

***ILO, ICN, WHO, PSI WORKPLACE VIOLENCE IN THE
HEALTH SECTOR JOINT PROGRAMME***

**МЕЖДУНАРОДНА ОРГАНИЗАЦИЯ НА ТРУДА ,
МЕЖДУНАРОДЕН КОМИТЕТ НА СЕСТРИТЕ,
СВЕТОВНА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ,
МЕЖДУНАРОДНА ФЕДЕРАЦИЯ НА РАБОТЕЩИТЕ В
ОБЩЕСТВЕНОТО ОБСЛУЖВАНЕ,
ИНСТИТУТ ЗА СОЦИАЛНИ И СИНДИКАЛНИ
ИЗСЛЕДВАНИЯ НА КНСБ - БЪЛГАРИЯ**



International Labour Office
World Health Organisation

International Council of Nurses
Public Services International

**НАСИЛИЕТО
НА РАБОТНОТО МЯСТО
В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
В БЪЛГАРИЯ**

*Федерация на синдикатите от здравеопазването на КНСБ
София, 2001*

Изследователски колектив:

1. Н.с. д-р Любен Томев – Координатор
2. н.с.д-р Надежда Даскалова
3. Н.с. Татяна Михайлова
4. Зинаида Найденова - изследовател
5. Виолета Иванова - изследовател
6. Диана Тракиева - изследовател
7. Слава Златанова - ФНСЗ

Д-р Иван Кокалов - консултант

Докладът е подготвен от:

Н.с. Любен Томев, д-р по икономика

Н.с. Надежда Даскалова, д-р по икономика

Виолета Иванова - изследовател

Докладът е разработен в рамките на Съвместна програма на Международната организация на труда, Международния комитет на сестрите, Световната здравна организация и Международния синдикат на работещите в общественото обслужване. Авторските права принадлежат на Програмата. Всички доклади ще бъдат публикувани от Програмата като работни документи. Всяко цитиране трябва да се прави с индикацията “работен документ, който предстои да се публикува”.

СЪДЪРЖАНИЕ:

| | |
|---|----|
| Раздел I. СИТУАЦИЯТА – ОБЩИЯТ КОНТЕКСТ | |
| 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НА НАСИЛИЕТО | 4 |
| 1.1. Обща дефиниция на насилието | 4 |
| 1.2. Определение на насилието на работното място | 4 |
| 1.3. Ролята на националната и професионалната култура – социално-културният контекст | 7 |
| 2. СЪЩЕСТВУВАЩИ МЕХАНИЗМИ ЗА ИЗМЕРВАНЕ НА НАСИЛИЕТО | 9 |
| 2.1. Здравният сектор, здравни услуги и работни места | 9 |
| 2.2. Източници на информация за насилието | 10 |
| 3. ПУБЛИКАЦИИ И ИЗСЛЕДВАНИЯ ЗА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО | 10 |
| Раздел II. РЕЗУЛТАТИ ОТ НАЦИОНАЛНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ НА НАСИЛИЕТО | 11 |
| 1. МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗВАДКАТА | 11 |
| 1.1. Използвани методи за набиране и анализ на данните | 12 |
| 1.2. Методика на формиране на извадката | 13 |
| 1.3. Демографски и професионален профил на анкетираните лица | 13 |
| 2. ХАРАКТЕРИСТИКА, РАЗМЕР И ОБХВАТ НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО | 15 |
| 2.1. Общественото възприятие | 15 |
| 2.2. Физическо насилие | 16 |
| 2.3. Психическо насилие | 17 |
| 3. ФАКТОРИ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО | 21 |
| 3.1. Социетални фактори | 22 |
| 3.2. Личностни фактори | 23 |
| 3.3. Организационни фактори | 23 |
| 3.4. Реформи, основни мерки за реструктуриране в здравния сектор | 27 |
| 4. ЕФЕКТ И ОТРАЖЕНИЕ НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО | 29 |
| 5. ИНДИВИДУАЛЕН И ИНСТИТУЦИОНАЛЕН ОТГОВОР НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО. МЕРКИ ЗА ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА НАСИЛИЕТО | 32 |
| 5.1. Стратегии на жертвите за справяне с насилието | 32 |
| 5.2. Процедури за докладване, дейности по проучване на случаите на насилие и оказване помощ на жертвите | 33 |
| 6. СТРАТЕГИИ ЗА БОРБА С НАСИЛИЕТО | 35 |
| Раздел III. ИЗВОДИ | 37 |
| 1. ФАКТОРИ, ДОПРИНАСЯЩИ ЗА ПРОЯВА НА НАСИЛИЕ НА РАБОТНОТО МЯСТО. | 37 |
| 2. ФАКТОРИ, ПРЕДОТВРАТЯВАЩИ НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО | 42 |
| Раздел IV. ПРЕПОРЪКИ | |
| БЪДЕЩИ ДЕЙСТВИЯ НА НАЦИОНАЛНО И ОРГАНИЗАЦИОННО НИВО | 45 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ. РАМКОВИ НАСОКИ ЗА БОРБА С НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО, Женева, 2002 | 52 |

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НА НАСИЛИЕТО

1.1. Обща дефиниция на насилието

Обикновено насилието се свързва с **агресията**. Най-простото и популярно определение на агресията в съвременната социална психология е, че това е поведение, което причинява зло. Според теорията на Фройд, човек е “обречен” да бъде агресивен, агресията е присъща на всяко общество. Друга теория твърди, че агресията е следствие от **фрустрацията**,* която предизвиква гняв и агресия. Теорията за социалното учене доказва, че човек става агресивен, наблюдавайки и учейки агресивни модели на поведение.

Според **Световната здравна организация** “насилието е умишлено използване на сила или власт, чрез заплахата или реално действие срещу друг човек или група хора от общността, която предизвиква или има вероятност да предизвика нараняване, смърт, психологическа травма, спънки в развитието или някаква загуба”.¹ Едно друго определение посочва, че “Насилието не се ограничава с инциденти, които се тиражират като водещи заглавия във вестниците. То е поредица от начини на поведение, вариращо от устен тормоз и нагрубяване, заплахи, нежелани сексуални предложения и стигащо до физическо нападение и крайния му случай - убийство”.² Заедно с това насилието “представява сериозна заплахата за човешките права на личността, тъй като подкопава здравето, правото на живот и правото да бъдеш третиран с уважение”.³

Хора, преживели насилие, го описват като нараняване, травма, разкъсване, нарушаване на целостта не само на тялото, но и на личността.

Насилието е всепроникващо: присъства в живота на всички народи, обществени слоеве, професии, етнически и възрастови групи. Психологическата му основа е предразположеността на хората към зависимост един от друг, основана на йерархията на властта, подчинеността на повисшестоящия и на по-силния – родител-дете, учител-ученик, управляващ-управляван, лекар-пациент и т. н. Заедно с това, насилието може да е елемент на човешкото поведение и човешките взаимоотношения на всички равнища и във всички ситуации, като се проявява в различни форми и има за резултат физическа или психическа вреда и страдание на жертвите.

1.2. Определение на насилието на работното място

Определението на насилието на работното място (НРМ) възбужда сериозни дискусии. Разнообразието от начини на поведение, които могат да бъдат покрити от общата рубрика насилие на работното място е толкова голямо, границата с приемливото поведение е толкова неопределена, а възприемането на това какво е насилие в различните контексти и култури е толкова различно, че описанието и определянето на това явление се превръща в сериозно предизвикателство. В практиката насилието на работното място може да включва широк спектър от начини на поведение, които често имат продължително действие и се преплитат.⁴

* Фрустрацията е психическо състояние на човек, породено от обективни непреодолими или субективно възприемани като такива трудности, възникващи по пътя към осъществяване на целта.

*“Определенията на НРМ варират в широк спектър – от заплашителен език до убийство, и едно подходящо определение на НРМ е следното: актове на насилие, включително физическо нападение или заплаха за нападение, насочено към хора, които са на работа или по време на изпълнение на задълженията им”.*⁵

По-широко е определението на американския институт за изследване на насилието на работното място (WPVRI): *“Всеки акт срещу работник, който създава враждебна работна среда или засяга отрицателно, психически или физически работника. Такива актове включват всички видове физическо или психическо нападение, принуда, заплаха или тормоз.”*⁶ Световната здравна организация определя НРМ като *“Съзнателно използване на сила, фактическо или под формата на заплаха срещу друг човек или група хора в свързани с труда условия, което има за резултат или има значителна вероятност да доведе до нараняване, смърт, психическа травма или някаква загуба”*⁷

Значителна част от изследователите свързват НРМ с нарушаване на правото на равно отношение на работното място и с правото на здравословна и безопасна среда.

Повечето изследвания се фокусират преди всичко върху различните форми на физическо и сексуално насилие, тъй като те са ясно определени и лесно могат да се идентифицират. Но както посочват някои автори, новият профил на НРМ, който възниква, акцентира еднакво както върху физическото, така и върху психологическото поведение и признава напълно значението и на най-малките актове на насилие, което не е ограничено до определено работно място, както и до един офис, фабрика или търговски обект.⁸

При обсъждането на предложените от ръководителите на проекта определения във фокус групите бяха направени следните предложения.

По отношение на общото определение:

Според участниците във фокус групите това определение може да се приеме по принцип, но според някои то в по-голяма степен визира физическото насилие. Когато се говори за “съществуване” би могло по-ясно да се посочи, че става въпрос за емоционално (психическо), социално и физическо съществуване. Медицинските сестри предложиха общото определение да бъде допълнено с “подценяван и унижаван”.

Заедно с това беше посочено, че е необходимо едно определение на насилието на работното място да очертава по-добре връзката с правата – човешки и трудови на личността. Във фокус групата на представителите на синдикалните и професионално-съсловните организации на медицинския персонал беше предложено и се възприе като уместно следното по-общо определение, което включва както физическото, така и психическото насилие:

“Всеки акт или действие на работното място, което уронва достойнството, човешките, гражданските и професионалните права, в рамките на съществуващите закони и общоприети норми и правила в обществото”.

Във фокус групата на сестрите беше предложено друго определение:

“Поведение, изразяващо се във физическо и психическо посегателство върху личността и достойнството на отделния човек”.

Предложените за целите на изследването **определения за отделните видове физическо и психическо насилие** като цяло бяха приети от участниците във всички фокус групи. Беше отбелязано, че в здравните заведения се наблюдават такива форми на насилие, като: побой, удряне на плесници, ритане, блъскане, нападение с остри предмети, нагрубяване, психологически тормоз, ругаене, обидни нападки и заплахи, както и различни форми на сексуален тормоз – двусмислени закачки, пощипвания, потупвания, коментари със сексуална насоченост, директни и индиректни предложения за сексуален контакт и в по-редки случаи изнасилване.

Във фокус групата на лекарите беше предложено към **психическото насилие** да се включи и **“поведение, което е свързано със съзнателно създаване на пречки да се упражнява професията, липса на адекватна оценка и толериране на някого за сметка на друг”**.

Във фокус групата на представителите на институциите беше предложено **Ругателството** да се определи като **“Отклонение от нормалното поведение в междуличностните отношения, водещо до уронване на авторитета на един от субектите на общуване.”**

Според изследователския екип, известни съмнения и дискусии, като се има предвид работното място в здравеопазването, създава **общото определение на психическо насилие** (емоционален тормоз), според което то представлява **“преднамерено използване на позицията на по-силен...”**, тъй като по презумпция то предопределя наличие на йерархични взаимоотношения или позиция на по-силен. Но насилие може да се упражнява и от пациенти и колеги, които не притежават позицията на по-силен. На второ място, имайки предвид ситуацията в здравеопазването, в частност в здравните заведения, в които се работи с пациенти с отклонения, например психиатричните клиники и заведения и старческите домове, проявите на психическо (а и на физическо) насилие, може и да не са преднамерени, а да произтичат от самото заболяване или моментно състояние на пациента.

Допълнителен аргумент за такова виждане е и мнението, изразено в повечето от фокус групите, според участниците, в които, често такива действия на пациентите, особено с отклонения, не се възприемат от медицинския персонал като преднамерена проява на насилие, а като част от рисковете на професията, които е трудно да се предотвратят. Това е една от причините подобни случаи да не се докладват, както е посочено в раздел II.

Въпреки че **няма достоверни данни, позволяващи да се прави сравнение между разпространението и проявите на насилие в отделните сфери на заетост**, публикациите в медиите показват, че физическото насилие, включително и убийствата и нападенията, са характерни главно за сферите, където се работи с пари, и са свързани с кражби – чейнж бюра, бензиностанции, магазини. Жертви на физическо насилие, включително и на убийства стават и охранители на различни обекти, таксиметрови шофьори и полицаи. Физическото насилие и убийствата у нас стават са по-разпространени при конкуренцията и разчистването на сметки в престъпния бизнес. Според мнението на участниците във всички фокус групи **в здравеопазването много повече е разпространено психическото насилие и особено насилието по**

вертикала на взаимоотношенията, и причини за това са както последиците от кризата в обществото, която се отразява и върху медицинския персонал, и върху пациентите, така и недостатъците на здравната реформа, които създават редица бюрократични пречки, стрес и социално напрежение.

1.3. Ролята на националната и професионалната култура - Социално-културният контекст

Всички изследователи на насилието признават, че то е вградено в културните, социално-икономическите и политическите условия в обществото и социално-психологическите стереотипи и нагласи на хората. Темата за насилието, включително и на работното място, както и за сексуалния тормоз, като една от крайните му форми, доскоро беше табу у нас. Подобни явления се смятаха за неприсъщи на социалистическата действителност и поради това – за несъществуващи. Днес установяваме, че те са били и все повече стават спътник в живота ни. В условията на икономическа и духовна криза в българското общество, както показват всички изследвания на общественото мнение, повечето българи живеят с усещането за застрашеност, несигурност, безпомощност и песимизъм. Тези чувства се пораждат от **увеличената престъпност и безнаказаност на престъпниците**. Кражби в дома и на улицата, нападения, изнасилвания, убийства за разчистване на сметки, са нещо почти ежедневно. Нарастват и случаите на **домашно насилие**. Още по-тревожно е, че все по-чести са случаите на **немотивирано насилие**, просто изливане на агресивността, като се пребиват или убиват невинни и непознати хора в училищата, казармите, на футболните игрища, в дискотеките, на улиците. Макар и да звучи малко пресилено, бихме могли да кажем, че под една или друга форма, насилието е проникнало във всеки български дом.

Въпреки това, и сега, в условията на демокрация, **насилието в българското общество се посреща с търпимост и продължава да е обгърнато с мълчание**. Полицаи, съдии, следователи, началници, учители, родители в повечето случаи мълчат за насилието, което се упражнява в човешките групи, от които са част. Подобно е и поведението на институциите. Чрез ненамесата си те негласно поощряват и узаконяват насилието. Елемент на културата ни е на жертвата да се вменява вина, че тя е отговорна за случилото се и тя да се виктимизира.⁹ Общество, в което центърът на контрол е бил винаги извън индивида – такива са патриархалните, патерналистките и тоталитарните общества – се оказва неспособно да се справи с насилието, щом външният контрол бъде отменен. При липсата на интериоризирани морални норми, или иначе казано, на вътрешни задръжки, **много от българите превръщат насилието в модел за регулиране на семейни, социални, междуличностни и институционални отношения и конфликти и обществото е на път да приема това с търпимост**. Тази норма се възпитава и санкционира от патриархалното семейство, което има дълбоки корени в нашата култура, в която отношенията се определят от подчинеността и зависимостта от по-възрастния или от по-силния, насилието често се възприема като нещо естествено. Всъщност цялото богатство на ролите, в които хората встъпват, общувайки помежду си, се свеждат до две роли: тази на бащата и тази на детето, на началника и на подчинения, на силния и на слабия.¹⁰ При такова разбиране, че или трябва да си отгоре и да тъпчеш другите, или трябва да бъдеш тъпкан, каквото споделят все повече българи и за което не малко допринася популярната преса, филмите по телевизията и

преводната литература, която се предлага на българския пазар, не е чудно, че мнозина избират да се идентифицират с насилника.** **Тези заключения са доста песимистични, но това е още едно доказателство, че на проблема трябва да се обърне внимание и да се предприемат определени действия.**

Сексуалният тормоз, който е една от разпространените, макар и непризнавани, форми на насилие на работното място в България, е свързан с дълбоко вкоренени стереотипи на поведение, основани на ролите на жените и мъжете в обществото. Към това се наслагват и характерните за българина **патриархални стереотипи и ориенталски модели на поведение, в които властта на мъжете доминира**, а жените са поставени в икономическа и емоционална зависимост от мъжа и това допринася такова отношение към жената да бъде оправдавано и да изглежда нормално и в реда на нещата. Голяма част от анкетираните при някои изследвания посочват, че те са им били искани сексуални услуги от колеги или началници. В редица случаи респондентите считат, че сексуалните връзки между началници и подчинени са “нещо обикновено”. Много началници приемат като нещо от само себе си разбиращо се, че подчинените им жени трябва да имат сексуални отношения с тях. В този социално-културен контекст полово обусловеното насилие приема формата не само на физическо насилие, но и на емоционална злоупотреба чрез заплахи, репресии, експлоатация, принуда и дискриминация в труда.

Във всички фокус групи беше споделено, че **в професионалните среди** на медиците много често към насилието, проявено от пациенти, се наблюдава по-голяма търпимост и толерантност, тъй като подобни действия се възприемат от персонала като част от рисковете на професията, които е трудно да се предотвратят. Приема се, че болният човек е загубил равновесие, физическото страдание поражда и психическо и, дори пациентът да прояви агресивност, тя му се прощава. “Те са болни и, независимо от поведението им, ние сме длъжни да им помогнем, тъй като сме давали Хипократова клетва”, споделят участниците във фокус групите.

Заедно с това, в дискусиите беше отбелязано, че в здравните заведения съществува по-голяма търпимост и толерантност и към устния тормоз и нагрубяването, поради факта, че в професионалната култура на медицинския персонал се е наложил един по-груб и нецензурен език и начин на обръщение в общуването, които в друга професионална среда биха били неприемливи и обидни и биха могли да се третираат като насилие.

** Едно изследване, проведено сред български ученици в град Стара Загора показва, че близо 50% от учениците на възраст между 14 и 17 години смятат, че с насилие човек може да получи материално благополучие, 22% считат, че човек може да изпита самоуважение чрез насилието, за 35% насилието е фактор за политическа власт, а 24% - че то осигурява лесен живот. Според изследователите мнението на децата изразява по-скоро нагласите в обществото. Нещо повече, телевизията превърна в любими герои на тинейджърите кечистите- Ледения, Скалата, Гробаря, с които те се опитват да се идентифицират и да прилагат техните хватки на борба и техните модели на езиково общуване и поведение. Почти забравени са детските приказки, в които доброто винаги побеждава злото, днес от екрана ни заливат филми на насилие.

2. СЪЩЕСТВУВАЩИ МЕХАНИЗМИ ЗА ИЗМЕРВАНЕ НА НАСИЛИЕТО

2.1. Здравният сектор, здравни услуги и работни места

Здравната мрежа в България към 31.12.2000 г. обхваща:

- **Лечебни заведения за болнична помощ – 304, в т.ч.:**

Многопрофилни болници за активно лечение – 127; Специализирани болници – 107, в т.ч.: за белодробни болести (12), психиатрични заболявания (11), болници за рехабилитация (18), диспансери (50), в т.ч.: за онкологични заболявания (11), за кожно-венерически заболявания (12), за белодробни заболявания (13); Университетски болници – 12, Национални центрове - 7.

