Member of Labor Organization? Yes No

Supervisor: _____ Has Supervisor Been Notified? Yes No

Family: _____ Has Been Notified by: _____? Yes No

Lost Work Time? Yes No Anticipated Return to Work: _____

Third parties or non-employee involvement (include contractor and lease employees, visitors, vendors, customers)? Yes No

Nature of the Incident

Briefly describe: (1) event(s); (2) witnesses with addresses and status included; (3) location details; (4) equipment/weapon details; (5) weather; (6) other records of the incident (e.g., police report, recordings, videos); (7) the ability to observe and reliability of witnesses; (8) were the parties possibly impaired because of illness, injury, drugs or alcohol? (were tests taken to verify same?); (9) parties notified internally (employee relations, medical, legal, operations, etc.) and externally (police, fire, ambulance, EAP, family, etc.).

Previous or Related Incidents of This Type? Yes No

Or by This Person? Yes No Preventative Steps? Yes No

OSHA Log or Other OSHA Action Required? Yes No

Incident Response Team: _____

Team Leader: _____

Signature

Date

Source: Reprinted with permission of Karen Smith Keinbaum, Esq., Counsel to the Law Firm of Abbott, Nicholson, Quilter, Esshaki & Youngblood, P.C., Detroit, MI.



Sample 2

The following items serve merely as an example of what might be used or modified by employers in these industries to help prevent workplace violence.

A reportable violent incident should be defined as any threatening remark or overt act of physical violence against a person(s) or property whether reported or observed.

1. Date: _____ Day of Week: _____ Time: _____ Assailant: Female Male

2. Specific Location: _____

3. Violence Directed Toward: Patient Staff Visitor Other
Assailant: Patient Staff Visitor Other

Assailant's Name: _____

Assailant: Unarmed Armed (weapon)

4. Predisposing Factors:

Intoxication Dissatisfied with Care/Waiting Time
 Grief Reaction Prior History of Violence
 Gang Related Other (Describe) _____

5. Description of Incident: Physical Abuse Verbal Abuse Other

6. Injuries: Yes No

7. Extent of Injuries: _____

8. Detailed Description of the Incident: _____

9. Did Any Person Leave the Area because of Incident?

Yes No Unable to Determine

10. Present at Time of Incident:

Police Name of Department: _____

Hospital Security Officer

11. Needed to Call:

Police Name of Department: _____

Hospital Security

12. Termination of Incident:

Incident Diffused Yes No Police Notified Yes No

Assailant Arrested Yes No

13. Disposition of Assailant:

Stayed on Premises Escorted off Premises Left on Own Other

14. Restraints Used: Yes No Type: _____

15. Report Completed By: _____ Title: _____

Witnesses: _____

Supervisor Notified: _____ Time: _____

Please put additional comments, according to numbered section, on reverse side of form.

Source: Reprinted with permission of the Metropolitan Chicago Healthcare Council, *Guidelines for Dealing with Violence in Health Care*, Chicago, IL, 1995.

Priloga 7: Organizacijska samoocena (ang. Organisational self-assessment) (A handbook for workplaces, 2008)



Tool 01 – Organisational self-assessment

Organisational structures, governance and processes
This template looks at the generic organisational structures that are in place to support occupational health and safety activities.

	Yes	No	N/A	Comments
Our organisation has an occupational health and safety (OHS) committee.				
Our OHS committee has current terms of reference that are reviewed every three years.				
The terms of reference reflect reporting/communication requirements and processes to executive and board/committee of management levels.				
Our documentation reflects a consultative and cooperative approach to OHS.				
Policies and procedures are consistent with current legislative and statutory requirements.				
Policies and procedures are reviewed every three years.				
Our health and safety representatives (HSRs) have received the training required to fulfil their roles within the organisation.				
Our policies and procedures support staff in implementing the aggression prevention and management policy of our organisation.				
Our organisation has a documented client charter/bill of rights.				
Our organisation client charter includes 'client responsibilities'.				



Tool 01 – Organisational self-assessment (cont)

Policy content				
This template provides an opportunity to review policy content related to aggression prevention and management of client-initiated occupational aggression and violence.				
	Yes	No	N/A	Comments
Our organisation has a formal written aggression prevention and management policy for the prevention of occupational aggression and violence.				
The policy:				
<ul style="list-style-type: none"> applies to all staff acknowledges the employer's responsibility to provide a work environment free from risk of aggression and violence includes a clear statement that staff should not tolerate, or put themselves at risk of exposure to, aggression or violence includes a statement about identification of risk factors associated with aggression and violence states provision of training for all staff who have contact with the general public, appropriate to their identified level of exposure and risk requests all incidents, 'near misses' and threats of aggression and violence are reported. 				



Tool 01 – Organisational self-assessment (cont)

Policies and procedures that support staff in client management				
This template provides an opportunity to review policies and procedures related to client-initiated occupational aggression and violence.				
	Yes	No	N/A	Comments
There are easy-to-see and accessible public displays that advise clients this is a 'violence-free' workplace.				
Our organisation has an incident/aggression/security response team.				
Our organisation has security staff.				
Written policies and procedures for staged client warning notices, treatment contracts and refusal of treatment have been reviewed in the past three years.				
Requesting security assistance:				
Our organisation has a written procedure for requesting assistance from security staff that identifies situations that could require assistance and communication channels when assistance is required.				
Requesting police assistance:				
Our organisation has a written procedure for requesting assistance from police that identifies situations that could require assistance and communication channels when assistance is required.				
The procedure has been written in consultation with local police.				
There is an organisational procedure for reporting aggressive or violent incidents to the police.				



Tool 01 – Organisational self-assessment (cont)

Policies and procedures that support staff in client management (cont)

	Yes	No	N/A	Comments
Physical and chemical restraint and seclusion.				
Our organisation has documented policies and procedures on restraint and seclusion of clients.				
The documents include:				
<ul style="list-style-type: none"> the use of defusing/de-escalation techniques as preventative measures in the first instance how to access additional support if situations continue to escalate responsibility and accountability for the decision to physically restrain a client responsibility and accountability for the decision to chemically restrain a client 				
The documented procedures reflect actual resource availability for client restraint.				
The client seclusion policy and procedure are compliant with legislative requirements.				
The seclusion procedures reflect actual resource availability for safe client care.				