Осъществяват услуги по диагностика, лечение и рехабилитация.

- **Лечебни заведения за извънболнична помощ – 1 103, в т.ч.:**

Диагностично-консултативни центрове – 101; Медицински центрове – 292; Медико-стоматологични центрове – 33; Стоматологични центрове – 93; Медико-диагностични и медико-технологични лаборатории – 28; индивидуални и групови практики за първична медицинска помощ, индивидуални и групови практики за специализирана медицинска и стоматологична помощ, други – 147, вкл.: Центрове за спешна помощ – 28 и Хосписи – 23. Осъществяват медицински и стоматологически услуги по предпазване от заболявания, ранно откриване на заболявания, първична медицинска помощ, консултации, промоция на здраве, профилактика и скрининг, палиативни грижи, медико-лабораторни и медико-технически услуги.

- **Хигиенно-епидемиологични инспекции – 28 районни ХЕИ,** които се управляват и финансират от Министерство на здравеопазването. Осъществяват услугите по общественото здравеопазване – държавен санитарен контрол, профилактични и протиепидемиологични мерки, профилактика и промоция на здраве, консултации по опазване и укрепване на личното и общественото здраве.

- **Аптеки – 3163 (0.38 на 1000 души) и дрогерии – 195.** Предоставят услуги, свързани с търговията на дребно на лекарствени и профилактични средства.

- **Медицински персонал:** лекари – 27 526 (33,8 на 10 000 души население); Стоматолози – 6 778 (8,3 на 10 000 души население); Медицински персонал със средно медицинско образование – 49 841, в т.ч.: медицински сестри – 31 480; акушерки - 4 131.

Работните места в посочените здравни заведения, макар и в различна степен, съдържат потенциален риск от насилие на работното място, в част от тях поради минималния персонал, а в други – заплахата за насилие представлява специфичният контингент болни или характерът на дейността и услугите, които те предоставят.

2.2. Източници на информация за насилието

За разпространението на насилието на работното място в България може да се съди единствено по публикации и предавания в медиите. Като цяло в България насилието на работното място не е поставено на дневния ред на обществото. Липсва гласност и загриженост, както и мерки за предотвратяване на насилието и за адекватна защита на жертвите на насилие на работното място.

Все още с проблемите за насилието и то главно, домашното насилие, се занимават няколко **неправителствени организации**, чиято основна дейност е да помагат на жени жертви на домашно насилие и в по-редки случаи на жени, претърпели насилие на работното място (Фондация Надя, Асоциация Анимус, Джендър проект в България и др.). През 1997 г. Асоциация Анимус с център, който предлага услуги за жени, жертви на насилие, откри гореща телефонна линия за пострадали от насилие. По данни на Асоциацията често помощ търсят и жени, които са напуснали работа, защото шефовете им ги принуждават да имат сексуални връзки с тях.

В хода на **Кампанията на КНСБ за защита на фундаменталните права на работното място**, която се провежда от 1998 г. и до сега, в подкрепа на приетата през юли 1998 г. от Годишната конференция на МОТ Декларация за фундаменталните принципи и човешки права на работното място, също се регистрират нарушения на правата на работниците, включително побои, физическо и психическо малтретиране. КНСБ обаче констатира, че малко от работниците се осмеляват открито да се оплачат поради страх от отмъщение или загуба на работното място. Поради това е трудно да бъдат предприети някакви специални мерки от страна на Конфедерацията и да се търси помощта на други органи.

В България за сега не съществува точна и благонадеждна **статистика**, нито за насилието като такова, нито за насилието на работното място в неговите различни форми. Националната статистика публикува данни за екстремните случаи на криминално насилие, такива като предумишлено убийство, нападения, побои, блудство, изнасилване и кражби, които се предоставят от Министерство на вътрешните работи. Тези данни не правят разлика между насилието на работното място и насилието извън него, както и не посочват отделните професионални групи, които са жертва на насилие. По-леките случаи на физическо насилие въобще не се включва в статистическите данни. А за психическото насилие въобще не се събира информация, тъй като липсва орган или процедура за неговото следене.

Измерването на размаха и разпространението на насилието в здравеопазването, а и във всички останали сектори на заетост, се затруднява значително и от това, че поради различни причини, които са разгледани в раздел II, много рядко случаите на насилие на работното място се докладват на мениджмънта или на други органи.

3. ПУБЛИКАЦИИ И ИЗСЛЕДВАНИЯ НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО В БЪЛГАРИЯ

Опитът да се направи анализ на съществуващите изследвания и литература за насилието на работното място в здравеопазването в България се натъква на затруднението, свързано с пълната липса на такива. Изследванията, доколкото ги има, са правени едва през последните години от неправителствени организации и са насочени преди всичко към домашното насилие или сексуалното насилие на работното място, като те се разглеждат от гледна точка на жените като жертви на насилие.^{10,11,12} Поради непредставителния си характер тези изследвания не установяват степента на разпространение на сексуалния тормоз на работното място, а само регистрират наличието му.

Изследванията установяват дискриминация на основа на пола във връзка с наемане на работа на българските жени. **Жените са подложени на quid pro**

quo сексуален тормоз^{*} и работят във враждебна работна среда.** На жените респондентки са били задавани въпроси от сексуално естество по време на интервю за работа, част от тях са преживели нежелани сексуални контакти от колеги и/или началници. Ако са отказали сексуалните контакти, това е довело до отрицателни последици, като понижаване в длъжност или намаляване на заплащането, не са редки и случаите на последващо уволнение или предизвикано напускане. Почти половината от анкетираните споделят, че са били смущавани по време на работа с цинични шеги, коментари или са търпели поведение от сексуално естество на работното място – опипвания, пощипвания и докосвания от началници и колеги, което повечето намират за неудобно и неприятно. Според изследванията, работното място както в държавния, така и в частния сектор е още една сцена на насилие срещу жените, наред с домашното насилие и насилието на улицата. Неформалният сектор излага жените на риск от насилие в много по-голяма степен поради изолацията и липсата на правна защита. Правните гаранции за сигурност, съществуващи поне формално в държавния сектор, често са напълно недостъпни за тях. От друга страна, разговорите на сексуална тема се приемат като нещо нормално за българската култура и по правило не се възприемат като обидни и непристойни.

РАЗДЕЛ ВТОРИ. РЕЗУЛТАТИ ОТ НАЦИОНАЛНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ НА НАСИЛИЕТО

1. МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1.1. Използвани методи за набиране и анализ на данните

При избора на методиката за провеждане на изследването сме се ръководили от две принципни предпоставки: **първо**, това изследване е част от международен проект и методите трябва да бъдат предварително съгласувани, т.е. съществува методическа рамка, която с оглед съпоставимост на резултатите не може да бъде изменяна произволно; **второ**, с оглед на целите на националното изследване да се отчете спецификата на проблема в България, липсата на достатъчно източници на информация и как да бъде компенсирана тя в задоволителна степен с надеждни методи за анализ.

Използвани са главно три методически подхода, които позволиха да бъде обхванато явлението “насилие на работното място” от различни гледни точки и в различните му насоки и аспекти на проявление.

- **Консултиране, преглед и контент-анализ на съществуващата информация.** Този първоначален етап се оказа изключително полезен за успешното протичане на изследването в последствие. Посредством консултации със специалисти в тази област бе очертана една

^{***} Дефинициите на ООН и ЕС за сексуалното насилие включват два типа поведение на работното място. Първият е т. нар. *quid pro quo* сексуално насилие, което означава, че работодателят изисква сексуални услуги от подчинения/ната като условие за получаване на икономически облаги или по-благоприятни условия на работа, или го/я наказва, ако откаже да се съгласи с тези изисквания. Вторият тип е поведение, което създава враждебна среда на труд, което означава, че жените са подложени на обидни искания за сексуални услуги, на шеги от сексуално естество, порнография, сексуални закачки, опипване и в крайния случай – изнасилване.

реалистична картина на състоянието на проблема в страната – изключително ниска степен на осъзнаване насилието на работното място сред широката общественост и липса на всякаква система за статистическо наблюдение и отразяване. Успоредно бе извършена значителна по обем изследователска дейност – преглед, контент-анализ и систематизиране на наличните български и чуждестранни изследвания, научна литература и периодични издания, касаещи насилието на работното място.

- **Качествена част на изследването.** На базата на предварително съгласувани примерни въпросници бяха проведени 6 фокус групи, включващи следните целеви групи:

- о Представителни организации на работещите в здравеопазването – представители на синдикалните федерации на КНСБ и КТ “Подкрепа”, Български лекарски съюз, Съюза на стоматолозите, Съюза на фармацевтите, Асоциацията на медицинските сестри и работодателски организации;

- о Лекарите от различен тип здравни заведения и индивидуално практикуващи;

- о Медицински сестри – в болници, интензивни отделения, диспансери, индивидуални и групови практики;

- о Пациенти/клиенти;

- о Управляващи в сектора на здравеопазването на централно и местно равнище – представители на Министерството, НЗОК, Регионални дирекции по здравеопазване, Парламентарната комисия по здравеопазване;

- о Ръководители на здравни заведения на висше и средно ниво – управители на болници и медицински центрове, завеждащи отделения.

Числеността на участниците в отделните фокус групи бе между 5 и 8 души, намиращи се на едно и също или близко йерархично ниво, което предпостави открита и равностойна дискусия.

Отделно бяха проведени полустандартизирани интервюта със собственици на частни здравни заведения и специалисти по трудово право.

- **Количествена част на изследването.** В избрани здравни заведения в гр. София бе проведена анонимна социологическа анкета по стандартизиран въпросник. Анкетирани бяха 508 души медицински персонал в различни видове здравни заведения, като се отчиташе необходимостта от представителство на всички професионални групи.

1.2. Методика на формиране на извадката

Изборът на град София за терен на изследване беше обоснован с наличието на най-много и различни по своята специализация здравни заведения, една част от които са с национално значение, друга – имат предимно регионална или общинска значимост, а трета – са обвързани с конкретен контингент от пациенти (диспансери, частни практики от семейни лекари). В София има както многопрофилни, така и специализирани болници, покриващи целия спектър от необходими медицински услуги. Режимът на действие на болшинството от здравните заведения (вкл. и на част от частните) се обвързва с функционирането на НЗОК, но поради незавършилия етап на здравната реформа, една значителна част от тях все още предоставят платени медицински

услуги. В нашия подход сме се стремили да обхванем всички случаи в различните им разрезни.

За тази цел бе събрана от Министерството на здравеопазването и Регионалната здравноосигурителна каса в София максимално възможната статистическа информация за броя и вида на здравните заведения на територията на града, както и за броя на заетите в тях. Цялата информация бе обобщена и бе формирана 6 %-на пропорционална извадка на база заети лица, обхващаща 23 гнезда + 19 индивидуални практики. В хода на изследването обаче се наложи да бъде променен първоначално планираният обем от 536 души за анкетиране в горепосочените гнезда. Това е следствие от факта, че изследването се проведе в период на динамична реорганизация на здравните заведения като част от структурната реформа в здравеопазването на България. Това бе съпроводено със значително намаление на персонала, ликвидация на звена, трансформации от един към друг вид болнични и здравни заведения, отделяне и обособяване на дейности и т.н. В следствие на това бе изпълнена извадка с увеличен брой гнезда (27 + 14 индивидуални практики и общ брой анкетиранни 508 души, поради получени откази и невърнати карти).

На третия етап анкетите на място по списъчния състав на персонала на съответното заведение формираха извадка, включваща различни групи персонал: управленски, лекари, медицински сестри, обслужващ персонал, технически и т.н. според спецификата на заведението. За всяка от тези групи бе определена стъпка, за да може чрез случаен подбор да се определят лицата за анкетиране.

Използваният метод за регистрация на количествената информация бе чрез пряка индивидуална анкетна карта със здравния работник.

1.3. Демографски и професионален профил на анкетираните лица (качество и представителност на данните от изследването)

В извадката попадат представители от **всички възрастови групи**. Поради несъответствие на използваните в изследването и статистиката възрастови скали не е възможно да се направи пълно сравнение между интервалните разпределения, но все пак обединени данни за относителния дял на четирите най-силно представени възрастови групи от 35 до 54 г. показват определено сходство – 63.4% по статистически данни към средата на 2001 г. и 70.4% в извадката. С намаляването на възрастта намалява и относителният дял на изследваните лица. Същото важи и при увеличаването на възрастта над 54 години.

Таблица № 1

Разпределение по възраст

| Възраст | Относителен дял |
|----------------|------------------------|
| 20 - 24 год. | 2,8 % |
| 25 – 29 год. | 8,1 % |
| 30 – 34 год. | 11,8 % |
| 35 – 39 год. | 14,2 % |
| 40 – 44 год. | 18,9 % |
| 45 – 49 год. | 18,7 % |
| 50 - 54 год. | 18,7 % |
| 55 – 59 год. | 5,7 % |
| Над 60 год. | 1,2 % |

В разпределението по пол в извадката силно преобладават жените – 80.3%. Диспропорцията по полов признак се дължи на факта, че в здравеопазването работят предимно жени. Данните към средата на 2001 г. сочат, че жените представляват 77.9% от заетите в здравеопазването на България, а мъжете – съответно 22.1%. Лекият превес на относителния дял на анкетираните жени в извадката над този на реално заетите е в полза на изследването, защото се предполага, че жените по-лесно стават жертва на насилие.

Почти 2/3 от изследваните лица са семейни (женени/омъжени), неженените са 11.8%, а по-останалите признаци: живее с партньор, разведен и вдовец относителният дял на изследваните лица се движи в диапазон от 4.3% до 8.7%.

Прави впечатление, че попадналите в извадката представители на **малцинствени етнически групи** са значително малко – 2.6%. Това се дължи от една страна на факта, че гр. София не е специфичен етнокултурен район, т.е. преобладаваща част от населението принадлежи към основната етническа група. Освен това, наетите в здравеопазването с малцинствена етническа принадлежност са сравнително малка част от общо наетите и са главно сред обслужващия персонал.

Изследваните лица са обхванати според всички възможни за здравеопазването **професионални групи**. Най-голямо е представянето на групата лекари/зъболекари – 30,7%, следвани от сестрите 27,6%. Голямото различие между относителния дял на първите две групи с всички останали се дължи на това, че те са най-силно представени в генералната съвкупност на заетите в здравеопазването. Здравната статистика за 2000 г. показва, че лекарите и стоматолозите представляват 40.3% от заетите в този сектор на страната, а медицинските сестри – 30.2%. Здравната реформа беше съпроводена с масови съкращения на персонал, като наетите в медицинския транспорт, помощния и технически персонал бяха оптимизирани до минимум. Поради тази причина относителният дял на изследваните лица от горепосочените групи е значително по-малък от дела на лекари и сестри. По-драстичното им намаление в извадката обаче – в съответствие с точното и действително съотношение, не би било целесъобразно от гледна точка на резултативните честоти на отделните професионални групи в изследването.

Таблица № 2

Разпределение по професии

| Професионална принадлежност | Относителен дял |
|------------------------------------|------------------------|
| Лекари/ зъболекари | 30,7 % |
| Сестри | 27,6 % |
| Акушерки | 4,3 % |
| Фармацевти | 4,1 % |
| Медицински транспорт | 1,2 % |
| Помощен персонал | 8,1 % |
| Административен персонал | 6,9 % |
| Професия, свързана с медицината | 6,1 % |
| Технически персонал | 2,0 % |
| Помощен персонал | 5,1 % |
| Други | 3,9 % |

Друга особеност на изследваните лица е, че 40.4% от тях са с **трудов стаж** в здравеопазването над 20 години, следвани от 17.6% със стаж от 16-20 г., което дава основание да се гласува доверие на събраната информацията, тъй като респондентите наблюдават разпространението на изследваното явление от по-дълъг период.

По отношение на **собствеността на здравното заведение** - 31.5% от анкетираните лица работят в частни заведения, а 68,5% в държавни. Това е напълно логично за България, защото заетите в държавния сектор от здравеопазването все още са значително повече, в сравнение със заетите в частния сектор. Към настоящия момент не може да бъде направен точен паралел с реалното състояние на сектора в София, защото много динамично се развива процесът на приватизация.* Пропорционалният начин на формиране на извадката отразява реалната структура на здравните заведения в София и разпределението на персонала по демографски и професионален признак в целия сектор на страната. Но по обясними причини данните за някои ниско обхванати групи (напр. етнически малцинства, медицински транспорт) нямат самостоятелно представителен характер и могат да бъдат интерпретирани само в общия контекст на изследването. Затова изключително полезно бе използването на качествените методи за допълване и задълбочаване на анализа.

2. ХАРАКТЕРИСТИКА, РАЗМЕР И ОБХВАТ НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

2.1. Общественото възприятие

Проблемът за насилието на работното място не е осъзнат от обществото и в частност от персонала в здравеопазването. В голяма степен неговото значение се подценява и се вкарва в контекста на ежедневните трудности, с които се сблъскват хората, стреса от негативните последици на една продължителна и мъчителна реформа и насилието и престъпността, които съпътстват прехода. Това проличава, както от незаинтересоваността на една част от респондентите при попълването на анкетните карти, така и от регистрираните откази за участие. Що касае качествената част на изследването, трябва да отбележим, че създадената благоприятна обстановка за открита дискусия предостави възможности за едно по-задълбочено осмисляне на проблема и формулирането на интересни тези и реакции.

Всъщност ние като обществени индивиди твърде рядко се замисляме за същността на явленията, с които се сблъскваме ежедневно по пътя към работа, на самото работно място, считайки, че това е нормален елемент от бита и живота. Едва, когато бъдем насочени към една открита дискусия, осъзнаваме, че агресивното поведение на пациента, психологическият тормоз на завеждащ отделението, “нежните” намеци на колегата, безцеремонният натиск на институциите са форми на насилие в здравеопазването. Разбира се то е част от насилието и стреса в обществото като цяло, но има и своите специфични особености и нюанси.

* Със сигурност в частния сектор са посочените в т. 3 и 5 на Анекс 1 здравни заведения (частни болници, индивидуални и групови практики), но към тях трябва да се добавят и болшинството заведения в т. 2.3. до 2.7., които са характеризирани като общинска собственост, но към момента на изследване или са приватизирани или са в процес на приватизация.

Здравеопазването е система, в която действащите лица (пациенти, лекари, сестри, помощен и обслужващ персонал, началници по йерархията, институции, свързани с нейното функциониране, професионални сдружения, синдикати) формират една сложна многопластова матрица от връзки и линии, по които са скрити потенциалните възможности за проява на конфликти и насилие. То може да възникне както от прекия контакт между отделните актьори, така и по косвен път – напр. по повод на неадекватно поведение на институциите, във връзка с неинформираност за права и задължения, но винаги има конкретен субект и обект на насилието. В случая нашето изследване се фокусира върху обекта на насилието, но се търсят не само количествените параметри (размер и обхват), а и един последващ задълбочен качествен анализ на връзките, причините, следствията и ефектите.

2.2. Физическо насилие

Данните от изследването показват, че **тази форма на насилие не е типична за здравеопазването в България**, но същевременно трябва да констатираме, че не е и изключение – 7,5% от респондентите посочват, че през последните 12 месеца са били обект на физическо насилие. Като преобладаващо правило това са агресивни нападения, но без употребата на оръжие. Само един е регистрираният случай на въоръжено насилие. Респондентите, които са били обект на физическо насилие, обаче са раздвоени в оценката си, дали това е типичен случай за тяхното работно място. Малко под половината от потърпевшите оценяват инцидента като типичен (47,4%).

Сравнително по-голям е относителният дял на респондентите, които са били **свидетели на физическо насилие на работното място** – 10,2% от анкетираните (11,5% от отговорилите на този въпрос). В преобладаващата си част (73,1%) свидетелите обаче считат, че инцидентите от този тип са по-скоро рядкост, отколкото често явление – единични случаи или между 2 и 4 пъти през последните 12 месеца.

Основно физическото насилие се проявява по конфликтната линия пациент-лекуващ. Агресивните пациенти са субекти на насилие в 65,8% от регистрираните случаи. Незначителни като брой и относителен дял са инцидентите, причинени от близки на пациента, случайни хора, колеги, преки ръководители и други членове на персонала. Резултатите от дискусиите във фокус групите показват, че агресивността на пациентите има различни подбуди от субективен или обективен характер, но най-често те имат съчетано действие, мултиплицирайки крайния резултат – ескалация на напрежението и прерастването му във физическа разправа. Субективните подбудители са - особеностите в характера на индивида, психическото му състояние, склонността му към употреба на алкохол, наркотици и т.н. Обективните дразнителни са свързани организацията на труда, самият процес на лечение, както и с редица негативни ефекти от провежданата реформа в здравеопазването, които засягат, както пациентите, така и извършителите на медицински услуги. Проявената агресия от страна на пациентите в случая се явява защитна реакция, повлияна от външни фактори и независеща от извършителя на медицинската услуга, но очевидно тази реакция не е в правилната посока. Жертва на насилието обаче е здравният работник.

Обект на физическо насилие в здравеопазването са както жените, така и мъжете. По-високият относителен дял при жените, жертви на физическо насилие (71.1%), се предопределя от спецификата на извадката, обвързана с

феминизацията на здравеопазването. Но от данните в таблицата по-долу става ясно, че вътре в самите полови съвкупности при мъжете регистрираните случаи като относителен дял са повече.

Таблица № 3

**Регистрирано физическо насилие по пол
на жертвите**

| Обект на физическо насилие | Жени | Мъже | Общо |
|---|------|------|-------|
| Брой случаи | 27 | 11 | 38 |
| Относителен дял в общия брой - % | 71.1 | 28.9 | 100.0 |
| Относителен дял % в половата съвкупност | 6.6 | 11.0 | 7.5 |

По видове **професии** най-широко разпространение физическото насилие има сред медицинските сестри, лекарите и помощния персонал (санитари). Като високо рискови обаче могат да се посочат също професиите акушерки и медицински транспорт, при които вътрешногруповият относителен дял е висок – съответно 13.6 и 50.0% (разбира се в голяма степен повлиян от ниския брой изследвани лица).

В 97.4% от случаите на физическо насилие то се отнася за работни места и професии, при които е налице **пряк контакт с пациенти и клиенти**. Данните показват, че физическото насилие се проявява най-вече при следните видове работни места и здравни заведения: болници - 50.0% от случаите, рехабилитационни центрове (диспансери) – 18.4% здравни центрове (ДКЦ и МЦ) – 15.8%. От гл.т. на собствеността по-широко разпространено е физическото насилие в обществените, отколкото в частните здравни заведения – съответно 78.9 към 21.1% на регистрираните случаи.

Таблица № 4

Регистрирано физическо насилие по професионални групи

| Обект на насилие | Лекар/ Зъболекар | Сестра | Акушерка | Мед. транспорт | Помощен персонал | Адм. персонал | Професия свързана с медицината | Охрана поддръжка | Общо |
|-------------------|---------------------|--------|----------|----------------|------------------|---------------|--------------------------------|------------------|-------|
| Брой случаи | 9 | 11 | 3 | 3 | 8 | 1 | 1 | 2 | 38 |
| % към общия брой | 23.7 | 28.9 | 7.9 | 7.9 | 21.1 | 2.6 | 2.6 | 5.3 | 100.0 |
| % към проф. съвк. | 5.8 | 7.9 | 13.6 | 50.0 | 19.5 | 2.9 | 3.2 | 7.7 | 7.5 |

Темпоралните характеристики на физическото насилие показват, че то най-често се проявява **в сутрешните часове и в периода след полунощ**. Не се забелязва никаква силно изразена зависимост в различните дни от седмицата.

Като правило място на инцидента е здравното заведение (78,9% от случаите) и по-рядко извън него.

2.3. Психическо насилие.

Най-разпространената форма на психическо насилие на работното място в здравеопазването е **устният тормоз**. На него са подложени 37,2% от анкетираните и според преобладаващата част от тях това е типичен пример за насилие.

На второ място по размер е **нагрубяването и психическото малтретиране**. 30,9% от респондентите са посочили, че през последните 12 месеца са били подложени на тази форма на насилие. Данните от анкетата, както и мненията на участниците във фокус групите на лекари и сестри свидетелстват, че тя също е типична за съответното работно място в здравеопазването.

Честотата и при двете форми на психическо насилие като правило е периодична и нередовна. На непрекъснат устен тормоз и нагрубяване (психическо насилие) са подложени само 5,7 и 3,2% от анкетираните за съответната форма.

За разлика от физическото насилие, където субект е преди всичко пациентът, при психическото насилие нараства броят и относителният дял на случаите, в които действащо лице е член на персонала или прекият ръководител.

Таблица № 5

**Субект на насилието
(в % към случаите на посочено насилие)**

| Субект на насилието | Физическо насилие | Устен тормоз | Нагрубяване малтретиране |
|-----------------------------|-------------------|--------------|--------------------------|
| Пациент | 65.8 | 43.4 | 44.6 |
| Близък на пациента | 7.9 | 11.1 | 19.1 |
| Член на персонала | 2.6 | 27.0 | 24.2 |
| Ръководител (пряк началник) | 7.9 | 28.0 | 26.8 |

Данните показват, че психическото насилие в много по-голяма степен се проявява по конфликтната линия подчинен-началник, отколкото при физическото насилие. Устният тормоз и нагрубяването между колеги и по йерархията се предпоставя от характера и качествата на отделните индивиди и ръководни кадри, но стресът и напрежението в колектива, подхранвани от негативните ефекти на реформата в здравеопазването на България и песимистичните очаквания, са допълнителни стимулатори за психическо насилие.

Не се наблюдава някаква ярко изразена зависимост при проявлението на психическото насилие за различните възрастови групи. На устен тормоз са подложени почти в еднаква степен (между 33 и 42%) здравните работници в групите до 54 г. възраст. Едва след това има съществен спад – 24.1% в групата 55-59 г. и 16.7% в тази над 60 г. Почти същата тенденция е характерна и при нагрубяването/ психическото малтретиране.

Данните за разпространението на психическото насилие по пол показват, че **устният тормоз засяга в по-голяма степен жените, докато на нагрубяване са подложени почти еднакво и мъжете, и жените.**

Таблица № 6

Регистрирано психическо насилие по пол на жертвите

| Устен тормоз | Жени | Мъже | Общо |
|-----------------------------------|------|------|-------|
| Брой случаи | 161 | 28 | 189 |
| Относит. дял в общия брой - % | 85.2 | 14.8 | 100.0 |
| Относит. дял в половата съвк. - % | 39.5 | 28.0 | 37.2 |

| Нагрубяване | Жени | Мъже | Общо |
|-----------------------------------|------|------|-------|
| Брой случаи | 126 | 32 | 158 |
| Относит. дял в общия брой - % | 79.7 | 20.3 | 100.0 |
| Относит. дял в половата съвк. - % | 30.9 | 32.0 | 31.1 |

От гледна точка на разпространението на психическото насилие по **професионални групи** в системата на здравеопазването отново на преден план изпъкват лекарите и медицинските сестри, но внимателният анализ на данните показва, че ако се отчете пропорционално разпределението на персонала и изследваните лица в извадката, то този вид насилие е характерен за почти всички професионални групи, вкл. технически, помощен и административен персонал. Т.е., психическо насилие се упражнява като цяло в системата на здравеопазването на България и в немалка част то се изявява в административно-организационен план и по линията началник – подчинен.

Прави впечатление ярко изразената тенденция – с увеличаване **числеността на екипа**, в който работи респондентът на работното си място, се увеличава относителният дял на показалите психическо насилие вътре в групата.

Таблица № 7

Регистриран устен тормоз в зависимост от числеността на екипа

| Численост | Сам | 1-5 души | 6-10 души | 11-15 души | Над 15 | Общо |
|------------------------------|------|----------|-----------|------------|--------|-------|
| Брой случаи | 11 | 83 | 30 | 17 | 46 | 187 |
| Отн. дял в общия брой -% | 5.9 | 44.4 | 16.0 | 9.1 | 24.6 | 100.0 |
| Отн. дял в екипната съвк. -% | 33.3 | 32.9 | 34.1 | 40.5 | 52.9 | 37.3 |

Регистрирано нагрубяване в зависимост от числеността на екипа

| Численост | Сам | 1-5 души | 6-10 души | 11-15 души | Над 15 души | Общо |
|------------------|-----|----------|-----------|------------|-------------|------|
| Брой случаи | 4 | 71 | 26 | 16 | 40 | 157 |
| Отн. дял в общия | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|-------|
| брой - % | 2,5 | 45.2 | 16.6 | 10.2 | 25.5 | 100.0 |
| Отн. дял в екипната съвкупност - % | 12.1 | 28.2 | 29.5 | 38.1 | 46.0 | 31.3 |

По-често тези две форми на психическо насилие се срещат в обществените здравни заведения, отколкото в частните. За устен тормоз свидетелстват 31.6% от анкетиранияте в частния сектор, докато в обществените те са 39.7%. При нагрубаването (малтретирането) данните са съответно – 26.6 и 33.1%.

За упражнено **сексуално насилие** върху тях през последната година сигнализират само 2,2% от анкетиранияте. Трябва да отбележим обаче, че данните в голяма степен се влияят от два съществени фактора. От една страна - това е твърде деликатна тема и мнозина избягват да говорят открито по нея, а също така да споделят, било с близки, или колеги на работното място. От друга – нашето право не съдържа категорична забрана за сексуален тормоз на работното място и не предвижда дисциплинарни или други наказания за такива действия. За да се определи дали едно поведение е сексуален тормоз, трябва да се има предвид характерът на поведението, как се приема то (желано или нежелано) и какъв е резултатът от него. Сексуален тормоз може да има, дори когато лицето, което досажда, няма намерение да обиди и за него това е просто шега, безобиден флирт или ласкателство. Съществено е дали те се възприемат така и от обекта. В крайна сметка обаче, от юридическа гл.т., нежеланото поведение трябва да причинява някаква вреда, за да бъде квалифицирано като сексуален тормоз, което сега при липсата на правна регламентация не дава много възможности за реакция.

Ниският абсолютен брой на случаите на сексуално насилие (11) не дава възможности за анализиране на дву- и тримерни разпределения. Затова ще се ограничим само в посочването на най-големите натрупвания по отделни признаци. Обобщавайки тези характеристики, можем да опишем така типичния обект на сексуално насилие.

Това е медицинска сестра или лекарка на възраст между 25 и 29 г. Като правило тя е омъжена или живееща с партньор. Етническата ѝ принадлежност е българска. Работи в обществено здравно заведение и не е необходимо непременно да дава нощни дежурства. Работното ѝ място е болница, където изпълнява задълженията си в екип от повече колеги. Насилието на работното място я тревожи, но в не много силна степен. Приема го като част от ежедневието и съществуващите нагласи.

Насилието на расова основа, поне на този етап, не е характерно за България поради незначителния брой на имигрантите. Регистрираните в изследването 4 случая (0,8% от анкетиранияте) са на етническа основа, т.е. към членове на малцинствени групи – турци, роми. Интересно е, че някои от показаните насилие на **етническа основа**, са отразили и друг тип насилие – физическо или устен тормоз и малтретиране, т.е. може да се предполага, че принципно насилието срещу тях се корени в етническата им принадлежност. Този проблем беше обсъден във фокус групата на сестрите. Те поставиха един по-друг акцент на тази зависимост. Работата на санитарите е непривлекателна и изключително ниско платена. Доколкото има заети роми в здравеопазването, те в преобладаващата си част са именно на такива работни места. Те попадат на

най-ниското стъпало в йерархията, което е предпоставка да бъдат тормозени и унижавани от всички останали, но от друга страна те са в постоянен контакт с пациенти, при това в повечето случаи става въпрос за неподвижно болни и е обществена тайна, че обслужването им, като правило е свързано с даването на дребни пари и бакшиши. Т.е., възниква още една конфликтна линия, по която насилието придобива твърде сложен характер – между самите санитарни, като най-често то е двустранно.

Етническото насилие е принципно важен проблем за обществото като цяло, но той трудно може да бъде разглеждан като такъв в сферата на здравеопазването. В обществен мащаб конфликтът възниква по линия на огромната пропаст в образователното и квалификационно равнище между преобладаващия и малцинствения етнос. Системата на здравеопазване обаче не допуска по-ниска от необходимата квалификационна и образователна степен за съответното работно място (с изключение на горепосочените случаи). Това в голяма степен гарантира правата на заетите от малцинствения етнос в здравните заведения, т.е. те са еднакво уважавани както и останалият персонал. Разбира се, те също не са застраховани от посочените вече форми на насилие на работното място, но то е **по-скоро насилие, причинено от общо действащите фактори, а не на чисто етническа основа**. В този смисъл и ефектите, които поражда този тип насилие, не се различават съществено от гореописаните.

Обобщаващи бележки.

В обобщение ще посочим, че оценката на истинския размер на явлението насилие на работното място се затруднява и от факта, че, както вече беше посочено, липсва статистика и система за докладване на случаите. Основният извод, който се налага, е, че е налице слабо докладване (*underreporting*) на инциденти на насилие на работното място в здравеопазването и, че явлението не е достатъчно добре документирано. Това бе ясно изтъкнато от представителите във всички фокус групи.

Различните професионални групи и професии в здравеопазването в различна степен са изложени на риск. Това важи и за различните видове здравни заведения – в този смисъл особено рискови са психодиспансерите, спешните отделения в болниците, бърза помощ.

Въпреки че всички професионални групи са засегнати от определени форми на насилие, **в най-голям риск от насилие са сестрите**, тъй като те имат най-пряк и продължителен контакт с пациентите, понякога са буфер между лекар и пациент. Положението им в йерархията и служебната им подчиненост на лекарите също допринасят за това.

Както показват резултатите от изследването, случаите на физическо насилие, особено на такова с използване на оръжие не са типични за здравеопазването в България. Въпреки някои данни за физическо насилие, главно от пациенти с психически отклонения или с по-агресивно поведение, устният тормоз и малтретирането са по-широко разпространени.

3. ФАКТОРИ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО

Резултатите от изследването показват, че факторите, които предизвикват насилие, се коренят в широк социален, икономически, организационен и културен контекст. В същото време някои специфични характеристики на здравеопазването се посочват като увеличаващи риска от насилие на работното място – секторът е феминизиран, работа на смени, работа сам по време на прегледа и процедурите, всекидневен контакт с пациенти с различни заболявания и техните роднини, работа през нощта, натиск, породен от недостиг на време и необходимостта да се действа бързо, особено в случаите, когато става въпрос за спасяване на човешки живот. Наред с това, в получените анкетни карти и по време на дискусиите във фокус групите беше разкрито и многообразието и комплексността на факторите, които, взаимодействайки си, допринасят за възникване на насилие на работното място.

Прави впечатление, че поради кризата и социалното напрежение се виждат главно по-глобалните фактори и не се осъзнават в достатъчна степен рисковете на конкретното работно място.

Посочените от анкетиранияте фактори най-общо могат да се класифицират в няколко групи:

1. Фактори, свързани със социално-икономическата ситуация в периода на преход от социалистическа планова към пазарна икономика, реформите, които се извършват в различни сфери на обществото, включително и в здравеопазването и повишеният стрес и социално напрежение в обществото – **социетални фактори.**
2. Фактори, свързани с личността и поведението на пациентите и характеристиките на отделни групи пациенти със специфични заболявания – **личностни фактори.**
3. Фактори, свързани със социално-психологическата атмосфера, стила на управление и организацията и условията на труд в здравното заведение – **организационни фактори.**

3.1. Социетални фактори

Социално-икономическото положение в страната в условията на преход, пораждащо бедност и на медицинския персонал, и на пациентите, безработица и висока престъпност, е посочено като фактор, генериращ физическо насилие от близо 19% от отговорилите. Значително повече – 26.2 % - посочват това като фактор, допринасящ за проявата на психическо насилие. Отчита се, че духовната деградация в обществото, промяната на ценностната система и моделът на взаимоотношения в обществото в условията на преход допринасят за увеличаване на случаите на насилие. Към тази група фактори би могло да се включват и характерът и последствията на здравната реформа, които ще разгледаме по-нататък.

Страхът и несигурността, свързани с посочените вече фактори, създават високо равнище на **стрес и социално напрежение** както за медицинския персонал, така и за пациентите, които могат да се трансформират в потенциал според всеки 9 за възникване на физическо насилие и според всеки 5 – на психическо насилие. Заедно с това, част от медицинския персонал, в частност работещите в бърза помощ и спешните отделения, са подложени на непрекъснат стрес от постоянната среща с жертви на насилието на улицата или в дома и на други инциденти.

Според анкетиранияте икономическата зависимост, юридическата незащитеност и ниският социален статус на медицинския персонал, поради мизерното заплащане и непрекъснатите съкращения в здравеопазването, се използват от някои ръководители за създаване на страх, несигурност и подчинение у персонала и създават обстановка на непрекъснат психически тормоз.

Не по-малко важен фактор за възникване на насилие е търпимостта на обществеността към насилието във всичките му форми, липсата на загриженост на държавните органи и на ефективен защитно-санкциониращ механизъм и стратегия за борба с насилието.

3.2. Личностни фактори

Всеки трети от анкетиранияте посочва индивидуалните характеристики на пациентите като фактор за физическо или психическо насилие на работното място. Наблюдава се нарастваща агресивност в поведението на пациентите. Разярени, ядосани или разстроени по една или друга причина пациенти или пациенти под въздействие на алкохол и наркотици са в повечето случаи причинителите на насилие в здравните заведения. Според анкетиранияте за подобно поведение в някои случаи причина са ниската степен на образование, възпитание и здравна култура, както и липсата на уважение към персонала в здравеопазването. Поведението на пациентите не е толерантно, няма търпимост, пренасят се проблемите от семейството и всичко това е причина или предпоставка за проява на физическо и психическо насилие.

Заплаха за медицинския персонал, а и за обществото като цяло, е нарастването на броя на пациентите с остри и хронични психически заболявания, които са извън здравните заведения без адекватно последващо лечение, поради бедственото състояние в обществото, семействата и системата на здравеопазване. В редица здравни заведения – психиатрични клиники и диспансери и в старчески домове самото заболяване на пациентите – психическо или сенилно - създава опасност от насилие, главно физическо - според 20.6% от отговорилите. В по-малка степен тези отклонения са посочени като причина за психическо насилие – 9.1%.