Tool 01 – Organisational self-assessment (cont)

Documentation, reporting and investigation This template provides an opportunity to review documentation and reporting and investigation processes following an incident or 'near miss'.				
	Yes	No	N/A	Comments
Our organisation has a system for reporting incidents of aggression and violence.				
Staff are aware of their obligation to formally report incidents of aggression or violence (e.g. at orientation or unit meetings).				
All incidents of aggression and violence are reported within 12 hours of occurring.				
Our system for reporting incidents is accessible to all staff.				
Our system captures the following information:				
• type of incident				
• date and time of incident				
• site of incident				
• people involved in the incident				
• outcome of incident				
• injury to staff member				
• injury to client				
• mitigating circumstances.				
All incidents of aggression or violence are systematically investigated to identify:				
• clinical contributing factors				
• workplace design contributing factors				
• work practice contributing factors.				



Tool 01 – Organisational self-assessment (cont)

Documentation, reporting and investigation (cont)				
	Yes	No	N/A	Comments
<ul style="list-style-type: none"> equipment failure, maintenance, requirements that may have contributed 				
<ul style="list-style-type: none"> human resource contributing factors 				
<ul style="list-style-type: none"> personnel involved in the incident (to ensure they receive support and have an opportunity to be consulted) 				
<ul style="list-style-type: none"> previously unidentified risks or hazards. 				
Comprehensive reports of incident data are tabled at relevant meetings.				
Outcomes of investigations are made known to the staff involved and health and safety representatives (HSRs).				
Summaries include:				
<ul style="list-style-type: none"> follow-up risk assessments 				
<ul style="list-style-type: none"> recommendations for control measures 				
<ul style="list-style-type: none"> any other recommendations. 				
Data associated with all incidents is maintained to enable analysis, tracking and identification of trends over time.				



Tool 01 – Organisational self-assessment (cont)

Human resource management and development

This template provides an opportunity to review human resource management and development processes related to client-initiated aggression and violence.

	Yes	No	N/A	Comments
Our organisation has a documented code of conduct for employees.				
All position descriptions refer to an employee's obligation in relation to OHS.				
There is a process for determining staffing levels in known high-risk areas of the organisation.				
All areas have appropriately qualified and experienced staff available/rostered to cover all hours of operation.				
The mix of casual/agency staff on duty is balanced by permanent staff known to the clients.				
There is capacity to rotate staff into alternate duties to reduce exposure to aggression.				
Our organisation has procedures in place to provide staff with backup and support when working alone or in isolation.				
Support is offered to staff following a serious/critical incident:				
<ul style="list-style-type: none"> • in the immediate aftermath of an incident • within 24 hours of an incident • one week after an incident. 				
Support is offered and provided with respect for individual needs and personal support mechanisms.				
Our organisation has access to skilled debriefing personnel/services.				



Tool 01 – Organisational self-assessment (cont)

Human resource management and development (cont)				
	Yes	No	N/A	Comments
Our organisation has an employee assistance program (EAP) available to all employees.				
Our staff are guided through all WorkSafe processes by experienced staff.				
In the event of a WorkSafe claim being accepted and processed staff are supported in the development of a return to work (RTW) program that aligns with input from health professionals involved in their care, treatment and management.				
Informal debriefing and peer support are available on an ongoing basis.				
Staff are encouraged to and supported in reporting incidents of aggression.				
Support is offered to staff through police and legal processes following incidents of aggression or violence.				
OHS education is provided to all new employees during orientation and induction to the organisation.				
Our organisation has/accesses a tiered education and training program related to aggression prevention and management.				
Staff who receive skill-based training are provided with updates for skill maintenance on an annual basis.				
Emergency response team (ERT) members are provided with opportunities for skill maintenance with other team members at least every six months.				
ERT members are provided with updates on education and training annually.				



Tool 01 – Organisational self-assessment (cont)

Hazard identification, risk assessment and management				
This template provides an opportunity to review hazard identification, risk assessment and management processes related to identified aggression and violence.				
	Yes	No	N/A	Comments
Our organisation has a formal documented process for reporting risks/hazards.				
Any member of staff is able to report a risk/hazard.				
Identified risks/hazards are formally assessed and documented by appropriately trained and/or experienced people.				
Documented risk assessments include possible control measures to eliminate or minimise risks as far as reasonably practicable.				
Control measures are introduced proportionate to the identified risk.				
Control measures are reviewed within three months, or sooner, to evaluate their effectiveness.				
Identified risks/hazards and assessments are reported at OHS meetings.				
Reviews are conducted following an incident of aggression or violence to identify hazards that had not previously been identified.				
Reviews of the working environment are conducted following a significant change in function.				
Reviews lead to:				
<ul style="list-style-type: none"> further risk assessments when a hazard is identified implementation of risk controls to prevent injury or recurrence of an incident changes to the working environment new/changes to existing work practices updates or development of new written procedures. 				



Tool 01 – Organisational self-assessment (cont)

Measurement and evaluation

This template provides an opportunity to review measurement and evaluation processes related to client-initiated aggression and violence.

	Yes	No	N/A	Comments
Reports received at OHS committee meetings relate to:				
• security breaches				
• aggressive/violent incidents				
• injuries to staff and clients				
• hazard reports				
• risk assessments				
• control measure implementation/action				
• control measure reviews/outcomes				
• recommendations for further actions				
• review of policies, procedures and work practices.				
Minutes of meetings reflect responsibility and accountability for further actions.				
Executive/board of management meeting minutes reflect:				
• WorkSafe insurance premiums are monitored six monthly				
• WorkSafe claims are reported quarterly.				
• Impacts of the implementation of control measures.				

Priloga 8: Anketa za zaposlene (ang. Staff survey) (A handbook for workplaces, 2008)

Tool
02

Staff survey

Staff survey – aggression and violence

We are committed to maintaining the health and safety of all of our staff. This confidential survey will be used to help us identify occupational aggression and violence risks within our work environment and develop prevention strategies.