3.3. Организационни фактори

Работното място като такова, съдържа значителен потенциал за насилие, основано на взаимодействието на персонала, на персонала и мениджмънта, на личностните характеристики на ръководителя и стила му на управление. **Недостатъчно добрите взаимоотношения в здравните заведения**, водещи до конфликти на работното място и липсата на процедура за решаването им, както и стилът на управление са посочени преди всичко като фактор за психическо насилие – 39.7% срещу 14.7% , които считат, че те водят до физическо насилие. Липсата на взаимно уважение и колегиалност, на толерантност и търпимост между колегите, като и между персонала на различни йерархични равнища е причина за възникване на различни форми на насилие. Все повече като фактор, стимулиращ насилието се посочват изострените взаимоотношения между GPs и специалистите. В редица здравни заведения **ръководителят** е този, който упражнява непрекъснат психически и емоционален тормоз, като анкетиранияте посочват, че причина за това са неговата управленска некомпетентност, неумение да общува, незаинтересоваността му към проблемите на персонала, високомерието, манията за величие, незачитане правата на персонала.

Около 15% от изследваните акцентират върху това, че рискът от насилие до известна степен се съдържа и в **неефективната организация и лошите условия на труд**. Сред факторите са посочени: 12-часовият работен ден, интензификацията на труда, поради недостатъчния персонал, непълните нощни смени, поради което се налага да се работи сам, многото документация, която трябва да се попълва, съгласно изискванията на Здравната каса, което води до натрупване на пациенти, които се изнервят от дългото чакане и стават агресивни. Физическите фактори на средата – шум, осветление, температура и други не са посочени сред факторите, оказващи влияние върху възникването на насилие. **Липсата на охранителни мерки и заниженият контрол** са посочени главно като фактор за възникване на физическо насилие. Заедно с това във фокус групите беше подчертано, че много строгите мерки за охрана и контрол на достъпа на пациенти могат да имат отрицателен ефект и да породят насилие.

Недостатъчната информация за реформата и неразбирането ѝ от пациентите, липсата на финансови средства в здравните заведения, включително и за хигиена и охрана на труда, високата задлъжнялост на болниците, намаляването на персонала и ниското заплащане, трудностите и проблемите във взаимоотношенията със Здравната каса, особено по отношение на Рамковия договор, процедурите на акредитация на здравните заведения, въвеждането на платено медицинско обслужване и др. са посочени от 16.1% от анкетираните сред факторите, пораждащи физическо насилие и съответно от 23 % - психическо насилие на работното място.

Обобщените данни от отговорите на открития въпрос за факторите за възникване на физическо и психическо насилие са дадени в Таблицата по-долу. Тя показва, че според анкетираните **водещите фактори, които допринасят за възникване на насилие на работното място са:**

- личностните качества и поведение на пациентите, както и поведението на специфични групи пациенти
- социално-икономическата ситуация в страната
- реформата в здравеопазването

По-задълбоченият анализ на данните обаче показва някои вътрешни различия по отношение на ранжировката и интензивността на посочване на факторите за двата вида насилие.

Таблица № 8
ФАКТОРИ, ДОПРИНАСЯЩИ ЗА НАСИЛИЕ
НА РАБОТНОТО МЯСТО %

| Фактори | Физическо насилие | | Психическо насилие | |
|---|-------------------|------|--------------------|------|
| | насилие | Ранг | насилие | Ранг |
| Социалната и икономическата ситуация в страната | 18.8 | III | 26.2 | II |
| Реформата в здравеопазването | 16.1 | IV | 23.0 | III |
| Стрес и социално напрежение | 11.9 | VII | 19.4 | V |
| Личността на пациентите | 36.7 | I | 31.7 | I |
| Специфични групи пациенти | 20.6 | II | 9.1 | VII |
| Стил на управление | 7.8 | VIII | 23.4 | IV |
| Взаимоотношения на работното място | 6.9 | X | 16.3 | VI |
| Организация и условия на труда | 14.7 | V | 16.3 | VI |
| Липса на мерки за охрана и контрол | 13.8 | VI | 7.5 | VIII |
| Липса на специални органи и процедури | 7.3 | IX | 7.5 | VIII |
| Други | 22.9 | | 26.6 | |

| | | |
|---------------------------------|------|------|
| Няма насилие на работното място | 7.6 | 8.7 |
| Неотговорили | 34.9 | 17.5 |

Анализът на данните за факторите, пораждащи насилие според професионалния статус очертава следните по-интересни тенденции.

По отношение на факторите за физическо насилие водещата роля на личността и поведението на пациентите се запазва при почти всички професионални групи – лекари, сестри, акушерки, административен персонал, фармацевти. Помощният персонал извежда на първо място поведението на специфични групи пациенти. На второ място лекарите поставят социално-икономическата ситуация в страната, докато сестрите извеждат поведението на специфични групи пациенти (преди всичко с психически отклонения). На трето място лекарите посочват организацията и условията на труд и липсата на мерки за охрана и контрол, а сестрите социално-икономическата ситуация и реформата в здравеопазването. Стилът на поведение и личните качества на ръководителя са изведени на второ и трето място съответно от административния персонал и от помощния персонал.

При посочването на факторите за психическо насилие има известно пренареждане на факторите. Личността и поведението на пациентите запазва водещата си роля при лекарите, сестрите и персонала, свързан с медицината, но заедно с това някои професионални групи (фармацевти, административен персонал, технически персонал) извеждат на първо място стила на управление и качествата на ръководителя. Лекарите поставят на първо място и социално-икономическата ситуация в страната. На второ място като фактор за психическо насилие са изведени здравната реформа – от лекари, сестри и обслужващ персонал и стилът на управление – акушерки, помощен персонал, персонал, свързан с медицината. Като водещ фактор са изведени и стресът в обществото и социалното напрежение – от лекари, акушерки, административен, технически и обслужващ персонал.

Определени различия при ранжировката на факторите се наблюдават и в зависимост от вида на здравното заведение.

Според анкетираните, които работят в **болници**, факторите, които в най-голяма степен определят възможността за упражняване на **физическото насилие** са:

- липсата на мерки за охрана и контрол – 40%
- личността и поведението на пациентите – 39.6%
- социално-икономическата ситуация в страната – 15,1%

При факторите за **психическо насилие** като водещи са изведени:

- личността и поведението на пациентите – 37.3%
- стилът на управление и качествата на ръководителя – 27.6%
- социално-икономическата ситуация в страната – 25.4%

Според анкетираните от **здравни центрове** определящи за **физическо насилие** са такива фактори, като:

- личността и поведението на пациентите – 42.6%
- социално-икономическата ситуация в страната – 20.4%
- липсата на мерки за охрана и контрол – 18.5%

Факторите, допринасящи за **психическо насилие** на работното място са ранжирани по следния начин:

- личността на пациентите – 26.3%
- социално-икономическата ситуация в страната – 21.1% и реформата в здравеопазването – 21.1%
- стилът на управление и качествата на ръководителя – 15.8% и взаимоотношенията в колектива – 15.8%

Анкетираният от **диспансерите** извеждат на преден план като фактор за **физическо насилие**:

- специфични групи болни – 57.1%
- социално-икономическата ситуация в страната – 30.8% и реформата в здравеопазването – 30.8%
- личността и поведението на пациентите – 25.6%

Като основни фактори, допринасящи за **психическо насилие** са посочени:

- социално-икономическата ситуация в страната – 37.8%
- стресът и социалното напрежение – 32.4 и личността и поведението на пациентите – 32.4%
- организацията и условията на труд – 18.9%

Индивидуално практикуващите семейни лекари – GPs са извели реформата в здравеопазването на първо място като фактор и за физическо – 57.1%, и за психическо насилие – 65.2%.

Коментираният вече фактори бяха посочени и в дискусиите във фокус групите. Във фокус групите на лекари; сестри; пациенти обаче акцентът беше поставен върху влиянието на здравната реформа, която доведе до големи промени на процеса на здравеопазване като цяло и превърна медицинския персонал в буфер между популизма на държавата, която пропагандира, че всичко е безплатно и достъпно, от една страна, и пациентите, които изпитват на гърба си недостатъците на реформата, от друга страна. “Организационните и административните промени в едно нездравно общество се превръщат в предпоставка за насилие”, отбеляза един от директорите на болници.

Реформата в здравеопазването се извърши без дебат в обществото, поради което **хората не са достатъчно информирани и се създава несигурност и у персонала, и у пациентите**. Към това се добавя и недостатъчно ясна и често променяща се нормативна база, както и усложнените взаимоотношения със Здравната каса. Пациентите изискват по-бързо и качествено обслужване, а им се дава по-малко, отколкото са свикнали да получават и то след значителни бюрократични спънки и ходене по мъките, за да се доберат до преглед до специалисти или да получат безплатни лекарства. Поради **навика да се получава безплатна медицинска помощ**, когато се наложи да плащат потребителски такси при всяко влизане в лекарски кабинет или, когато разберат, че има лимит за прегледи при специалисти или списъци на чакащи, те стават напрегнати и агресивни. Според пациентите **затруднен е и достъпът до медицинско обслужване за най-уязвимата част от населението** – дългосрочно безработните, които не са регистрирани, работещите в сивата икономика, които работят без договор и не са осигурени от работодателя си, тъй като неосигурените лица нямат право да избират GP и трябва да заплащат всяка медицинска услуга.

Силно влияние в **доболничната помощ** оказват и взаимоотношенията GPs – медицински сестри, които често са без трудови договори и с унижително ниско заплащане, тъй като заплатите, които те получават се изплащат от

общопрактикуващите лекари. Подобни са и взаимоотношенията GPs – специалисти, като първите изпращат по-малко пациенти при специалистите и се опитват да изпълняват техните функции, което се отразява на заплащането им. Това допълнително се усложнява и от лимитирането на талоните за специалисти, на които има право всеки GP. Всичко това може да бъде фактор за проява на психическо насилие. Освен това и между GPs и пациентите съществува конфликт на интереси, поради многото пациенти, които те са записали в своите списъци, което налага да се чака продължително и това изнервя и лекари, и пациенти и може да доведе до насилие.

В групата на лекарите беше посочено също така, че **спецификата на отделните здравни заведения и тяхното географско разположение определят и различни фактори за насилие**. В болниците, особено в градските, големият поток болни и продължителното чакане поради съкратената численост на персонала създава условия за проява на агресивност у пациентите. За това допринася и липсата на точно регламентиране на правата на пациентите и медицинския персонал. Диспансерите са по-затворени системи, но там болните в редица случаи са с някои отклонения и са склонни към насилие. В университетските болници, където има преподавателска работа, също има по-голям поток и условия за по-голяма проява на насилие. Специфично за тях обаче е психическото насилие, свързано със **създаването на пречки за професионалното развитие, израстването в йерархията и ограничаването на професионалните изяви** за определени хора. Практиката показва, че в университетските болници асистентите стават ръководители, а професорите – ординатори.

Представителите на **частните заведения** посочват, че и в тях има засилен тормоз, включително и физически. Част от новобогаташите, които обикновено идват в тях, обикновено са груби и арогантни и издевателстват над медицинския персонал, те искат всичко и веднага да им бъде осигурено, с аргумента “Аз ти плащам!”

Участниците във фокус групите считат, че **в малките градове** има по-малко условия за насилие, защото хората се познават и случаите на насилие ще се разчут, докато в по-големите градове анонимността е по-голяма и има по-голяма склонност към насилие.

3.4. Реформи, основни мерки за реструктуриране, съкращения в здравния сектор и тяхното отражение върху насилието в здравеопазването

Реалните реформи в здравеопазването в България започнаха през месец юли 2000 год., след като бяха приети основополагащите закони определящи целите и начина на реструктуриране на съществуващата до момента система на здравеопазване. Това са Закон за здравно осигуряване, Закон за лечебните заведения и Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите. От система на централизирано планирана, управлявана и финансирана система на универсално покритие и безплатен достъп се преминава към социално-осигурителна система.

Реформата стартира най-напред в областта на доболничната помощ, като коренно се реструктурира съществуващата мрежа от поликлиники, като на тяхно място бяха създадени Диагностично-консултативни центрове, Медицински центрове, Медицински технически лаборатории и други. Основната тежест е възложена на общо практикуващия лекар и специалистите от доболничните практики. Промени се изцяло финансирането на доболничната

помощ, което става в пълен обем от Национален здравно осигурителен фонд – обществена институция, която се управлява трипартитно. Тя събира средствата от въведеното със Закон задължително здравно осигуряване и ги изразходва, като сключва Национален рамков договор със съсловните организации на лекари и стоматолози. Новосъздадените здравни и лечебни заведения от доболничната помощ, както и част от болничните здравни заведения са регистрирани, като търговски дружества. **Преструктурирането** на сектор здравеопазване бе съпроводено с драстично намаление на работни места и редуциране на болнични легла.

За периода 1999-2000 г. **работните места в здравеопазването са намалели с 23 080 души**, като главно са засегнатите медицинските кадри със средно образование – сестри, акушерки и други. Болничните легла на 100 000 души от населението - от 1061 през 1995 г. на 749.5 за 1999 г. На този фон продължава хроничното недофинансиране на здравните услуги за населението, което се възприема от пациентите като намаляване на качеството на медицинската помощ.

Този начин на провеждане на реформата в здравеопазването доведе до несигурност на персонала за работното място, от една страна, и неяснота и неразбиране на новите форми на взаимоотношение от страна на населението. Съществува и известна неравнопоставеност и различие в обема и качеството на предоставените здравни услуги в по-големите населени места и тези от по-малките населени места. От юли 2001 г. стартира реформата в болничните заведения, като част от тях вече работят със Здравната каса.

Допълнително в хода на преструктурирането и реформите в здравеопазването се наблюдава изоставане на **работните заплати** в публичния сектор спрямо увеличението на цените на стоките и услугите, както и спрямо заплащането в частния сектор. За около 12 години от старта на демократичните промени в България средната работна заплата за страната е спаднала реално с 49.1%, а тази в публичния сектор с 51,4%. В бюджетно финансираното здравеопазване средната брутна работна заплата е около 90 US\$, като за висшия медицински персонал тя е около 120 US\$, а за средния медицински персонал - около 75 US\$, при средна работна заплата за страната за публичния сектор около 108 US\$ - данните са за 2001 г. На фона на тези ниски възнаграждения се добавя много често и забавяне на тяхното изплащане, особено в тези здравни заведения, които са на финансиране от общините.* Тези данни показват, че заплащането на труда на медицинския персонал е един постоянно действащ стресогенен фактор за работещите в тази сфера. Това разбира се е и предпоставка за увеличение на случаите на насилие.

Според анкетираните през последните две години в здравните заведения в България са настъпили сериозни промени:

- преструктуриране/реорганизация – 63.9 %;
- намаляване на персонала – 60.7%;

* За да илюстрираме по-ясно състоянието на доходите в сектор здравеопазване, ще цитираме данни от проведената от Института на КНСБ и Федерацията на синдикатите в здравеопазването към КНСБ в края на миналата година анонимна анкета в 21 бивши окръжни градове в страната. Бяха анкетирани 675 работещи в различни здравни лечебни заведения и професии. На въпроса: “Към коя категория бихте отнесли вашето домакинство?” 10.2% определят домакинството си като крайно бедно, 42.3% - на ръба на оцеляването и 22.6% - като бедно, но без проблем за оцеляването. Като цяло, 75.1% от всички анкетирани, в една или друга степен, се определят като бедни.

- намаляване на ресурсите – 23.2%;
- увеличаване на персонала – 7.9%;
- допълнителни ресурси – 6.0%.

Преобладаващото мнение е, че повечето от тези промени са довели до негативни последствия за ситуацията в здравеопазването. Близко половината от анкетиранияте (48.1%) посочват, че работната среда за персонала се е влошила, а една четвърт (25.1%) - че се е влошила средата за пациентите. Значително по-малко са тези, които считат, че работната среда за персонала и средата за пациентите се е подобрила, съответно 23.2 и 18.6%. Влошаването на работната среда за медицинския персонал се дължи главно на намаляване на ресурсите според 82.4% и на намаляването на персонала според 66.2% от анкетиранияте. Макар че се посочва от по-малка част от анкетиранияте – 40.2%, реструктурирането засилва напрежението и има негативни последици за функционирането на здравните заведения.

Като цяло реструктурирането и съкращенията в сферата на здравеопазването, недофинансирането на отрасъла и несигурността в населението и хората, работещи в тази сфера се явяват реална предпоставка за възникване на напрежение и конфликти в здравните заведения, които са основа за възникване на различни форми на насилие между отделните групи персонал, и между персонал и пациент. Като правило преобладават различни форми на психическо насилие, което поради съществуващия страх и несигурност за работното място се смята като нещо нормално, съпътстващо реформите в сектора на здравеопазването, най-често от средния и обслужващия медицински персонал, които са сред най-засегнатите от хода на реформата категории.

4. ЕФЕКТ И ОТРАЖЕНИЕ НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Агресията и насилието на работното място безспорно са проблем не само за самите обекти на насилие, но и за обществото като цяло, защото отрицателните ефекти се проявяват в различни насоки и действието им е не само непосредствено, но и опосредствано и дълготрайно. Това е една неизследвана област в България. Липсата на очертана динамика и регистриране на разпространение на явлението не позволява да се даде една цялостна реалистична оценка за комплексното влияние на насилието на работното място, включително и в здравеопазването.

Сравнително ниското ниво на физическо насилие, регистрирано от изследването – 38 случая (7.5 % от анкетиранияте), не позволява да се направи точна оценка на причинените телесни вреди, но все пак ще споменем, че само в 7 от случаите е посочено нараняване. Последващо наложено се лечение се отбелязва само при 4 инцидента, а ползваните принудителен отпуск по болест са трима, т.е., в изследваните здравни заведения тежките физически щети от насилие са по-скоро рядкост, отколкото нормално явление.

Малкият брой на регистрирани случаи на физическо насилие не дава възможност и да се правят някакви общовалидни изводи за ефекта от насилието по отношение на финансови загуби за личността и здравното заведение.

Но цената, която се плаща за насилието, далеч надхвърля финансовите загуби за личността и здравното заведение. **Психологическите последствия от насилието имат дълготраен и многопосочен ефект.** Те се отразяват

негативно на емоционалното състояние, на работата и на семейния живот на жертвите на насилие. Получените данни, макар и непредставителни, дават възможност да се очертаят някои тенденции по отношение на различията в реакциите на мъжете и жените.

Повечето от половината от жертвите на физическо насилие изживяват в средна и висока степен неприятни и тревожни спомени (по 5-степенната скала на оценка), като това е по-силно изразено при мъжете. Така, 44,4% от мъжете и 59,1% от жените посочват, че понякога се връщат към спомените за случката и имат тревожещи спомени, а 33,3% от мъжете и 27,3% от жените често и много често имат подобни преживявания. Над 80% от жените и около 60% от мъжете се опитват да преодолеят случилото се, като избягват да мислят и говорят за инцидента. Преживяното физическо насилие кара жертвите да стават “свръх чувствителни” и по-предпазливи, като това е по-характерно за мъжете – над 70% от мъжете и около 55% от жените дават отговори в рамките на скалата понякога- много често. Мъжете много по-често от жените имат чувството, че всичко, което е направено по случая е било напразно – съответно 80% от мъжете и 52% от жените.