Please take a few minutes to complete the survey and return it to _____ by ____/____/____

The results of the survey will be provided to _____ on ____/____/____

General information

Ward/work unit/division _____	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>			
Age range (years):	< 30 <input type="checkbox"/>	30–39 <input type="checkbox"/>	40–49 <input type="checkbox"/>	50–59 <input type="checkbox"/>	> 60 <input type="checkbox"/>
Occupational group, please tick one of the following:					
Allied health professional	<input type="checkbox"/>	Clerical/administration	<input type="checkbox"/>		
Nurse	<input type="checkbox"/>	Environmental/food services	<input type="checkbox"/>		
Medical	<input type="checkbox"/>	Other (please specify)	<input type="checkbox"/>		
Clinical assistant	<input type="checkbox"/>	_____			
Coordination	<input type="checkbox"/>				
Years of experience:	< 5 <input type="checkbox"/>	5–10 <input type="checkbox"/>	11–20 <input type="checkbox"/>	20–30 <input type="checkbox"/>	> 30 <input type="checkbox"/>

Policies and procedures

	Yes	No	Don't know
Does our organisation have a non-tolerance of violence policy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If 'yes' have you ever seen a copy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there written procedures that deal with aggression and violence in your work area?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If 'yes' have you ever seen a copy of them?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If 'yes' are they easy to follow?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a violence contact person within your work area?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tool 02

Staff survey (cont)

Working environment and systems

	Yes	No
Do you feel safe at work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you been provided with all necessary controls and measures to protect your safety?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you believe you are prepared to manage an aggressive or violent situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you answered 'no' to any of the above please mark the areas you consider require improvement.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lighting | <input type="checkbox"/> Security staff | <input type="checkbox"/> Security devices |
| <input type="checkbox"/> Work/treatment spaces | <input type="checkbox"/> Police liaison | <input type="checkbox"/> Information about devices |
| <input type="checkbox"/> Restricted access | <input type="checkbox"/> Patient/client transfers | <input type="checkbox"/> Incident reporting |
| <input type="checkbox"/> Education and training | <input type="checkbox"/> Communication about client history/behaviours | <input type="checkbox"/> Incident follow-up |

Other (please specify): _____

Incidents, reporting and follow-up

	Yes	No	Don't know
1. Is there a system for accessing additional support if a client becomes aggressive or violent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are you required to report threats of aggression or violence in your work area?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are you required to report actual incidents of aggression or violence in your work area?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you feel you can make reports without fear of reprisal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there a system for reporting threats and incidents of aggression or violence in your work area?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. If 'yes' is it easy to follow?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does the supervisor/manager investigate reports without undue delay?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the supervisor/manager take corrective action without undue delay?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Are all co-workers formally briefed about an aggressive or violent situation before commencing duty or attending to a client?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tool
02

Staff survey (cont)

Incidents, reporting and follow-up (cont)

	Yes	No	Don't know
10. Is there a program to provide support for staff directly and indirectly affected by incidents of workplace aggression and violence?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Are police and other emergency services called immediately after a criminal act occurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barriers to reporting

	Yes	No	Don't know
12. Are there particular obstacles to you formally reporting incidents of aggression or violence?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If 'yes' please tick the barriers for you:

<input type="checkbox"/> Lack of access to reporting forms/mechanisms	<input type="checkbox"/> Time constraints
<input type="checkbox"/> Don't know the process for reporting	<input type="checkbox"/> Lack of feedback/visible change
<input type="checkbox"/> Don't know what constitutes an incident	<input type="checkbox"/> Concern about retribution/blame
<input type="checkbox"/> The reporting form is too complicated	<input type="checkbox"/> Concern about how colleagues will perceive me
<input type="checkbox"/> The reporting tool is geared to clinical incidents	

Other (please specify): _____

Who do you tell and how?

	Verbal	Written
13. Who do you report incidents of aggression or violence to and how do you report it? (Please mark as many boxes as are applicable to you.)		
Line manager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Health and safety representative (HSR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colleague	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OHS staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friend/family member	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other (please specify): _____		



Tool
02

Staff survey (cont)

Education and training

	Yes	No	Don't know
Have you ever attended any of the following, either at work or privately:			
• Customer service training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Communication skills training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Assertiveness training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• OHS training Length of program: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Self-defence training To what level: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aggression prevention and management training Name and length of program: _____ When did you attend? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you ever attended an education or training program that has covered the following topics:			
• Recognising, preventing and dealing with workplace aggression and violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Communication and care strategies to prevent aggression or violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychiatric, behavioural and psychological conditions associated with aggressive or violent behaviours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respectful self-defence measures related to clients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Do you believe you have adequate education and training related to aggression prevention and management for your current position?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there particular barriers to you attending 'in-house' education and training programs that would need to be considered in planning education and training programs related to aggression prevention and management? (Please tick as many boxes as are applicable to you.)			
• Too difficult to take time away from daily duties	<input type="checkbox"/>		
• Inconvenient location	<input type="checkbox"/>		
• Inconvenient time in relation to other work activities	<input type="checkbox"/>		
• Fatigue/'burn out'	<input type="checkbox"/>		
• Lack of support/encouragement to attend	<input type="checkbox"/>		
• Other (please specify): _____			
• Any other comments: _____			
<i>Thank you for your time and input.</i>			

Priloga 9: Kalkulator izpostavljenosti agresiji (ang. Exposure to aggression risk calculator) (A handbook for workplaces, 2008)



Tool T1 – Exposure to aggression – risk calculator (cont)

To complete this tool:

1. Note your work area, position and length of employment.
2. Identify the type/s of aggression you experience in your work from clients/visitors/relatives across the top of the table.
3. Identify how frequently it occurs to you personally from the column on the left.
4. Mark the appropriate box in the matrix.

Work area (e.g. Aged care): _____		Position: (e.g. PSA): _____		Time employed: (e.g. six years): _____				
Risk	Exposure	Extreme aggression	Severe aggression	High aggression extreme threat	Physical aggression	Threat intimidation	Verbal aggression	Minor verbal aggression
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	attack resulting in death attack with weapons	attack resulting in serious injury severe physical attack, including repeated kicking, punching, etc	attack possibly resulting in serious injury physical attack, including kicking, etc specific threat to kill	attack resulting in minor injury pushing, grabbing, scratching, biting	specific threat to harm overtly, physically aggressive	abuse, swearing directed at specific staff non-specific threat	heated disagreement, raised voices
Weekly	E	E	E	E	H	H	M	M
Monthly	E	E	E	E	H	M	M	L
Bi-annually	E	E	E	H	H	M	M	L
Annually	E	E	H	H	M	M	L	L
5 yearly	E	E	H	M	M	L	L	L
20 yearly	H	M	M	M	M	L	L	L
40+ yearly	H	M	M	M	L	L	L	L

L = Low risk – Dealing with difficult customers' session is recommended
M = Medium risk – Level 1 training is recommended
H = High risk – Level 2 training is recommended
E = Extreme risk – Level 3 training is recommended

Priloga 10: Kalkulator tveganja agresije (ang. Aggression risk calculator) (A handbook for workplaces, 2008)



Tool T2 – Aggression risk calculator (cont)

To complete this tool:

1. Note your work area, position and length of employment.
2. On the table identify the type of work you do or the environment you work in from the eight options across the top of the table.
3. Identify the type of client contact you have in your work from the table at the bottom.
4. Mark the appropriate box in the matrix.

Work area: (e.g. Acute): _____	Position: (e.g. Physio): _____	Time employed: (e.g. three years): _____						
Occupational group								
Type/level of client contact	Isolated – secure switchboard	Reception enclosed	Admissions	Triage and reception open	Hands-on care	Hands-on care – mental health	Part-time security	Full-time security
Telephone, physical contact, visitor's/relatives, client handling, restraint and violence issues	L	L	M	H	H	E	E	E
Telephone, physical contact, visitor's/relatives, client handling and restraint	L	L	M	H	H	E	E	E
Telephone, physical contact, visitor's/relatives and client handling	L	L	M	H	H	E		
Telephone, physical contact, visitor's/relatives	L	L	M	H	H	H		
Telephone and physical contact	L	L	M	M				
Telephone and enclosed contact	L	L	L					
Basic telephone response only	L	L						

L = Low risk – Dealing with difficult customer's session is recommended
M = Medium risk – Level 1 training is recommended
H = High risk – Level 2 training is recommended
E = Extreme risk – Level 3 training is recommended

Priloga 11: Anketa o varnosti in kakovosti obravnave bolnika (Gabrovec, Eržen & Lobnikar, 2014; Gabrovec, 2015; Gabrovec & Eržen, 2016; Gabrovec, 2017; Gabrovec, Jelenc, Prisljan & Lobnikar, 2017)

Spoštovani,

Pred vami se nahaja anketa o varnosti in kakovosti obravnave bolnika pri vašem delu. Osredotočena je predvsem na obravnavo obvladovanja izbruha agresije, s katerim se lahko soočite pri vašem delu, vlogo delovne organizacije in izobraževanja. Oddaja ankete in rezultati so anonimni, vaši odgovori zaupne narave, zato vas prosimo, da anketo izpolnite z resničnimi podatki in mnenji.

Dr. Branko Gabrovec

VAŠE DELO IN NASILJE NA DELOVNEM MESTU

1. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z verbalnim nasiljem s strani bolnika? DA NE
2. Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor DA navedite kolikokrat : 1 – 2x 3 – 5x 6 – 9x več kot 10x
3. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z verbalnim nasiljem s strani sodelavcev ali nadrejenih? DA NE
4. Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor DA navedite kolikokrat : 1 – 2x 3 – 5x 6 – 9x več kot 10x
5. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z nezaželenim vedenjem spolne narave s strani bolnika? DA NE
6. Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor DA navedite kolikokrat : 1 – 2x 3 – 5x 6 – 9x več kot 10x
7. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z nezaželenim vedenjem spolne narave s strani sodelavcev ali nadrejenih? DA NE
8. Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor DA navedite kolikokrat : 1 – 2x 3 – 5x 6 – 9x več kot 10x
9. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z fizičnem nasiljem s strani bolnika? DA NE
10. Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor DA navedite kolikokrat : 1 – 2x 3 – 5x 6 – 9x več kot 10x
11. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z fizičnem nasiljem s strani sodelavcev ali nadrejenih? DA NE
12. Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor DA navedite kolikokrat : 1 – 2x 3 – 5x 6 – 9x več kot 10x
13. Ste bili kdajkoli na delovnem mestu poškodovani s strani bolnika? DA NE
14. Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor DA navedite kolikokrat in vrsto poškodbe.....

Prosim, ocenite v kolikšni meri se strinjate z naslednjimi trditvami.

(1.- sploh se ne strinjam, 2. - se ne strinjam, 3. - delno se strinjam, 4. - se strinjam, 5. - zelo se strinjam).

Pri obravnavi agresivnega bolnika se soočate z naslednjimi čustvi in stanji:

	Trditev	Ocena				
15.	Strahom	1	2	3	4	5
16.	Negotovostjo	1	2	3	4	5
17.	Nemočjo	1	2	3	4	5
18.	Neznanjem	1	2	3	4	5
19.	Jezo	1	2	3	4	5
20.	Obupanostjo	1	2	3	4	5
21.	Ogroženostjo	1	2	3	4	5
22.	Nerazumevanjem sodelavcev	1	2	3	4	5
23.	Nerazumevanjem nadrejenih	1	2	3	4	5

DELOVNA ORGANIZACIJA

	Trditev	Ocena				
24.	Pomanjkanje izkušenega osebja negativno vpliva na mojo zmožnost zagotavljanja kvalitetne oskrbe bolnikov.	1	2	3	4	5
25.	Za varno oskrbo bolnikov imam na voljo vsa sredstva.	1	2	3	4	5
26.	Vodstvo delovne organizacije ima jasno predstavo o tveganjih glede oskrbe bolnikov in varnosti osebja.	1	2	3	4	5
27.	Vodstvo delovne organizacije je dobro seznanjeno z vrstami napak, ki se dejansko pojavljajo na področju zagotavljanja varnosti.	1	2	3	4	5
28.	Odločitve o varnosti bolnikov in osebja se sprejemajo na ustrezni ravni najbolj usposobljenih ljudi.	1	2	3	4	5
29.	Vodstvo delovne organizacije skrbi za razmere, ki podpirajo varnost bolnikov in osebja.	1	2	3	4	5
30.	Kadar se obravnavajo spremembe programa, vodstvo delovne organizacije upošteva tudi varnost bolnikov in osebja.	1	2	3	4	5
31.	Varnost zaposlenih in pacientov je največjega pomena v naši organizaciji.	1	2	3	4	5
32.	Delovna organizacija v kateri sem zaposlen/zaposlena, dobro upravlja s tveganji za zagotavljanje bolnikove varnosti.	1	2	3	4	5
33.	Delovna organizacija se odzove na izbruh nasilja.	1	2	3	4	5
34.	Delovna organizacija poskrbi za supervizijo obvladovanja agresivnosti bolnika.	1	2	3	4	5