Очевидно проявеното насилие на работното място крие висока цена – засилено чувство на гняв и безпомощност, нарушено здравословно състояние, висока степен на стрес, а понякога и страх, пренасяне на проблемите в семейството. Тези констатации бяха потвърдени и в дискусиите във фокус групите.

Не по-малки последствия и негативни отражения има психическото насилие. Далеч по-широкият му обхват и размер, регистриран от изследването, заедно с многопосочното му въздействие, представляват действително един твърде сериозен проблем. **Устният тормоз** предизвиква тревожни спомени и мисли в средна и висока степен за 56% от мъжете и 67% от жените, подложени на такава форма на насилие, половината от мъжете и над 60% от жените се стремят да не мислят и говорят за случилото се. Значителна част от респондентите (около 60% от мъжете и близо 70% от жените) са станали “свръх чувствителни” и предпазливи. Почти толкова са и тези, които изпитват чувство на безизходица, чувствайки, че това, което са направили е напразно, като това е по-силно изразено при жените. Тези преживявания на жертвите на насилие не може да не се отразят негативно на взаимоотношенията между пациент и лекуващ, както и между персонала – веднъж като колегиални отношения, и втори път – като взаимно доверие и уважение в йерархията. Най-често нарушените микроклимат и вътрешно спокойствие засилват стреса и напрежението.

По аналогичен начин се отразява върху жертвите на насилие **нагрубяването/психическото малтретиране**, като над половината от жертвите на този тип насилие се връщат постоянно към случилото се, затварят се вътре в себе си и стават свръх чувствителни и предпазливи. (Анекс № 10)

Всичко това говори за проява на това, което в психиатрията се нарича **посттравматичен стресов синдром**, чиито симптоми са: постоянно връщане към травмиращото събитие, избягване на поводи (хора, ситуации, теми), които напомнят за него или в някои случаи избирателна амнезия, раздразнителност, възбудимост, враждебност към околните и др..

Във фокус групите на сестрите и лекарите беше отбелязано, че последствията от различните форми на психическо насилие често водят до влошаване на здравословното състояние, до дистрес и редица социално

значими болести. **Силният негативен ефект от този тип насилие, проявяващ се, както вече отбелязахме, понякога като посттравматичен стресов синдром, съчетан с липсата на механизми за институционална подкрепа, води до ниско самочувствие, самообвинения и самоизолация.** Това обаче са опасни реакции, защото те не елиминират предпоставките за проява на насилие на работното място, а нарушават вътрешния психически и емоционален комфорт на жертвите, не им позволяват да се изявят в максимална степен на работното място и в крайна сметка от това страда работата в здравното заведение като цяло.

Представителите на синдикатите във фокус групата посочиха, че атмосферата на психическо насилие в здравното заведение **спира развитието на човека и влияе депресиращо на всички останали.** Човек непрекъснато е принуден да се брани срещу проявявания тормоз, както образно беше посочено “като човек, заобиколен от зли кучета” и губи време и усилия вместо да влага активност и енергия в работата и качествено изпълнение на професионалните си задачи. Затова, колкото е по-малко насилието, толкова по-свободен и мотивиран ще се чувства човек и ще има сили да работи качествено и с отдаденост към професията си.

Можем да обобщим, че **независимо от кого е предизвикано насилието – пациент, началник, колега или случаен човек, ефектът от него засяга по пряк или косвен начин отново всички, които са свързани в системата, описана от нас като многопластова и с многопосочни линии на въздействие.**

Още по-опасни последици, както за жертвите, така и за останалите членове на колектива в здравното заведение, може да има **сексуалното насилие**, дори когато то се изявява само като психическо и не е прекрачило прага на физическо насилие. Сексуалният тормоз във всичките му форми е свързан с унижение, заплахи и експлоатация. За всеки, включително за онзи, който не е пряк обект на подобно насилие, той подкопава доверието и взаимното уважение, които са в основата на свободната и открита обмяна на идеи. Такова поведение води и до неблагоприятно въздействие върху качеството на работата, създава враждебна, застрашителна или агресивна атмосфера.

Във фокус групите беше посочено, че за да се избегнат подобни конфликти, е важно не само всеки да се въздържа от поведение, което може да се квалифицира като сексуален тормоз, но и категорично да се противопоставя на подобни прояви на други колеги или представители на ръководството. Дори при липсата на законов регламент това може да стане в рамките на официална или неофициална процедура в здравните заведения, но е добре и в двата случая да се спазва максимална конфиденциалност.

Дискусиите във фокус-групите засегнаха и един твърде важен проблем – за **текучеството** като ефект от насилието и недобрите отношения в колектива на здравното заведение. То също не е обхванато статистически, т.е. не се регистрират причините за честата смяна на работните места във или между различните заведения. Тук бе изтъкната ролята на преките ръководители и на мениджърския екип на по-високо ниво. За да бъдат минимизирани негативните ефекти, трябва да се води целенасочена политика по превенция на насилието, а когато то е налице – да има по-голяма гъвкавост в кадровата политика (чрез

пренасочване към нови работни места, ротация и др.). **На културата на страх от насилие, формирана в обществото, поради честите му прояви, трябва да се противодейства, като се създават условия, тя да не прониква на работното място.**

Ефектите от насилието засягат не само жертвите, по косвен път, както вече посочихме, **те се отразяват върху микро-климата в здравното заведение**, създавайки напрежение и конфликти във взаимоотношенията между персонала и между мениджмънта и персонала. В крайна сметка **това се отразява върху качеството на работата, а то вече засяга не само пациентите, а и здравния сектор и обществото като цяло.** Поради това и работодателите, и здравните работници са еднакво заинтересовани от редуциране на насилието на работното място.

В обобщение ще изтъкнем, че една реалистична оценка на преките и непреки последици и отражението на насилието на работното място в здравеопазването трябва да почива на емпиричните познания в тази област, но те трябва да бъдат обхванати в една стройна система, която да позволява съответно противодействие на предпоставките и факторите за проява на насилие. На сегашния етап, както вече посочихме, такава не съществува, липсва и елементарна статистика на случаите на насилие и количествените параметри на последиците (брой загубени работни дни, разходи за проведено лечение при психически или физически травми и т.н.).

5. ИНДИВИДУАЛЕН И ИНСТИТУЦИОНАЛЕН ОТГОВОР НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО. МЕРКИ ЗА ПРЕДОТВРЯВАНЕ НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО

5.1. Стратегии на жертвите за справяне с насилието

Като правило физическото насилие крие риска от наранявания, реакцията не винаги може да бъде адекватна на ситуацията и емоционалният стрес бележи много рязък скок. Това не се случва всеки ден, затова и отпечатъкът в съзнанието е траен. Правилото “на агресията се отваря с агресия” обаче не винаги работи в сферата на здравеопазването и това е спецификата на конфликта пациент-лекар. Лекуващият винаги има предвид състоянието на болния и е склонен към по-толерантно отношение. Във фокус групите беше споделено, че по-опитните лекари и медицински сестри с държанието си, с тона си се стремят да отвлекат вниманието и да успокоят пациентите и по този начин да предотвратят ескалирането на нагрубяването. Те са много по-опитни и в разчитането на предварителните сигнали за агресивно поведение.

Физическата самозащита е необходима в определени случаи, но данните от изследването показват, че тя сравнително рядко се използва (в 18,4 % от регистрираните инциденти и при мъжете, и при жените). Преобладават “реакциите на разума”, като устно уговаряне, главно при жените – 40%, докато това е реакция само на 18,2% от мъжете. Споделянето с колеги, търсенето на съвет и уведомяването на прекия ръководител са реакции, които също са по-

типични за жените (посочени съответно от 40,7%, 14,8% и 37% от отговорилите на този въпрос жени), докато за мъжете е типично да не предприемат никакво действие (36,4%) или да се направят, че нищо не се е случило (9,1%). Както показват данните, има тенденция случаите на различни видове психическа насилие да се докладват на ръководителя в по-малка степен, като главно се споделя с колеги и приятели.

Така **реакцията на жените** при устен тормоз и при нагрубяване/психическо малтретиране съответно е :

- Споделих с колеги – 47,5%, (54,8%)
- Казах на лицето да престане – 38,0% , (37,3%)
- Споделих с приятели/семейството – 34,8%, (30,2%)

Реакцията на мъжете при устен тормоз се различава до известна степен от тази на жените:

- Казах на лицето да престане – 57,1%
- Споделих с колега – 32,1%
- Споделих с приятел/семейството; докладвах на ръководството; не предприех никакви действия – е посочено от еднакъв процент от отговорилите - 21,4%.

В случаи на нагрубяване/психическо малтретиране мъжете предпочитат да споделят с колеги 34,4%, на второ място 31.3% поставят: казах на лицето да спре и споделих с приятели/семейството.

Прави впечатление, че както в случаите на физическо, така и на психическо насилие, не се търси помощта на синдикатите или професионално-съсловните организации. Това може да се дължи на различни причини, но със сигурност една от тях е, че те не са поставили в дневния ред на своята дейност борбата с насилието на работното място.

5.2. Процедури за докладване, дейности за проучване на случаите на насилие и оказване на помощ на жертвите

Както вече беше посочено, проблемът за насилието на работното място, в частност в здравеопазването, не стои на дневния ред на обществото. Няма институции или групи, които специално да се занимават с проблема. Данните от изследването показват **липсата на специални процедури за докладване** на случаи на насилие на работното място, както и на индивидуални и институционални стратегии и политики за справяне с него в по-голямата част от изследваните здравни заведения. Близо 50% от респондентите са категорични, че в здравното заведение, в което работят, няма специални процедури за докладване на случаи на насилие, а около 30% не знаят, дали има такава процедура. Само 23% от анкетираните посочват, че в здравните заведения, в които работят, съществува някакъв тип процедура за докладване и, че докладването на случаи на насилие се насърчава главно от мениджмънта – 14.4% или от колегите – 10.5%. Такива процедури са по-развити в общественния сектор, главно в домовете за възрастни хора (33.3%), диспансерите (30.2%), а от частния сектор при индивидуалните практики (28.6%).

Докладването на такива случаи, доколкото се прави, става в рамките на общата процедура за докладване на нарушенията на вътрешния трудов ред и дисциплината, като се подава жалба или се сезира ръководството на здравното

заведение или Комисиите по етика, създадени към Лекарския съюз и другите професионално-съсловни организации. Дискусиите във фокус групите обаче показваха, че главно се докладват случаи на трудово-правни проблеми или на нарушени взаимоотношения в отделни заведения, без те да се възприемат като случаи на насилие. Отчита се, че формално съществуват механизми за защита на правата, но реално те не се използват.

В 2/3 от случаите на физическо насилие респондентите премълчават вътрешно в себе си унижението и не уведомяват никого за инцидента. Като причина за недокладване над половината от респондентите (57%) посочват, че **докладването е безполезно**, а 14% - не са докладвали, поради **страх от негативни последици**.

Подобно е положението и при устния тормоз и нагрубяването/малтретирането, като отговорите на мъжете и жените не се различават съществено – така около 61% не са докладвали, защото считат това за безполезно, а близо 30%, защото се страхуват от негативни последици. Около 10% не знаят към кого да се обърнат в такива случаи, а около 15% - считат, че инцидентът не е бил важен.

Само в няколко случая е предприето някакво действие за проучване на причините за насилието – между 1 и 6.5% посочват, че е предприето действие за изясняване на причините за различните видове насилие.

Както показват данните от изследването и дискусиите във фокус групите, освен с посочените вече причини, **недокладването на случаите на насилие е свързано и с народопсихологията на българите, социалната толерантност към насилието, липсата на организационна и институционална подкрепа на жертвите** на насилие. Обикновено чувствата и преживяванията на жертвата се пренебрегват. Посланието към жертвите на насилие е, че те сами са виновни за това, което им се е случило, че те с поведението си са предизвикали съответното отношение. Поради това в културата ни се е утвърдила нормата да се мълчи за преживяното насилие, особено сексуалното, като за нещо срамно и позорно.

Заедно с това беше посочено, че недокладването на случаи на насилие се дължи до голяма степен и на **неосъзнаване на явлението** и на факта, че такива действия представляват нарушаване на човешките и трудовите им права. Не се осъзнава, че насилието на работното място е приоритетен проблем, чието решаване може да реши и други проблеми в обществото и на работното място.

Друга причина за недокладване на случаите на насилие в условията на криза и масова безработица, характерни за страната ни, е **икономическата принуда**, която ограничава възможността за избор на работно място и за законова защита, масовите нарушения на трудовото законодателство, които създават ситуация на безнаказаност, все още нечувствителното обществено мнение. Всичко това принуждава жертвите на насилие да крият проблема си в името на оцеляването, тъй като не виждат подкрепа нито на работното място, нито в държавата и обществото, поради което липсва и доверие в тях.

В повечето фокус групи беше изразено мнението, че **българските закони и правораздавателната система не предлагат възможности за ефикасна защита** при насилие на работното място. Правната система “не разпознава” редица форми на насилие като недопустимо социално поведение.

В качественото интервю с адвокати и съдии в сферата на труда, обаче беше подчертано, че макар че няма специално законодателство, третиращо насилието на работното място, редица закони съдържат възможност за подаване на искове за насилие, но поради незнание и поради дългите и тромави съдебни процедури и значителните финансови разходи, свързани с тях, жертвите на насилие се въздържат да прибягват към тях.

При така очертаната ситуация **възможните изходи** за жертвите на насилие, включително и тези, които са подложени на непрекъснат психически тормоз, са два: или да напуснат работа, или да се примирят и да търпят това положение, тъй като трябва да осигуряват доходи за семейството си.

В България **липсват и мерки за рехабилитация** на жертвите на насилие, няма специализирани консултативни или медицински центрове, които да оказват психологична помощ в такива случаи, освен няколко неправителствени организации, които, както вече споменахме, се занимават главно с проблемите на жени, пострадали от домашно насилие и частни психотерапевти. Освен това, според водещи психиатри в страната, в България все още няма практика да се търси помощ на психиатър или психолог, а и жертвите на насилие често не “разпознават” в себе си психическите нарушения, породени от насилието и не осъзнават, че имат нужда от подходяща терапия и помощ, те така да се каже, изкарват “болестта си на крак”. Съществува предубеждение, че помощ от психиатър и психолог търсят само хората, които са психично болни или, че това е западна мода. Но дори и тези, които осъзнават, че им е необходима такава помощ, често не могат да си я позволят, поради липсата на финансови средства.

6. СТРАТЕГИИ ЗА БОРБА С НАСИЛИЕТО

Анкетираните посочват, че работодателите развиват специфични политики, които макар и не насочени пряко към насилието, създават предпоставки за предотвратяване и намаляване на насилието на работното място, преди всичко – политика по охрана и хигиена на труда – 68.7%, политика по психическото и физическото насилие – около 35%. Около 1/3 са посочили, че работодателят развива политика по устния тормоз и сексуалния тормоз. Във фокус групите, в които участваха сестри, лекари и ръководители на здравни заведения, обаче беше установено, че мерките, които се предприемат, са главно в рамките на дисциплинарните процедури и не са специфични мерки за борба с насилието, доколкото насилието на работното място, особено психическото, не е предмет на специални обсъждания в здравния сектор.

През 1997 г. под натиска и с активното участие на синдикатите беше приет Закон за безопасни условия на труд, който макар че не съдържа специални разпоредби, свързани с насилието, може да бъде база за преговори на представителите на работещите и работодателите за създаване на среда на труда, която предпазва от определени рискове.

В здравните заведения в България **най-разпространени са мерките** за охрана и подобряване на сигурността в района и около здравното заведение, посочени съответно от 70.8% и 48.8% от анкетираните. Специално оборудване и работно облекло (31.0%) и ограничен достъп до външни лица (27.3%) са другите по-популярни мерки.

Повече от половината от анкетираните считат, че **най-ефективни за тяхното работно място биха били:**

- мерките за сигурност – 77.5%;
- подобряване на сигурността в околностите на заведението – 72.4%;
- съкращаване на времето, през което здравният работник работи сам – 63.3%;
- ограничен достъп на външни лица – 58.9% и
- обучението на персонала – 56.8%.

Въпреки мерките, които са посочени, че съществуват, изследваните считат, че са **необходими специфични стратегии на всички равнища** – индивидуално, на работното място, в системата на здравеопазването и на национално.

Таблица № 9

ПОЛИТИКА НА РАБОТОДАТЕЛЯ

%

| Политика по | Да | Не | Не зная | Не отговорили |
|--|------|------|---------|---------------|
| Хигиена и охрана на труда | 68.7 | 14.6 | 10.6 | 6.1 |
| Предотвратяване на физическо насилие | 35.2 | 24.0 | 27.4 | 13.4 |
| Предотвратяване на устен тормоз | 35.2 | 24.0 | 27.4 | 13.4 |
| Предотвратяване на сексуално тормоз | 28.8 | 28.9 | 29.5 | 13.6 |
| Предотвратяване на нагрубяване/ малтретиране | 28.3 | 26.8 | 29.1 | 15.7 |
| Предотвратяване на заплахи | 27.4 | 28.1 | 28.5 | 15.9 |

Дългосрочните стратегии за намаляване на равнището на насилие на работното място трябва да включват решаване на цялото многообразие и комплексност на икономическите и социалните проблеми, такива като безработица, бедност, престъпност, ниско равнище на образование и др. Повишаване ефективността на здравната реформа също се счита като важен фактор за намаляване на потенциала за насилие на работното място. В тази насока предложенията са насочени към: усъвършенстване на нормативната уредба и взаимоотношенията с Националната здравно-осигурителна каса, намаляване на документацията, която трябва да се попълва, намаляване на платените здравни услуги, опростяване на процедурите, свързани с прегледите от специалисти, създаване на допълнителни здравно-осигурителни фондове.

В количествената и качествената част на изследването, наред с общите мерки, свързани с подобряването на цялостната икономическа ситуация и начинът на провеждане на реформата, **акцентът се поставя върху важността на предприемането и въвеждането на такива мерки на работното място, като:** превантивни мерки и мерки за сигурност и контрол; подобряване на организацията условията на труд; обучение на персонала за работа с рисков контингент и как да разпознава и да се справя с агресивното поведение и насилието, процедури за докладване; медицинско и психологическо консултиране и помощ на жертвите на насилие; подобряване на взаимоотношенията и въвеждане на практики на УЧР; административни мерки за санкциониране и контрол.