VPLIV NEKATERIH DEJAVNIKOV NA VARNOST IN KAKOVOST OBRAVNAVE BOLNIKA PRI IZBRUHU AGRESIJE

		Oцена				
Trditev		1	2	3	4	5
35.	Razumevanje med člani v timu vpliva na mojo kakovost dela.	1	2	3	4	5
36.	Osebnostne značilnosti članov tima vplivajo na kakovost dela.	1	2	3	4	5
37.	Konflikti med člani tima vplivajo na varnost in kakovost dela z bolnikom.	1	2	3	4	5
38.	Za kakovostno in varno delo smo dovolj motivirani in nagrajeni.	1	2	3	4	5
39.	Število zaposlenih v vsaki izmeni je zadostno.	1	2	3	4	5
40.	Zadostno število zaposlenih je pogoj za 24 urno detekcijo sprememb in zaznavanje nevarnosti.	1	2	3	4	5
41.	Pri vašem delu se zanašate na »srečo«, da bo vse v redu, da se nič ne bo zgodilo.	1	2	3	4	5
42.	Zaposleni imamo natančna navodila in protokole ravnanja ob izbruhu agresivnosti (kaj storiti, koga poklicati, ipd.)	1	2	3	4	5
43.	O vsakem neljubem dogodku (izbruh agresivnosti, drugi incidenti) se vodi zapisnik.	1	2	3	4	5
44.	Po izbruhu agresije, incidentu, smo deležni timske obravnave in podpore.	1	2	3	4	5
45.	Po izbruhu agresije, incidentu, se sprejmejo sklepi za boljše delo v prihodnje.	1	2	3	4	5

IZOBRAŽEVANJE

		Oцена				
Trditev		1	2	3	4	5
46.	Znanje, s katerim razpolagam, je zadostno za obvladovanje agresivnega bolnika.	1	2	3	4	5
47.	Za varno oskrbo bolnikov so osebju na voljo ustrezna usposabljanja.	1	2	3	4	5
48.	Za varno oskrbo bolnikov so potrebne teoretične delavnice.	1	2	3	4	5
49.	Za varno oskrbo bolnikov so potrebne praktične delavnice.	1	2	3	4	5
50.	Za varno oskrbo bolnikov so potrebne pisne smernice ukrepanja.	1	2	3	4	5
51.	Za varno oskrbo bolnikov je potrebno izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami.	1	2	3	4	5

DEMOGRAFSKI PODATKI

52. Vaš spol. M Ž
_____ let

53. Starost. _____ let

54. Delovne izkušnje.

55. Dosežena stopnja izobrazbe

(1) Srednja

(2) Višja

(3) Visoka

(4) Univerzitetna in več

Hvala za Vaše sodelovanje!

Priloga 12: Anketni vprašalnik o razširjenosti in pogostosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu.

VAŠE DELO IN NASILJE NA DELOVNEM MESTU

Pri svojem delu se zaposleni v zdravstvenih institucijah lahko, ali pa tudi ne, soočajo z različnimi oblikami nezaželenega vedenja. V nadaljevanju smo zapisali nekatere od teh vedenj, vas pa prosimo, da označite, kolikokrat ste se s takšnim vedenjem soočili vi osebno v obdobju zadnjega leta. Svoje odgovore označite tako, da obkrožite enega od možnih odgovorov.

1. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z verbalnim nasiljem S STRANI PACIENTA ALI NJIHOVIH BLIŽNJIH? DA NE

1.a Če ste obkrožili odgovor »DA«, označite, ali ste doživeli katerega od spodaj naštetih oblik verbalnega nasilja S STRANI PACIENTA ALI NJIHOVIH BLIŽNJIH:

- | | | |
|---|----|----|
| a. Prekinjanje oziroma jemanje besede med govorom. | DA | NE |
| b. Norčevanje, neokusne šale, neprimeren sarkazem. | DA | NE |
| c. Posmehovanje, poniževanje, zaničevanje. | DA | NE |
| d. Provokacije z namenom izzvati prepir. | DA | NE |
| e. Izpostavljenost glasnemu zmerjanju, vpitju ali prepiranju. | DA | NE |
| f. Izpostavljenost preklinjanju . | DA | NE |
| g. Obrekovanje, širjenje govoric. | DA | NE |
| h. Ustrahovanje - grožnje z nasiljem in telesnim napadom. | DA | NE |
| i. Ustrahovanje - grožnje s posledicami, ki se bodo zgodile v primeru neizpolnjevanja pričakovanj (na primer grožnje, da vam bodo zagrenili življenje). | DA | NE |
| j. Žaljive pripombe ali žaljivo vedenje v zvezi z rasno, versko ali etnično pripadnostjo. | DA | NE |

1.b Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor »DA«, navedite kolikokrat :

- 1 – 2x
- 3 – 5x
- 6 – 9x
- več kot 10x

2. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z verbalnim nasiljem S STRANI SODELAVCEV ALI NADREJENIH? DA NE

2.a Če ste obkrožili odgovor »DA«, označite, ali ste doživeli katerega od spodaj naštetih oblik verbalnega nasilja S STRANI SODELAVCEV ALI NADREJENIH:

- | | | |
|--|----|----|
| a. Prekinjanje oziroma jemanje besede med govorom. | DA | NE |
|--|----|----|

- | | | |
|---|----|----|
| b. Norčevanje, neokusne šale, neprimeren sarkazem. | DA | NE |
| c. Posmehovanje, poniževanje, zaničevanje. | DA | NE |
| d. Provokacije z namenom izzvati prepir. | DA | NE |
| e. Izpostavljenost glasnemu zmerjanju, vpitju ali prepiranju. | DA | NE |
| f. Izpostavljenost preklinjanju. | DA | NE |
| g. Obrekovanje, širjenje govoric. | DA | NE |
| h. Ustrahovanje - grožnje z nasiljem in telesnim napadom. | DA | NE |
| i. Ustrahovanje - grožnje s posledicami, ki se bodo zgodile v primeru neizpolnjevanja pričakovanj (na primer grožnje, da vam bodo zagrenili življenje). | DA | NE |
| j. Žaljive pripombe ali žaljivo vedenje v zvezi z rasno, versko ali etnično pripadnostjo. | DA | NE |

2.b Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor »DA«, navedite kolikokrat :

- a. 1 – 2x
- b. 3 – 5x
- c. 6 – 9x
- d. več kot 10x

3. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z nezaželenim vedenjem spolne narave s strani PACIENTA ALI NJIHOVIH BLIŽNJIH ? DA NE

3.a Če ste obkrožili odgovor »DA«, označite, ali ste doživeli katerega od spodaj naštetih oblik nezaželenega vedenja spolne narave s strani PACIENTA ALI NJIHOVIH BLIŽNJIH:

- | | | |
|--|----|----|
| a. Neprimerne pripombe glede izgleda, oblačenja, spolno obarvani komentarji. | DA | NE |
| b. Namigovanje na spolnost (s pogledi, mimiko, komentarji). | DA | NE |
| c. Izpostavljenost vizualni spolni vsebini (na primer fotografije, preko e-pošte). | DA | NE |
| d. Neposredni fizični stik (na primer otipavanje, prijemanje, grabljenje). | DA | NE |
| e. Spolni napad. | DA | NE |

3.b Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor »DA«, navedite kolikokrat :

- a. 1 – 2x
- b. 3 – 5x
- c. 6 – 9x
- d. več kot 10x

4. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z nezaželenim vedenjem spolne narave S STRANI SODELAVCEV ALI NADREJENIH? DA NE

4.a Če ste obkrožili odgovor »DA«, označite, ali ste doživeli katerega od spodaj naštetih oblik nezaželenega vedenja spolne narave S STRANI SODELAVCEV ALI NADREJENIH:

- | | | |
|--|----|----|
| a. Neprimerne pripombe glede izgleda, oblačenja, spolno obarvani komentarji. | DA | NE |
| b. Namigovanje na spolnost (s pogledi, mimiko, komentarji). | DA | NE |
| c. Izpostavljenost vizualni spolni vsebini (na primer fotografije, preko e-pošte). | DA | NE |
| d. Neposredni fizični stik (na primer otipavanje, prijemanje, grabljenje). | DA | NE |
| e. Spolni napad. | DA | NE |

4.b Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor »DA«, navedite kolikokrat :

- e. 1 – 2x
- f. 3 – 5x
- g. 6 – 9x
- h. več kot 10x

5. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z fizičnem nasiljem s strani PACIENTA ALI NJIHOVIH BLIŽNJIH? DA NE

5.a Če ste obkrožili odgovor »DA«, označite, ali ste doživeli katerega od spodaj naštetih oblik fizičnega nasilja s strani PACIENTA ALI NJIHOVIH BLIŽNJIH.

- | | | |
|--|----|----|
| a. Izpostavljenost zastraševalnemu vedenju (žuganje, grozilne kretnje, vdiranje v osebni telesni prostor). | DA | NE |
| b. Odrivanje, prerivanje, potiskanje. | DA | NE |
| c. Pljuvanje, grabljenje, grizenje. | DA | NE |
| d. Klofute, udarci. | DA | NE |
| e. Razbijanje, uničevanje ali metanje predmetov v navalu jeze, besa. | DA | NE |
| f. Pretep z več udeleženi osebami. | DA | NE |
| g. Napad z orožjem ali nevarnimi predmeti. | DA | NE |

5.b Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor »DA«, navedite kolikokrat :

- a. 1 – 2x
- b. 3 – 5x
- c. 6 – 9x
- d. več kot 10x

6. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili z fizičnem nasiljem S STRANI SODELAVCEV ALI NADREJENIH? DA NE

6.a Če ste obkrožili odgovor »DA«, označite, ali ste doživeli katerega od spodaj naštetih oblik fizičnega nasilja S STRANI SODELAVCEV ALI NADREJENIH.

- | | | |
|--|----|----|
| a. Izpostavljenost zastraševalnemu vedenju (žuganje, grozilne kretnje, vdiranje v osebni telesni prostor). | DA | NE |
| b. Odrivanje, prerivanje, potiskanje. | DA | NE |
| c. Pljuvanje, grabljenje, grizenje. | DA | NE |
| d. Klofute, udarci. | DA | NE |
| e. Razbijanje, uničevanje ali metanje predmetov v navalu jeze, besa. | DA | NE |
| f. Pretep z več udeleženi osebami. | DA | NE |
| g. Napad z orožjem ali nevarnimi predmeti. | DA | NE |

6.b Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor »DA«, navedite kolikokrat :

- 1 – 2x
- 3 – 5x
- 6 – 9x
- več kot 10x

7. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili s psihičnim nasiljem s strani PACIENTA ALI NJIHOVIH BLIŽNJIH? DA NE

7.a Če ste obkrožili odgovor »DA«, označite, ali ste doživeli katerega od spodaj naštetih oblik psihičnega nasilja s strani PACIENTA ALI NJIHOVIH BLIŽNJIH.

- | | | |
|---|----|----|
| a. Neutemeljene pritožbe proti vam. | DA | NE |
| b. Čustveno izsiljevanje za pridobitev ugodnosti (jokanje, hlipanje, ipd.). | DA | NE |
| c. Zalezovanje, zasledovanje. | DA | NE |
| d. Nadlegovanje na delovnem mestu (pogosto nezaželeni obiski, darila ipd.). | DA | NE |
| e. Pošiljanje žaljive pošte, sporočil, neprimerni telefonski klici. | DA | NE |
| f. Žaljivi, neutemeljeni zapisi na spletu (na primer forumi, blogi). | DA | NE |
| g. Grožnje s samo poškodovanjem, samomori . | DA | NE |

7.b Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor »DA«, navedite kolikokrat :