Таблица № 10
ПРЕДЛОЖЕНИ МЕРКИ ЗА ПРЕДОТВРЯВАНЕ НА НАСИЛИЕТО
НА РАБОТНОТО МЯСТО

| МЕРКИ | ПРОЦЕНТ |
|---|----------------|
| Подобряване на социално-икономическата ситуация | 18.8 |
| Подобряване на здравната реформа | 23.8 |
| Превантивни мерки и мерки за сигурност и контрол | 41.3 |
| Подобряване на организацията и условията на труд | 26.3 |
| Повишаване на равнището на възпитание и култура | 12.5 |
| Подобряване на взаимоотношенията на работното място, процедури за решаване на конфликти | 12.1 |
| Обучение, подбор на персонала, управление на човешките ресурси | 22.5 |
| Административни мерки, санкции и контрол | 15.4 |
| Подобряване на ефективността на държавните органи – полиция и др. | 8.3 |
| Процедури за докладване, специални органи, консултации | 22.1 |
| Други | 20.8 |

Участниците във фокус групите подчертаха, че засега в България липсват специфични ефективни стратегии и действия, насочени към насилието на работното място както в здравните заведения, така и на институционално и национално ниво. Синдикатите и професионално-съсловните организации също нямат свои стратегии. **Но е време да се признае съществуването на насилие на работното място, включително и в здравеопазването, и да се предложат ефективни краткосрочни и дългосрочни стратегии, като в тяхното разработване се включат всички социални актьори на различните равнища.**

РАЗДЕЛ ТРЕТИ. ИЗВОДИ

1. ФАКТОРИ, ДОПРИНАСЯЩИ ЗА ПРОЯВА НА НАСИЛИЕ НА РАБОТНОТО МЯСТО

Изследването показва, че насилието на работното място в здравеопазването в България е факт. За разбирането на неговата същност, форми на проявление и последствия и предприемането на адекватни мерки за превенция, несъмнено е важно да се определят причините и факторите, които допринасят за неговото съществуване и възпроизвеждане. Работното място в здравеопазването има своя специфика, която прави медицинския персонал по-уязвим и предразположен към риска от насилие, поради сложната мрежа от връзки и взаимоотношения и дейността, която се осъществява в здравните заведения и, които могат да мотивират и стимулират прояви на насилие.

В раздел втори вече бяха разгледани основните фактори, оказващи влияние за проява на различни форми на физическо и психическо насилие, групирани в три групи: социетални, личностни и организационни. Обобщавайки тези фактори, с оглед на разработването на стратегия за превенция и определяне на задачите на различните равнища, ще ги класифицираме по друг начин – вътрешни и външни. Тяхното взаимодействие е представено на Графика 1. В зависимост от заряда, който носят тези фактори могат да допринасят за или да подпомагат предотвратяването на прояви на насилие на работното място.

А. ВЪНШНИ ФАКТОРИ - определят характеристиките на външната за работното място среда, които допринасят за проява на насилие на работното място Те включват:

☞ **Социетални или контекстуални фактори:**

* **Социално-икономическата ситуация в страната**, която се явява фактор, допринасящ за насилие чрез такива свои характеристики, като:

- духовна и икономическа криза;
- бедност и безработица;
- висока степен на престъпност и безнаказаност на престъпниците;
- стрес и социално напрежение

* **Реформа в здравеопазването:**

- реструктуриране, извършваща се и предстояща приватизация;
- намаляване на персонала;
- намаляване на финансирането и ресурсите;
- липса на информация за реформата, създаваща несигурност у пациенти и у медицински персонал;
- променяща се нормативна база; сложни взаимоотношения с НЗОК;
- въвеждане на платени здравни услуги и нарастване на разходите на домакинствата за лечение;
- затруднен достъп до медицински услуги, особено специализирани;
- изключване на някои групи от здравното социално осигуряване и следователно от възможност да ползват услуги, платени от касата;
- ниско заплащане на медицинските работници от публичния сектор;
- нисък социален статус на медицинските работници и неуважение към тях;
- понижаване на качеството на лечението на пациентите.

* **Липса на загриженост от страна на държавата и пасивност на институциите**

* **Патриархална култура и стереотипи**, залагащи на правото на по-силния, култура на “мачизъм” (маскулинити), виктимизиране на жертвите на насилие

* **Липса на обществено осъзнаване и загриженост** за насилието, толерантност към проявите на насилие

* **Липса на специално законодателство** за насилието, недостатъчно използване на възможностите на съществуващото законодателство за защита на жертвите на насилие

* **Липса на публикации в медиите**, разкриващи размаха на насилието и осъждащи го и наред с това, филми по телевизията, които насаждат култура и модели на насилие

* **Липса на научни и емпирични изследвания, публикации и статистика** за насилието в неговите различни форми

* **Липса на стратегии на синдикатите и професионално-съсловните организации** в здравеопазването за превенция на насилието

* **Липса на мрежи на НПО и други подкрепящи организации**, които да оказват натиск за предприемане на мерки срещу насилието

* **Фактори на общността**

- Висока престъпност;
- Бедност и безработица;

- Употреба на алкохол и наркотици;
- Антисоциално поведение;
- Висока степен на домашно насилие.

☞ **Фактори, свързани с личността и поведението на пациенти/клиенти, техни роднини и посетители в здравните заведения**

*** Личностни черти и нестабилно поведение**

- ниска култура и възпитание;
- склонност към проява на агресивност ;
- враждебност;
- пренасяне на проблеми от дома;
- зависимост от дрога и алкохол;

*** Пациенти със специфични заболявания**

- психично болни; - сенилни; безнадеждно болни.

Б. ВЪТРЕШНИ ФАКТОРИ – организационни - определят характеристиките на работното място в здравеопазването, организацията на дейност и взаимоотношенията, които могат да допринесат за проява на насилие

☞ **Личностни характеристики и поведение на персонала** – те са подобни на тези, изброени при пациентите

☞ **Непосредствени/рискови фактори**, свързани със спецификата на работното място в здравеопазването

*** Ежедневен, включително и непосредствен физически, контакт с пациенти и техните близки**

*** Работа с пациенти със специфични заболявания**

*** Работа на смени и през нощта**

*** Работа сам**

*** Здравни услуги по домовете**

*** Феминизиран сектор**

● **Организация на работата**

*** Липса на достатъчно персонал**

*** Интензификация на труда**

*** Дълго чакане за преглед и манипулации**

*** Натиск на времето**

*** Бюрократични процедури и попълване на много документация**

● **Социално-психологически – свързани със стила на взаимодействие в здравното заведение**

*** Качества на ръководителя и стил на управление**

- некомпетентност и непрофесионализъм;
- незачитане правата на персонала.

*** Пречки за професионално израстване**

*** Характер на взаимоотношенията на работното място**

- култура на страх;
- конфликтна атмосфера;
- липса на сътрудничество;
- неефективна комуникация

● **Липса на Програми за превенция на насилието и процедури за докладване**

*** Недокладване на случаите на насилие**

*** Неразпознаване на случаите на насилие**

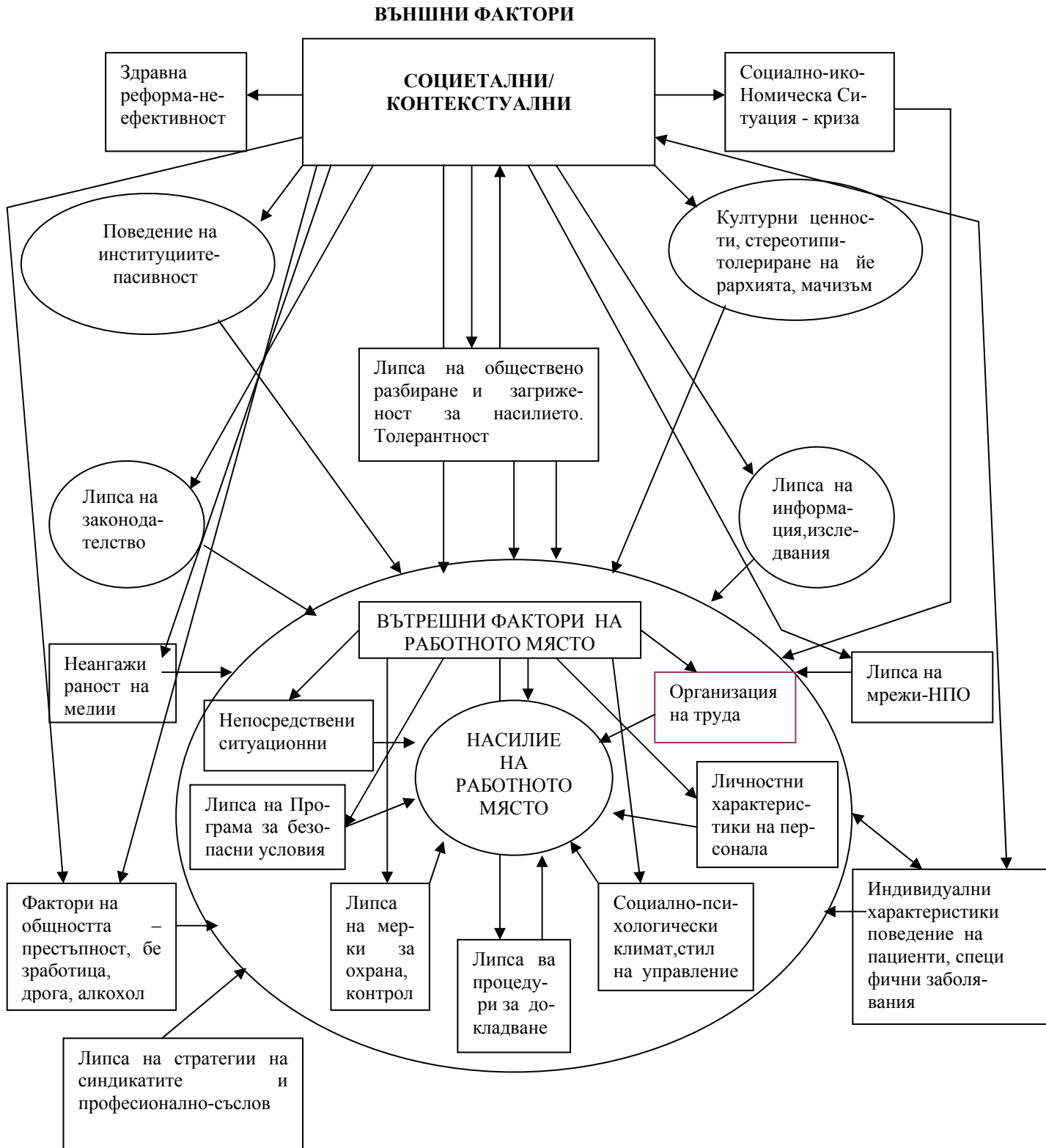
*** Липса на подкрепящи мерки за жертвите на насилие – консултации**

и лечение, подкрепа

- **Липса на обучение по разпознаване на симптомите на насилствено поведение, превенция и управление на агресивното поведение**
- **Липса на мерки за охрана и контрол**
 - * **Неконтролиран достъп на пациенти**
 - * **Липса на специални технически средства за сигурност**
 - * **Неблагоприятни характеристики на физическата среда – неосветеност и др.**

Графика № 1

ФАКТОРИ ДОПРИНАСЯЩИ ЗА НАСИЛИЕ НА РАБОТНОТО МЯСТО



2. ФАКТОРИ, ПРЕДОТВРЯВАЩИ НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО

Запазвайки направената вече класификация на вътрешни и външни фактори и фактори, които повишават риска от насилие на работното място и посочените в Графика 1 фактори и взаимовръзки между тях, накратко ще обобщим факторите, които биха могли да предотвратят насилието на работното място и да го превърнат в перспектива в “зона, свободна от насилие.” (Графика 2). По-подробно, но вече разписани като действия против насилието на работното място по схемата “кой - какво”, те ще бъдат разгледани в следващия раздел.

А. ВЪНШНИ ФАКТОРИ - определят характеристиките на външната за работното място среда, които допринасят за намаляване и преодоляване на насилието на работното място. Те включват:

☞ Социетални или контекстуални фактори:

- * **Подобряване на социално-икономическата ситуация в страната**, намаляване на безработицата и издигане на жизнения стандарт на населението
- * **Повишаване ефективността на реформата в здравеопазването:**
 - подобряване на нормативната база в здравеопазването;
 - подобряване на качеството на труда и заплащането на медицинските работници и подобряване на качеството на предоставяните медицински услуги;
 - издигане престижа на медицинската професия в обществото.
- * **Повишаване на загрижеността от страна на държавата и активизиране на дейността на институциите**, включително и законодателната и правораздавателната система
- * **Промяна на културните и ценностните стереотипи** по отношение на насилието, взаимоотношенията между жените и мъжете, йерархията и равенството
- * **Обществено осъзнаване и загриженост** за насилието, нулева толерантност и неприемане на насилието в обществото и в частност на работното място
- * **Публикации и предавания в медиите, насочени срещу насилието**
- * **Научни и емпирични изследвания и публикации**, статистика и достоверна информация за размаха и видовете насилие
- * **Разработване на стратегии на синдикатите и професионално-съсловните организации** в здравеопазването и изграждане на мрежи на НПО за превенция на насилието

Най-големи възможности за превенция на насилието на работното място има в самите здравни заведения. Разбира се, че мениджмънтът и персоналетът в тях сами по себе си не биха могли да се преборят с бедността, недостатъчната култура и възпитание на пациентите и други проблеми, водещи до насилие в обществото и на работното място. Но те биха могли да подобрят условията и да атакуват непосредствените корени на явленията, които могат да го провокират. Поради това те трябва да обърнат внимание на вътрешните фактори.

Б. ВЪТРЕШНИ ФАКТОРИ – определят характеристиките на работното място в здравеопазването, организацията на дейност и взаимоотношенията, които, при съответна положителна промяна, могат да допринесат за намаляване и преодоляване на насилието на работното място.

⇒ **Разработка на стратегия и Програма за превенция на насилието**, включваща ясен механизъм за докладване, проучване и предприемане на мерки за подкрепа и оказване на помощ на жертвите на насилие на работното място.

• **Подобряване организацията на работата**

* **Подобряване на социално-психологическия климат** в здравното заведение и на работното място – развитие на атмосфера на сътрудничество и подкрепа

* **Обучение на мениджмънта и персонала по разпознаване на симптомите на насилствено поведение, превенция и управление на агресивното поведение**

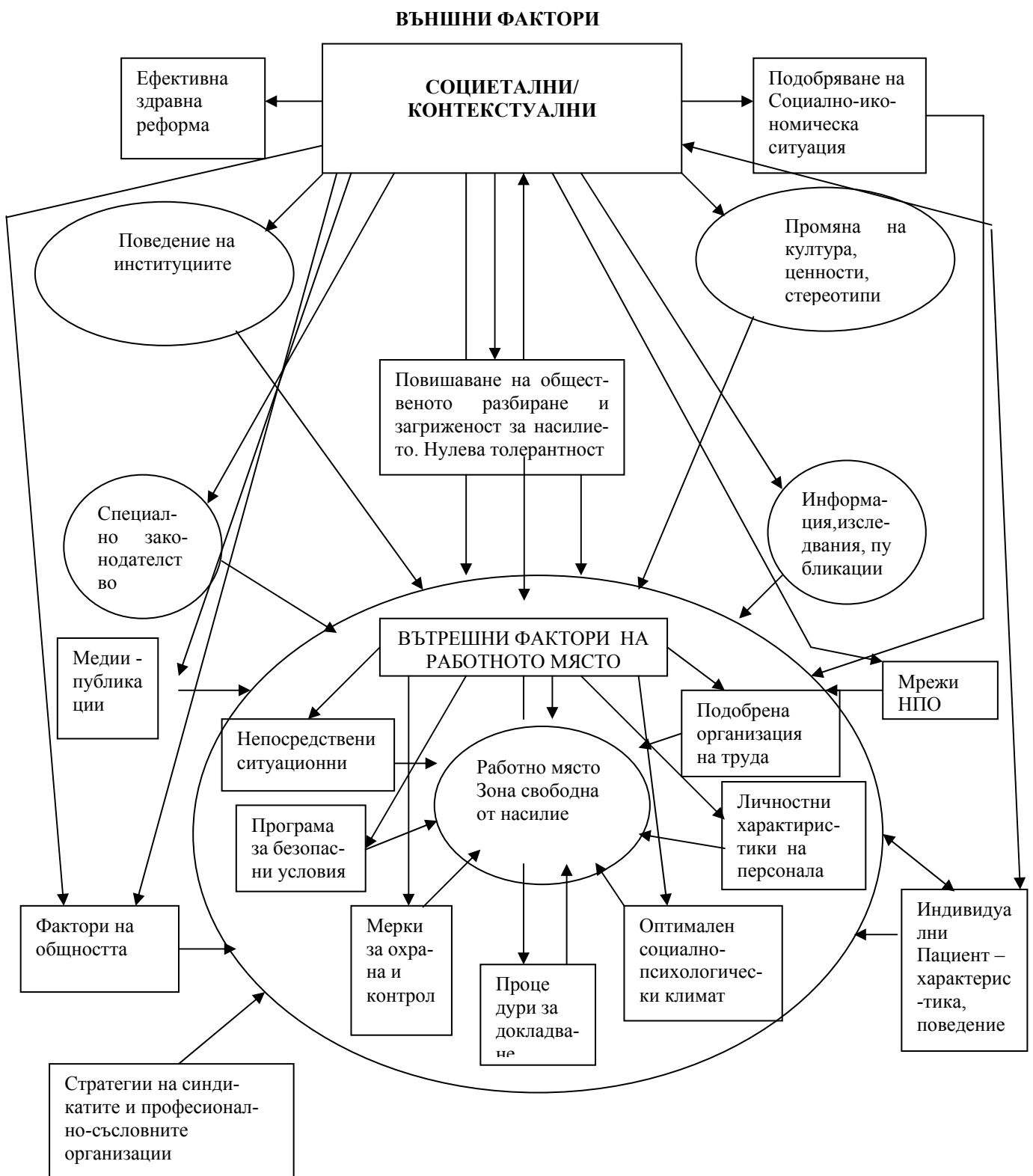
* **Предприемане на мерки за сигурност, охрана и контрол**

• **Личностни характеристики и поведение на персонала** – използване на методи на УЧР, подбор на персонала, повишаване на квалификацията, издигане на професионализма.

• **Непосредствени/рискови фактори**, свързани със спецификата на работното място в здравеопазването – част от тях не се поддават на промени, но те трябва да се отчитат и да се неутрализират, доколкото е възможно, чрез влияние върху други фактори. Вредното влияние на работата на смени и през нощта и сам, може да бъде преодоляно чрез ротация, осигуряване (назначаване) на повече персонал на критичните работни места и при реализиране на здравни услуги по домовете и транспортиране на болни

Графика № 2

ФАКТОРИ, ЗА ПРЕВЕНЦИЯТА НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО



РАЗДЕЛ ЧЕТВЪРТИ. ПРЕПОРЪКИ

БЪДЕЩИ ДЕЙСТВИЯ НА НАЦИОНАЛНО И ОРГАНИЗАЦИОННО НИВО

Със съжаление трябва да признаем, че докато редица страни могат да предложат добри практики, които вече действат, и да насочат усилията си към тяхното усъвършенстване, в България все още предстои да бъдат направени първите крачки.

Необходимо е да се преодолее равнодушието и толерантността към насилието. Разбира се, не би могло да се очаква, че с една програма, колкото и хубава и широко подкрепена да е тя, то изведнъж ще изчезне. Пример за това са демократичните страни в Европа и света. Но е важно да се заговори за насилието, да се признае, че то съществува и на работното място и да се атакува границата на търпимост, като се формират култура и морал, които не толерират насилието, независимо къде и по какъв начин се проявява то. Нашето общество не би трябвало да продължава да приема насилието като част от правилата на играта, оправдавайки се с проблемите на прехода.