- 1 – 2x
- 3 – 5x
- 6 – 9x
- več kot 10x

8. Ste se v zadnjem letu dni na delovnem mestu soočili s psihičnim nasiljem S STRANI SODELAVCEV ALI NADREJENIH? DA NE

8.a Če ste obkrožili odgovor »DA«, označite, ali ste doživeli katerega od spodaj naštetih oblik psihičnega nasilja S STRANI SODELAVCEV ALI NADREJENIH.

a. Nepravičnost, slabše ocenjevanje uspešnosti pri delu, zaradi nestrinjanja z nadrejenim/sodelavcem.	DA	NE
b. Ignoriranje v družabnih situacijah, molk kot reakcija na vprašanje, predloge.	DA	NE
c. Prilaščanje vaših idej, zamisli, uspehov.	DA	NE
d. Pretirani posegi v zasebnost pri zbiranju podatkov od zaposlenih s strani nadrejenih.	DA	NE
e. Dodeljevanje prezahtevnih nalog.	DA	NE
f. Dodeljevanje nesmiselnih nalog.	DA	NE
g. Zadrževanje pomembnih informacij, ki vplivajo na delovno uspešnost.	DA	NE
h. Omejevanje pri izbiri letnega dopusta.	DA	NE
i. Diskriminacija zaradi bolniške odsotnosti.	DA	NE
j. Oviranje pri delu (na primer brisanje pošte, tekstov, vdor v računalnik, namerno povzročanje škode ali stroškov).	DA	NE
k. Prelaganje dela ali izogibanje odgovornosti s strani sodelavcev, nadrejenih.	DA	NE
l. Izolacija in izključevanje od drugih zaposlenih ali iz delovnega procesa.	DA	NE
m. Pretiran nadzor in namerno iskanje napak pri zaposlenemu.	DA	NE
n. Grožnje z negativnimi posledicami (na primer premetitvijo, degradacijo).	DA	NE
o. Namigi, da bi bilo bolje če bi se upokojili/dali odpoved/zahtevali premestitev.	DA	NE
p. Nепrestano neupravičeno kritiziranje dela.	DA	NE

8.b Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor »DA«, navedite kolikokrat :

- a. 1 – 2x
- b. 3 – 5x
- c. 6 – 9x
- d. več kot 10x

9. Ste bili kadarkoli na delovnem mestu poškodovani s strani PACIENTA ALI NJGOVEGA BLIŽNJEGA? DA NE

9a. Če je bil pri prejšnjem vprašanju odgovor »DA«, navedite kolikokrat in vrsto poškodbe.

Zamislite si, da ste soočeni z nasilnim vedenjem pacienta. Pri tem se vam lahko, ali pa tudi ne, pojavijo nekatera čustva ali občutki. Prosim vas, da označite, v kolikšni meri se strinjate v nadaljevanju z zapisanimi trditvami o pojavljanju čustev/občutkov pri soočenju z nasilnimi pacienti. Pri tem uporabite naslednjo lestvico: 1 sploh se ne strinjam do 5. - zelo se strinjam.

Sploh se ne strinjam 1 2 3 4 5 Zelo se strinjam

Pri obravnavi agresivnega bolnika se soočate z naslednjimi čustvi in stanji:

10.	Strahom	1	2	3	4	5
11.	Negotovostjo	1	2	3	4	5
12.	Nemočjo	1	2	3	4	5
13.	Neznanjem	1	2	3	4	5
14.	Jezo	1	2	3	4	5
15.	Obupanostjo	1	2	3	4	5
16.	Ogroženostjo	1	2	3	4	5
17.	Nerazumevanjem sodelavcev	1	2	3	4	5
18.	Nerazumevanjem nadrejenih	1	2	3	4	5

Prosim vas, da označite, v kolikšni meri se strinjate ali ne strinjate z naslednjimi trditvami, vezanimi na vašo organizacijo.

Sploh se ne strinjam 1 2 3 4 5 Zelo se strinjam

19.	Pomanjkanje izkušenega osebja negativno vpliva na mojo zmožnost zagotavljanja kvalitetne oskrbe bolnikov.	1	2	3	4	5
20.	Za varno oskrbo bolnikov imam na voljo vsa sredstva.	1	2	3	4	5
21.	Vodstvo delovne organizacije ima jasno predstavo o tveganjih glede oskrbe bolnikov in varnosti osebja.	1	2	3	4	5
22.	Vodstvo delovne organizacije je dobro seznanjeno z vrstami napak, ki se dejansko pojavljajo na področju zagotavljanja varnosti.	1	2	3	4	5
23.	Odločitve o varnosti bolnikov in osebja se sprejemajo na ustrezni ravni najbolj usposobljenih ljudi.	1	2	3	4	5
24.	Vodstvo delovne organizacije skrbi za razmere, ki podpirajo varnost bolnikov in osebja.	1	2	3	4	5
25.	Kadar se obravnavajo spremembe programa, vodstvo delovne organizacije upošteva tudi varnost bolnikov in osebja.	1	2	3	4	5
26.	Varnost zaposlenih in pacientov je največjega pomena v naši organizaciji.	1	2	3	4	5
27.	Delovna organizacija v kateri sem zaposlen/zaposlena, dobro upravlja s tveganji za zagotavljanje bolnikove varnosti.	1	2	3	4	5
28.	Delovna organizacija se odzove na izbruh nasilja.	1	2	3	4	5
29.	Delovna organizacija poskrbi za supervizijo obvladovanja agresivnosti bolnika.	1	2	3	4	5

Izpostavljenost nasilju lahko, ali pa tudi ne, vpliva na stopnjo kakovosti in varnosti obravnave pacientov. V nadaljevanju vas prosimo, da ocenite vpliv nekaterih spodaj naštetih dejavnikov na varnost in kakovost obravnave bolnika pri izbruhu nasilja s strani pacienta. Pri tem uporabite lestvico od 1 (sploh nima vpliva) do 5 (ima zelo močan vpliv).

Trditev

	Sploh nima vpliva	1	2	3	4	5	Ima zelo močan vpliv				
30.	Razumevanje med člani v timu vpliva na mojo kakovost dela.						1	2	3	4	5
31.	Osebnostne značilnosti članov tima vplivajo na kakovost dela.						1	2	3	4	5
32.	Konflikti med člani tima vplivajo na varnost in kakovost dela z bolnikom.						1	2	3	4	5
33.	Za kakovostno in varno delo smo dovolj motivirani in nagrajeni.						1	2	3	4	5
34.	Število zaposlenih v vsaki izmeni je zadostno.						1	2	3	4	5
35.	Zadostno število zaposlenih je pogoj za 24 urno detekcijo sprememb in zaznavanje nevarnosti.						1	2	3	4	5
36.	Pri vašem delu se zanašate na »srečo«, da bo vse v redu, da se nič ne bo zgodilo.						1	2	3	4	5
37.	Zaposleni imamo natančna navodila in protokole ravnanja ob izbruhu agresivnosti (kaj storiti, koga poklicati, ipd.).						1	2	3	4	5
38.	O vsakem neljubem dogodku (izbruh agresivnosti, drugi incidenti) se vodi zapisnik.						1	2	3	4	5
39.	Po izbruhu agresije, incidenta smo deležni timske obravnave in podpore.						1	2	3	4	5
40.	Po izbruhu agresije, incidenta se sprejmejo sklepi za boljše delo v prihodnje.						1	2	3	4	5

Ocenite še nekaj trditev, vezanih na kompetence v povezavi z obravnavo nasilnih pacientov. Pri tem uporabite naslednjo lestvico: 1 sploh se ne strinjam do 5. - zelo se strinjam.

Trditev

Ocena

	Sploh se ne strinjam	1	2	3	4	5	Zelo se strinjam				
41.	Znanje, s katerim razpolagam, je zadostno za obvladovanje agresivnega bolnika.						1	2	3	4	5
42.	Za varno oskrbo bolnikov so osebju na voljo ustrezna usposabljanja.						1	2	3	4	5
43.	Za varno oskrbo bolnikov so potrebne teoretične delavnice.						1	2	3	4	5
44.	Za varno oskrbo bolnikov so potrebne praktične delavnice.						1	2	3	4	5
45.	Za varno oskrbo bolnikov so potrebne pisne smernice ukrepanja.						1	2	3	4	5
46.	Za varno oskrbo bolnikov je potrebno izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami.						1	2	3	4	5

Za potrebe analize podatkov potrebujemo še nekaj podatkov. Prosim, če označite ali dopolnite.

47. Vaš spol. M Ž

48. Starost. _____ let

49. Delovne izkušnje (skupaj). _____ let

50. Izobrazba/delovno mesto

(1) Administracija

(2) Bolničar/Bolničarka

(3) Srednja medicinska
sestra/Zdravstveni tehnik

(4) Višja medicinska
sestra/Diplomirana medicinska
sestra/Višji medicinski
tehnik/Diplomirani zdravstvenik

(5) Magistra zdravstvene
nege/Magister zdravstvene nege

(6) Zdravnica/ Zdravnica
spec./Zdravnik/Zdravnik spec.

Hvala za Vaše sodelovanje.

Priloga 13: Anketni vprašalnik merjenja preliminarni uspešnosti predlaganega modela izobraževanja

Št.	Trditev	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam	Se strinjam	Zelo se strinjam
1.	Osebjū so na voljo informacije o ukrepanju, ko jih potrebujejo.	1	2	3	4	5
2.	Znanje, s katerim razpolagam, je zadostno za obvladovanje agresivnega bolnika.	1	2	3	4	5
3.	Za varno oskrbo bolnikov so osebjū na voljo ustrezna usposabljanja.	1	2	3	4	5
4.	Za varno oskrbo bolnikov so potrebne teoretične delavnice.	1	2	3	4	5
5.	Za varno oskrbo bolnikov so potrebne praktične delavnice.	1	2	3	4	5
6.	Za varno oskrbo bolnikov so potrebne pisne smernice ukrepanja.	1	2	3	4	5
7.	Za varno oskrbo bolnikov je potrebno izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami.	1	2	3	4	5

7. Ste se kdaj udeležili izobraževanja na temo obvladovanja agresivnosti ? (obkrožite)

1. Nikoli
2. Teoretičnega izobraževanja
3. Praktičnega izobraževanja
4. Teoretičnega & praktičnega izobraževanja

IDENTIFIKACIJA KOMPETENC IN ČUSTEV PRIDOBLENIH Z IZOBRAŽEVANJEM

Št.	Trditev	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam	Se strinjam	Zelo se strinjam
8.	Organiziranost	1	2	3	4	5
9.	Strokovnost	1	2	3	4	5
10.	Odločnost	1	2	3	4	5
11.	Proaktivnost	1	2	3	4	5



12.	Samozaupanje	1	2	3	4	5
13.	Strah	1	2	3	4	5
14.	Nemoč	1	2	3	4	5
15.	Negotovost	1	2	3	4	5
16.	Neznanje	1	2	3	4	5

DEMOGRAFSKI PODATKI

17. Vaš spol. M Ž

18. Starost. _____ let

19. Delovne izkušnje. _____ let

20. Dosežena stopnja izobrazbe

(1) Srednja medicinska
sestra

(2) Višja medicinska
sestra/Diplomirana
medicinska sestra

(3) Magistra zdravstvene
nege

(4) Zdravnik/Zdravnik
spec.

Priloga 14: vprašanja za strukturirani intervju v okviru izvedbe fokusnih skupin

1. Najprej prosimo za komentar o izpostavljenosti agresivnemu vedenju, s katerim se srečujete v svojem delovnem okolju.
2. Kaj se vam glede tega zdi najbolj nevarno, kaj v največji meri vpliva na kakovost vašega dela, katere oblike pa razumete kot del svoje profesije in na vaše vedenje nimajo pomembnega vpliva (če seveda kaj takšnega obstaja).
3. Sedaj vas prosimo za vaš komentar o vašem odzivu na izpostavljenost agresivnemu vedenju - kako takšni dogodki vplivajo na vas, ali pa na vaše kolege?
4. Imajo ti dogodki kakšen vpliv na kakovost vaših storitev, ali vplivajo na vašo zavzetost za delo?
5. Ali bi rekli, da se kdaj na svojem delovnem mestu počutite ogroženo? Kako komentirate ugotovitve iz raziskave?
6. Kaj bi bilo potrebno po vašem mnenju narediti na področju reagiranja na pojav agresivnosti?
7. Se počutite dovolj usposobljeni za primerno reagiranje?
8. Kaj bi morala narediti vaša organizacije, vodstvo?