Насилието, включително и насилието на работното място, е комплексен проблем с многопосочно действие и влияние, затова и борбата с него трябва да се води многопосочно и с общите усилия на всички, имащи отношение към проблема. (Графика 3).

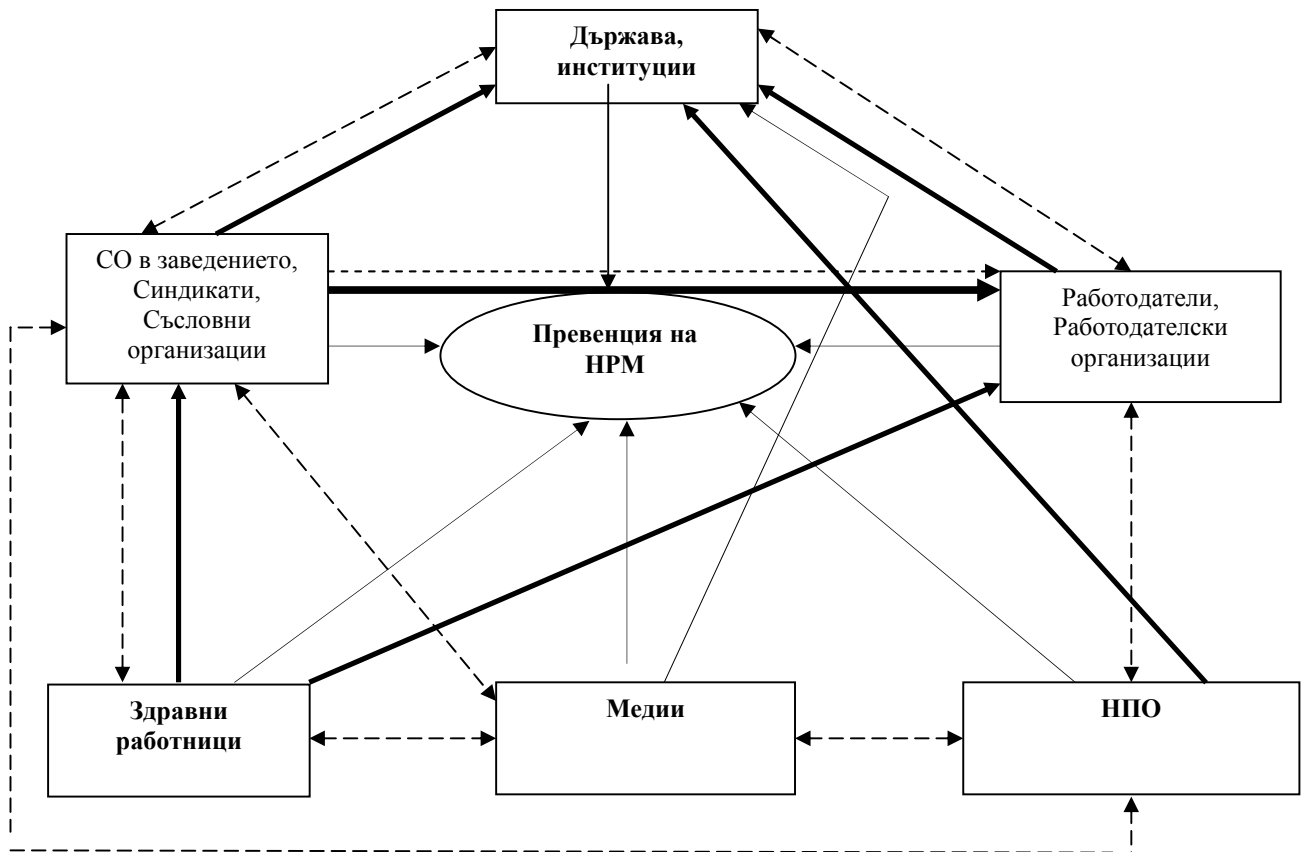
Отчитайки националния контекст и използвайки чуждестранния опит, който сме проучили, бихме могли да очертаем първоначалните жалони на стратегията за бъдещи действия. Особено ценни в дългосрочен стратегически план очакваме да бъдат обобщените резултатите от настоящия проект.

Стратегията за преодоляване на насилието трябва включват мерки на всички равнища: национално, секторно, работно място и индивидуално равнище.

**ОБЕДИНЯВАНЕ НА УСИЛИЯТА НА ВСИЧКИ ЗАИНТЕРЕСОВАНИ В
БОРБАТА СРЕЩУ НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО**

Легенда:

- > Натиск
- >< Диалог, сътрудничество
- > Влияние



1.1. НАЦИОНАЛНО РАВНИЩЕ

Повишаване на общественото осъзнаване на явлението и активизиране на ролята на институциите, имащи пряко отношение към него

Социално-културният контекст в страната очертава период на преход от незаинтересованост и използване на механизми за изтласкване, пренебрегване или отричане на проблема за насилието въобще към начално поставяне за обсъждане и първи опити за преценка на ситуацията в страната. Пример за това е въпросът с домашното насилие, който под натиска на редица НПО, все повече стои на вниманието на обществото.

- **Необходимо е с активното участие на синдикалните, професионалните и съсловните организации да се привлече вниманието на обществото и да се създаде разбиране и признаване за съществуването на проблема “насилие на работното място”, както и общественото му осъзнаване като явление, което не бива повече да бъде подценявано и толерирано като “част от работата”. Насилието на работното място в здравеопазването заслужава внимание и поради високата цена, която има за отделния индивид, сектора на здравеопазването и обществото като цяло. Осъзнаването на явлението трябва да се преведе в конкретни стратегии и действия, атакуващи причините, които пораждат насилие и дават възможност то да се възпроизвежда. А това може да стане добра основа за развитие на култура на ненасилие в обществото.**
- **Необходими са информация и изследвания**, които да дадат ясна представа за явлението, за неговото разпространение, за причините и последиците му, както и за възможните насоки за преодоляването му на дадения етап. Важно е и да се определят действията, които представляват насилие без определението да е толкова широко, че да покрива всички нарушения на правата на работното място. Казано образно, “за да започнем лечението, трябва да определим болестта”.
- Натиск от страна на синдикатите и всички заинтересовани за превръщане на насилието на работното място в **приоритет в рамките на националната програма по психическото здраве**.
- **Законодателни промени** – промени и допълване на съществуващите закони - Кодекс на труда, Закон за безопасни условия на труд, Наказателен и Наказателно-процесуален кодекс, Закон за дискриминацията и др. и в по-далечна перспектива специално законодателство по насилието на работното място. Инкриминиране на насилието на работното място във всичките му форми, определянето му като престъпление и обвързване с конкретни санкции.
- **Информационни и медийни кампании** осъзнаване на явлението и атакуване на корените на насилие, нарушаване на мълчанието и превръщането му в обществен проблем, който не може да бъде приеман и толериран в едно демократично общество.
- **Повишаване ефективността на здравната реформа** и създаване на условия за високо качество на здравните услуги.

- **Повишаване активността на институциите**, имащи отношение към насилието – полиция, съд, прокуратура, което ще даде възможност и за повишаване на доверието към тях.
- **Обединяване на усилията** социалните партньори на национално ниво и НПО с тези на Министерството на здравеопазването, Министерството на труда и социалната политика, Министерството на образованието и науката, Изпълнителната агенция Главна инспекция по труда и др. за борба с проявата на насилие в училищата, здравните заведения и др.

1.2. СЕКТОРНО РАВНИЩЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

- **Осъзнаване на съществуването на проблема в професионалната общност.**
- **Разработване на Програма**, насочена към борба срещу насилието на работното място с участието на синдикатите, работодателските структури, професионално-съсловните организации на лекари, стоматолози и фармацевти, Асоциацията на медицинските сестри, Министерството на здравеопазването, Здравната каса и други заинтересовани. Тази програма би могла да включва:
 - * **обучение** на работещите в здравеопазването персонал по проблемите на насилието и механизмите за справяне и предотвратяване на насилие;
 - * **изследвания**;
 - * **разработване на материали, листовки и дигитални**, мобилизиращи нулева толерантност към насилието на работното място
 - * **процедура за събиране на информация** за случаи на насилие в сектора на здравеопазването;
 - +* **мобилизиращи кампании** за осъзнаване на насилието и важността на борбата с него на всяко работно място;
 - * **процедура за последващо действие** при насилие – правни консултации и защита, включително и представителство в съда, мерки за лечение и подкрепа, включително и безплатни консултации при психотерапевт;
 - * **разкриване на “гореща телефонна линия”** за докладване на случаи на насилие в отделните здравни заведения в Централите на федерациите на синдикатите и на професионално съсловните организации и създаване на база данни, които да са основа за предприемане на действия.
- **Включване в Уставите и Програмите** на синдикалните и професионално-съсловните организации на клаузи за защита на правата от гледна точка на насилието на работното място. В Кодексите за морално поведение на лекари и стоматолози да се включи недопустимост на проява на насилие на работното място.
- **Включване в Отрасловия колективен договор** в здравеопазването на условия, насочени към преодоляване на насилието на работното място
- **Включване в Правилата за акредитация** на здравните и лечебните заведения на изискване за мерки за създаване на безопасни условия на труд, насочени и към превенция на насилието на работното място
- Настояване от страна на синдикалните федерации за **включване на проблема за насилието на работното място в Програмата за обучение по здравен мениджмънт.**

- **Привличане и изграждане на мрежи с НПО.**

1.3. РАБОТНОТО МЯСТО

Конкретни мерки и програми за превенция и борба с насилието на работното място

Съгласно трудовото законодателство в България безопасните условия на труд са право на работещите, а задължение на работодателя е да ги осигури. Проблемите на насилието на работното място на този етап могат да бъдат част от **Програмата за охрана и хигиена на труда на работното място**, а на един по-късен етап да се разработят и специални Програми за борба с насилието на работното място.

- **В рамките на тази Програма вниманието трябва да се насочи към:**
 - * Забрана на насилието на работното място;
 - * Оценка на работните места от гледна точка на риска за насилие;
 - * Осигуряване на мерки и технически средства за сигурност и повишен административен контрол;
 - * Обучение на персонала за справяне със ситуации на насилие, вкл. и как да се разпознава потенциално насилственото поведение и как да се управлява то;
 - * Въвеждане на специални процедури за докладване и насърчаване на персонала да докладва;
 - * Мотивиране на персонала за активно включване в осъществяване на мерките и Програмата;
- **Включване на комитетите по условия на труд**, създадени със Закона от 1997 г. в предприеманите действия по насилие на работното място
- **Документирание и събиране на информация** на равнище работно място за всеки случай на насилие, която да се обобщава от синдикалните и/или професионално съсловните организации, които са призвани да защитават правата на своите членове, и да служи за актуализиране на действията и стратегиите
- **Програми, насочени към жертвите на насилие** - консултации и терапия, рехабилитация, подпомагане и др. услуги
- **Предприемане на мерки по подобряване на организацията на труда**
- **Подобряване на климата на работното място** в здравеопазването, преодоляване на страха и несигурността, които водят до стрес, който може да се превърне в потенциал за насилие. Въвеждане на ясни правила и механизми за решаване на конфликти. Използване на практики на управление на човешките ресурси. Въвеждане на процедура за решаване на конфликти; Осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията и професионално израстване. Реална оценка на приноса и съответно заплащане
- **Включване на проблемите на насилието в Правилника за вътрешен ред и КТД** – като по този начин се осигурява участието на персонала и неговите представители
- **Мониторинг** на въведените мерки за борба с насилието
- **Повишаване на информираността** на персонала относно предприетите мерки.

Литература:

- ¹ World Health Organization. Violence and injury prevention, 1999
- ² American Nurses Association. Workplace violence: Can you close the door on it?, 1999
- ³ International Council of Nurses. Nurses, always there for you: United against Violence. Anti-violence tool kit, 2001, p. 1
- ⁴ Chappell Duncan and Vittorio Di Martino. Violence at work. ILO, 1998 , p.9
- ⁵ Violence in the workplace, NIOSH
- ⁶ Kaufer Steve and Jurg W. Mattman. Workplace Violence,: An Employer Guide
- ⁷ Violence: a Public Health Priority, World Health Organisation, Geneva, 1995
- ⁸ Chappell Duncan and Vittorio Di Martino. Violence at work. ILO, 1998 , pp.9,12; Cary Cooper, Naomi Swanson, Workplace Violence in the Health sector: STATE-OF –THE ART, 2 draft, 2001
- ⁹ Насилието и неговите жертви. Асоциация Анимус, 1996, с. 6
- ¹⁰ Насилието и неговите жертви. Асоциация Анимус, 1996
- ¹⁰ Виж Домашното насилие в България. Количествено национално представително изследване. Фондация Джендър проект”.С., 2000. ; Отговорност на държавата за домашното насилие: състояние и необходими промени”, Институт “Жени, право и насилие” , 1996 г., преведено на български, 2000г., Насилието и неговите жертви. Асоциация Анимус, 1996
- ¹¹ Дискриминация на основание на пола и сексуално насилие на работното място в България. Защитници на човешките права от Минесота, САЩ, Фондация Джендър проект в България, 1999
- ¹² Проект “Засилване на участието на гражданите в приватизацията: правата на жените в процеса на икономически преход” , Фондация “Български джендър изследвания” и Института “Жени, право и развитие” – Вашингтон

ПРИЛОЖЕНИЕ



International Labour Office **ILO** International Council of Nurses **ICN**
World Health Organisation **WHO** Public Services International **PSI**

РАМКОВИ НАСОКИ ЗА БОРБА С НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

*Международна организация на труда, Международен комитет на сестрите, Световна здравна организация, Международен синдикат на работещите в общественото обслужване
Съвместна програма по насилието на работното място в здравеопазването*

Федерация на синдикатите в здравеопазването КНСБ

ЖЕНЕВА, 2002

Съвместна програма по насилието на работното място в здравеопазването

Тази версия е превод от английски на оригиналната версия на ILO/ICN/WHO/PSI “Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector”, 2002. Всяко отклонение от оригиналния текст е отговорност на преводача и организацията, която отпечатва Насоките.

© 2002 Авторските права са на Международната организация на труда, Международния комитет на сестрите, Световната здравна организация и Международната федерация на работещите в общественото обслужване 2002

Български превод и адаптация © 2003

Превод, адаптация и разпространение с разрешение

Обозначенията, които се използват в публикациите на МОТ, са в съответствие с практиката на Обединените нации представянето на материалите в тях не съдържат никакви мнения от страна на Международната организация на труда по отношение на законовия статут на която и да е държава, област или територия или за нейните власти или по отношение на определяне на границите ѝ.

Отговорност за изразените в изследванията или други материали носят само авторите и публикациите не представлява потвърждение или одобрение на изразените в тях мнения от страна на Международната организация на труда.

Цитирането на имена на фирми или търговски продукти и процеси не представлява тяхното одобрение от страна на Международната организация на труда и нецитирането на отделни фирми, търговски продукти или процеси не означава тяхното неодобрение.

Тези Рамкови насоки са разработени като интегрална част от работата по съвместната програма на ILO/ICN/WHO/PSI по насилието на работното място в здравеопазването (2000-2002). В рамките на тази програма бяха разработени няколко доклада по страни, както и обобщаващи сравнителни изследвания, за да се преодолее липсата на информация в тази сфера. На основата на получените резултати са разработени представените Рамкови насоки. На този етап Насоките имат неформален статут и имат за цел да стимулират и насочат инициативите на международно, национално и местно равнище. Тази версия е пилотна и трябва да се апробира в практиката. Бихме приветствали всички оценки и коментари.

Първата версия на Насоките е подготвена от Виторио ди Мартино и беше дискутирана през април 2002 в Женева н неформална консултативна среща на съвместната програма на ILO/ICN/WHO/PSI по насилието на работното място в

здравеопазването. Програмата би искала да му благодари, както и на всички, които бяха включени в разработката на тези Рамкови насоки, за ценния принос

СЪДЪРЖАНИЕ:

1. КОНТЕКСТ, ОБХВАТ И ДЕФИНИЦИИ

- 1.1. Контекст*
- 1.2. Обхват*
- 1.3. Определение*

2. ОСНОВНИ ПРАВА И ОТГОВОРНОСТИ

- 2.1. Правителства*
- 2.2. Работодатели*
- 2.3. Работници*
- 2.4. Професионални организации*
- 2.5. Обществеността*

3. ПОДХОДИ

- 3.1. Интегративен*
- 3.2. Включващ*
- 3.3. Отчитащ културните особености/пола и недискриминационен*
- 3.4. Системен*

4. ПРИЗНАВАНЕ НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО

- 4.1. Организации в риск*
- 4.2. Потенциален субект на насилие*
- 4.3. Потенциална жертва*

5. ОЦЕНКА НА РИСКА НА РАБОТНОТО МЯСТО

- 5.1. Анализ на наличната информация*
- 5.2. Идентификация на ситуацията, свързани с изключителен риск*

6. МЕРКИ НА РАБОТНОТО МЯСТО

- 6.1. Предпоставки*
- 6.2. Организационни мерки*
- 6.3. Мерки, свързани с работната среда*
- 6.4. Мерки, насочени към индивида*
- 6.5. Мерки след инцидента*

7. ОЦЕНКА

8. ЛИТЕРАТУРА

/Превод:

Институт за синдикални и социални изследвания на КНСБ

1. КОНТЕКСТ, ОБХВАТ И ДЕФИНИЦИИ

1.1. КОНТЕКСТ

Насилието на работното място, независимо дали е физическо или психическо, се превърна в глобален проблем, прекривайки граници, предприятия и професионални групи. Задълго “забравеният” проблем насилие се разпространи значително през последните години и днес поражда сериозна загриженост не само в индустриализираните, но и в развиващите се страни.

Насилието на работното място засяга достойнството на милиони хора в света. То е значителен източник на неравенство, дискриминация, налепване на етикети и конфликти на работното място. То все повече се превръща в централен проблем, свързан с човешките права. Заедно с това, насилието на работното място все повече се проявява като сериозна, често пъти фатална, заплаха за ефективността и успеха на организациите. Насилието причинява непосредствено, а понякога и дълготрайно нарушаване на междуличностните отношения, организацията на труда и на работната среда, като цяло.

Независимо, че насилието на работното място засяга практически почти всички сектори и категории работници, здравеопазването е изправено пред най-голям риск. Насилието в този сектор се оценява на почти 1/3 от регистрираните случаи на насилие в труда въобще. (*Nordin, H., 1995*)

Под влияние на трудностите, породени от реформите, нарастващото напрежение и стрес в труда, социалната нестабилност и влошаването на междуличностните отношения, насилието бързо се разпространява в здравеопазването. Все повече домашното насилие и насилието на улицата проникват в здравните заведения. Последните изследвания показват, че насилието в здравеопазването има универсален характер, макар че неговите национални характеристики могат да варират, и че то оказва влияние върху здравето както на мъжете, така и на жените, но някои хора могат да бъдат в по-голям риск, отколкото други. Общо взето, насилието може да засегне около половината от медицинските работници. (*Di Martino, V., 2002, под печат*)

Негативните последици от такова широко разпространено насилие могат да повлияят значително върху предоставянето на медицински услуги, включително както върху качеството на здравеопазването, така и върху решението на здравния

работник да напусне медицинската професия. Това, от своя страна, може да доведе до съкращаване на обема на наличните медицински услуги за населението и да повиши разходите в здравеопазването. В развиващите се страни, в частност, достъпът до доболнична помощ би бил застрашен, ако здравните работници, които и без това са оскъден ресурс, напуснат своята професия поради риска от насилие.

Според оценките на редица изследвания стресът и насилието заедно съставляват приблизително 30% от общите разходи, свързани с влошеното здраве и трудовите злоупотреки. На основата на тези цифри може да се предположи, че разходите, свързани със стреса/насилието представляват около 0.5 - 3.5% от годишния БВП. (Hoel, K.; Sparks, K.; Cooper, C., 2000)

Фактите ясно показват, че насилието на работното място е твърде разпространено и че са необходими спешни мерки. Нещо повече, във всяка страна съществуват специфични доказателства за това, които трябва да се използват, за да се повиши осъзнаването на важността на проблема за насилието на работното място и то да се изведе като приоритетна цел за всички, които работят в здравеопазването или са свързани с него.

1.2. ОБХВАТ

ЦЕЛ

Целта на тези Рамкови насоки (наричани отгук нататък Насоки) е да осигурят общи правила при разглеждане на проблемите на насилието на работното място. Далеч от мисълта да бъдат предписващи, Насоките би трябвало да се приемат като основен модел, стимулиращ самостоятелното разработване на подобни инструменти, насочени и адаптирани към спецификата на различните култури, ситуации и потребности.

Насоките покриват следните ключови сфери на действия:

- превенция на насилието на работното място;
- работа, свързана с насилието на работното място;
- управление и справяне с ефекта от насилието на работното място;
- лечение и подкрепа на засегнатите от насилие на работното място;
- устойчивост на предприетите инициативи.

ИЗПОЛЗВАНЕ

Насоките биха могли да се използват, за да:

- се разработят конкретни отговори на равнището на предприятието, на отраслово, национално и международно равнище;
- се стимулират процесите на диалог, консултации и всички форми на сътрудничество между правителствата, работодателите и работниците, синдикатите и другите професионални организации, специалистите по насилие на работното място и всички заинтересовани участници (като например групи,

целящи да оказат подкрепа на потребителите/пациентите и неправителствени организации, действащи в сферата на насилието на работното място, охраната на труда, човешките права и отчитането на джендер подхода);

- се окаже влияние за неговото включване след консултации с всички заинтересовани в националното законодателство, политиките и програмите за действие; в колективните договори и споразумения на равнището на предприятието и отрасъла и в политиките и плановете за действие на работното място.

приложно поле

Насоките се отнасят за:

- всички работодатели и работници;
- обществения, частния и неправителствения сектори;
- всички аспекти на труда, формален и неформален.

1.3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

В рамките на общото разбиране за значението на насилието на работното място, специфичното разбиране и терминология могат да варират в различните страни и при различните ситуации. Затова е необходимо дефинициите и термините, които се дадени по-долу да бъдат оценени по отношение на подобни ситуации и да се адаптират така, че тяхното значение да е ясно и споделено от тези, които ще използват Насоките.

Общо определение на насилието на работното място

Инциденти, при които персоналът е малтретиран (обиждан), заплашван или нападан в условия, свързани с неговия труд, включително и при отиване и връщане от работа, включващи пряка или непряка заплаха за неговата сигурност, физическо състояние или здраве. (*Адаптирано по Европейската комисия*)

физическо насилие и психическо насилие

Докато съществуването на физическо насилие върху личността на работното място винаги е било признавано, психическото насилие дълго време беше недооценявано и едва напоследък започна да получава дължимото внимание. Психическото насилие вече се превръща в приоритетна грижа на работното място.

Все повече се признава, че психическото насилие върху личността често се проявява като повтарящо се поведение, което само по себе си може да изглежда относително незначително, но когато се натрупа, може да се превърне в много сериозна форма на насилие. Макар да е достатъчен и единичен инцидент, психическото насилие често се изразява в повтарящи се, нежелани, несподелени (невзаимни) и наложени действия, които могат да имат унищожителен ефект върху жертвата на насилие.

физическо насилие

Използването на физическа сила срещу друг човек или група хора, което води до физически наранявания, сексуални или психически травми. То включва: побой, ритане, зашлевяване, намушкване с нож, ритане, бутане, щипане, причиняване на болка. *(Адаптирано по определението на Световната здравна организация)*

психическо насилие

Съзнателно използване на сила, включително и заплахата за използване на физическа сила срещу друго лице или група хора, което би могло да причини някаква вреда по отношение на физическото, умственото, духовното, моралното или социалното развитие. То включва устен тормоз, нагрубяване/малтретиране, издевателства и заплахи. *(Адаптирано по определението на Световната здравна организация)*

най-често използвани термини

нападение/атака

Умишлено поведение, което води до физическо нараняване на друго лице, включително и сексуално насилие.

устен тормоз

Поведение, което унижава, принижават или по друг начин показва липса на уважение към достойнството и значимостта на отделната личност. *(Асоциация на регистрираните медицински сестри "Алберта")*

нагрубяване/малтретиране

Повтарящо се често или понякога агресивно поведение чрез отмъстителни, жестоки или зловни опити за унижаване или подценяване на отделен работник или група работници. *(Адаптирано от МОТ- Насилието при работа)*

тормоз

Всяко поведение, основаващо се на възраст, инвалидност, СПИН, семейни обстоятелства, пол, сексуална ориентация, раса, цвят на кожата, език, религия, политически, синдикални или други мнения или убеждения, национален или социален произход, принадлежност към малцинства, собственост, рождение или друг статут, което е неприемливо или нежелано и което уронва достойнството на мъжа или жената на работното им място. *(Закон за човешките права, Великобритания)*

сексуално насилие

Всяко нежелано, неприемливо и неприятно поведение на сексуална основа, което кара дадено лице да се чувства заплашено, унижено или неловко. *(Организация на сестрите в Ирландия)*

насилие на расова основа

Всяко заплашващо поведение, което се основава на раса, цвят на кожата, език, национален произход, принадлежност към малцинство, раждане или друг статут, което е неприемливо и нежелано и което уронва достойнството на мъжа и жената в труда. (*Адаптирано по Закона за човешките права, Великобритания*)

заплаха

Заявяване, че ще се използва физическа сила или власт (например психологическа сила), което води до страх от физическо, сексуално и психическо увреждане или други отрицателни последици за лицето или групата хора, към които е насочена заплахата.

жертва

Всяко лице, което е обект на действие/действия или насилствено поведение, както е посочено по-горе.

субект на насилие

Всяко лице, което осъществява насилствено действие/действия или проявява насилствено поведение, както е описано по-горе.

работно място

Всяко здравно заведение, независимо от големината, разположението му (град, село) и типа на услугите, които предоставя, включително и големите специализирани болници в големите градове, регионалните и общинските болници, медицинските центрове, клиниките, местните здравни центрове, рехабилитационните центрове, социалните заведения, диагностично консултативните центрове, други независими медицински специалисти. В случаите, когато медицинските услуги се предоставят извън здравното заведение, като например бърза помощ или посещение по домовете, всяко място, в което се осъществяват медицински услуги, трябва да се счита за работно място.

2. ОСНОВНИ ПРАВА И ОТГОВОРНОСТИ

2.1. ПРАВИТЕЛСТВА

Правителствата и техните компетентни органи трябва да осигуряват необходимата рамка за намаляване и елиминиране на насилието. Тя включва:

- Превръщане на намаляването/елиминирането на насилието на работното място в съществена част на националната/регионалната/местната политика и планове по професионални заболявания и охрана на труда, защита на човешките права, икономическо устойчиво развитие, развитие на предприятията и равенството на половете.

-
- Насърчаване на участието на всички заинтересовани в тези политики и планове.
 - Изменение и допълнение на трудовото законодателство и други закони и въвеждане на специално законодателство, ако е необходимо.
 - Осигуряване на влизането в сила на това законодателство.
 - Насърчаване на включването на клаузи за намаляване и елиминиране на насилието на работното място в националните/отрасловите споразумения и колективните трудови договори в здравните заведения.
 - Насърчаване развитието на политика и планове за борба с насилието на работното място в здравните заведения.
 - Провеждане на кампании за осъзнаване на рисковете от насилие на работното място.
 - Въвеждане на изискване да се събира информация и статистически данни за обхвата, причините и последствията от насилието на работното място.
 - Координиране на усилията на всички заинтересовани.

2.2. РАБОТОДАТЕЛИ

Работодателите и техните организации трябва да осигуряват свободно от насилие работно място. Това включва:

- Осъзнаване на цялостната отговорност за осигуряване на безопасност и здраве при работа, включително и елиминиране на всички предвидими рискове от насилие на работното място, в съответствие с националното законодателство и практика.
- Създаване на климат на отхвърляне на насилието в техните организации.
- Регулярна оценка на случаите на насилие на работното място и на факторите, допринасящи за неговото възникване.
- Разработване на политики и планове на работното място за борба с насилието, установяване на необходимите механизми за мониторинг и съответните санкции.
- Консултации с представителите на работниците и служителите по разработката и въвеждането на тези политики и планове.
- Въвеждане на всички необходими превантивни и защитни мерки и процедури за намаляване и елиминиране на насилието на работното място.
- Определяне на отговорността на мениджърите на всички равнища за въвеждането на политиките и плановете, свързани с насилието на работното място.
- Осигуряване на адекватна информация, инструкции и обучение, свързани с насилието на работното място.
- Осигуряване на краткосрочна, средносрочна и дългосрочна помощ на всички, които са засегнати от насилие на работното място, включително и юридически съвети, когато е необходимо.
- Обръщане на специално внимание на специфичните рискове, на които са подложени отделните категории медицински персонал, както и на рисковете на работната среда в някои заведения в отрасъла.

-
- Полагане на усилия за включване на клаузи за намаляване и елиминиране на насилието на работното място в националните и отрасловите/браншовите споразумения и колективните договори в отделните заведения.
 - Активно насърчаване на осъзнаването на рисковете и разрушителното влияние на насилието на работното място.
 - Осигуряване на адекватна система за докладване на случаите на насилие.
 - Установяване на механизми за събиране на данни и информация по случаите на насилие на работното място.

2.3. РАБОТНИЦИ

Работниците трябва да предприемат всички подходящи мерки за намаляване и елиминиране на рисковете, свързани с насилието на работното място. Това включва:

- Спазване на политиките и процедурите на работното място.
- Сътрудничество с работодателя за намаляване и елиминиране на рисковете от насилие на работното място.
- Участие в подходящи програми за обучение и образование.
- Докладване на случаите на насилие, включително и най-незначителните.
- Активно съдействие за осъзнаване на рисковете, влиянието и санкциите, свързани с насилието на работното място.
- Търсене на съдействие и консултации при въвличане в ситуации, които могат да доведат до насилие на работното място.

2.4. ПРОФЕСИОНАЛНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Синдикатите, съсловните съюзи и асоциации трябва да лансират, участват и подпомагат инициативите и механизмите, свързани с намаляване и елиминиране на рисковете, водещи до насилие на работното място. Това включва:

- Осигуряване на обучение на медицинския персонал по отношение на рисковете от насилие на работното място и механизмите за превенция, разкриване и справяне с него.
- Разработване на процедури за събиране на информация за случаи на насилие в здравеопазването и осигуряване на събирането на такива данни.
- Включване в Кодексите на поведение и в Етичните кодекси на клаузи, свързани с недопустимостта на каквито и да е прояви на насилие на работното място.
- Съдействие за включване в процедурите по акредитация на здравните заведения изискване за мерки, насочени към превенция на насилието на работното място.
- Полагане на усилия за включване на клаузи за намаляване и елиминиране на насилието на работното място в националните и отрасловите/ секторните споразумения и колективните договори в отделните заведения.
- Насърчаване на развитието на политики и планове на работното място за борба с насилието.

-
- Активно съдействие за стимулиране осъзнаването на рисковете от насилие на работното място.
 - Осигуряване на подкрепа на жертвите на насилие на работното място, включително и необходимата юридическа помощ, ако се налага.

2.5. ОБЩЕСТВЕННОСТТА

Медиите, изследователските и образователните институции, специалистите по насилие на работно място, групите за защита на потребителите/пациентите, полицията и другите правораздавателни органи, неправителствените организации в областта на насилието на работното място, безопасността и охраната на труда, човешките права и равенството на половете трябва активно да подкрепят и да участват в инициативи, насочени към борба с насилието на работното място. Това включва:

- Съдействие за изграждане на мрежи за информация и експертиза в тази сфера
- Съдействие за осъзнаване на рисковете от насилие на работното място.
- Съдействие за развитие на координирани политики и планове за борба с насилието на работното място.
- Съдействие за развитие на продължаващото обучение.
- Съдействие за изграждане на помощни структури за превенция на насилието на работното място и управление както на инцидентите, така и на последствията.

3. ПОДХОДИ

Насилието на работното място не е изолиран, индивидуален проблем, а структурен, стратегически проблем, коренящ се в икономическите, организационните и културните фактори. Подходът към него, който трябва да бъде развит и популяризиран, трябва да атакува корените на проблема, да включва всички заинтересовани страни и да отчита неговото специфично културно и джендер измерение. Важно е също така всяка интервенция, която се предприема, още от самото си начало да се развива систематично, така че да се повиши максимално ефективното използване на често ограничените ресурси в този сектор. Поради това, този подход трябва да бъде *интегративен, включващ, отчитащ културните особености/пола, недискриминационен и систематичен.*

3.1. ИНТЕГРАТИВЕН

Интегративният подход би трябвало да се прилага на всички равнища на действия, като се основава на комбинирано и балансирано отчитане на превенция и лечение. Лечението включва всички необходими мерки за лечение и рехабилитация на тези, които са засегнати от насилие на работното място, за такъв период, какъвто е необходим. Превенцията включва про-активен отговор на насилието на работното

място, с акцент върху елиминирането на причините и дългосрочна оценка на всяка предприета мярка. Практиката показва, че превантивните мерки за подобряване на работната среда, организацията на труда и междуличностните взаимоотношения са доста ефективни. Важно е превантивните мерки да се въведат веднага, щом се идентифицират рискове от насилие, без да се чака насилието да се прояви.

3.2. ВКЛЮЧАЩ

Включващият подход, при който всички заинтересовани страни считат, че си струва да работят заедно, за да намалят насилието на работното място, има активна роля в разработването и реализирането на инициативите за борба срещу насилието и трябва активно да бъде стимулиран. Включващият подход трябва:

- Да създава необходимото за отворена комуникация с всички работници и служители доверие. В частност, от особено значение за мениджмънта е да обясни, че работниците, които открито споделят своите чувства по отношение насилието на работното място и своите идеи за промени, ще бъдат не само защитени от наказания, но и оценени за техния положителен принос.
- Да включва всички заинтересовани страни. Включването на синдикатите и другите професионални организации, правителствата, работодателите и работниците, специалистите по насилие на работното място и всички заинтересовани (такива като групи за защита на пациенти/клиенти и неправителствени организации) може да допринесе значително за осъзнаване и чувствителност по проблема за насилието на работното място.
- Да активизира комитетите по условия на труд или групите, които получават докладите за инциденти на насилие, да събират информация и да провеждат изследвания за насилието на работното място и да подготвят препоръки за коригиращи стратегии.
- Да насърчават участието на работниците в такива групи.

3.3. ОТЧИТАЩ КУЛТУРНИТЕ ОСОБЕНОСТИ/ПОЛА И НЕДИСКРИМИНАЦИОНЕН

култура

Макар че насилието на работното място има универсално значение, възприемането и разбирането му могат да са различни при различните култури. Тези културни различия трябва да се имат предвид и съответно да им се отговаря чрез:

- Използването на съответна терминология, която изразява общоприетия език в специфичната култура
- Специфичен акцент върху формите на насилие на работното място, които са по-характерни в дадения културен контекст
- Специално усилие да се разкрият ситуацията на насилие на работното място, които е трудно да се открият и приемат като реалност, поради специфичния културен контекст

пол

Джендер измерението трябва да бъде признато. Макар и по различен начин, и жените, и мъжете са засегнати от насилие на работното място, но жените са подложени на определени типове насилие, като например сексуални престъпления. (*Chappell and Di Martino, 2000*). В здравеопазването, където насилието е толкова всепроникващо, че често се разглежда като част от работата, жените са значителна част от наетите. Продължаващото струпване на жени в нископлатените и с нисък статут работни места в сектора допълнително изостря проблема, превръщайки жените в реална или предполагаема беззащитна цел. За да има успех превенцията на насилието в здравеопазването, от жизнено значение са по-пълното използване на подхода на равенство на половете и засилването на позициите на жените. Действията в тази сфера трябва да отчитат спецификата на конкретната ситуация.

Дискриминация

Насилието на работното място е много тясно свързано с дискриминацията и често е неин източник. Дискриминацията включва всяко различие, изключване или предпочитание, което има за резултат ликвидиране или накърняване на равенството на възможностите или на третирането в труда или професията, подобно на тези, които са в основата на дискриминацията по отношение на раса, цвят на кожата, пол, религия, политическо мнение, национален и социален произход.

3.4. СИСТЕМЕН

С цел да се развият ефективно посочените по-горе подходи е необходимо действията срещу насилието да се провеждат по системен начин. Краткосрочни, средносрочни и дългосрочни цели и стратегии трябва да се набележат още на най-ранните етапи, така че да се организира действие по отношение на реалистични и достижими цели в рамките на договорени периоди.

Действията трябва да са разпределени на серии от основни стъпки, които включват:

- Признаване на насилието.
- Оценка на риска.
- Мониторинг и оценка.

4. ПРИЗНАВАНЕ НА НАСИЛИЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО

Ранното признаване на риска от насилие дава възможност да се предприемат действия, преди то да се е проявило. Макар че всяка предпоставка и сигнал могат да се дължат на други фактори, тяхното комбинирано и едновременно проявление налага необходимостта да се предприеме действие срещу насилието. Заедно с това,

трябва да се има предвид, че понякога насилието на работното място е трудно да се предвиди и че е необходимо да се избягват стереотипите и налепването на етикети, които могат да доведат до дискриминация, в частност, когато се оценяват рисковите фактори на индивидуално равнище.

Трябва да се има предвид следното.

4.1. ОРГАНИЗАЦИИ В РИСК

Макар че всички типове здравни заведения потенциално са изложени на насилие на работното място, при някои рискът е по-голям. Този риск трябва да бъде оценен, като се имат предвид специфичната ситуация и условия, при които всяко здравно заведение работи, като се обърне специално внимание на тези заведения, които са:

- Разположени в квартали, които са гъсто населени и с висока степен на престъпност.
- Малки и изолирани.
- С недостатъчен персонал.
- Подложени на натиска на реформите и свиване на дейността.
- Работещи с недостатъчно ресурси, включително и с неподходящо оборудване.
- Функциониращи в среда на толериране или приемане на насилието.
- Със стил на управление, основаващ се на заплахи.
- С лоша комуникация и взаимоотношения.

Във връзка с това специално внимание трябва да бъде обърнато на високите равнища на отсъствия от работа поради болест, на високото равнище на текучество и на високия брой предишни случаи на насилие.

4.2. ПОТЕНЦИАЛЕН СУБЕКТ НА НАСИЛИЕ

Идентифицирани са редица рискови фактори, които могат да помогнат да се предотврати насилието на работното място, главно физическото насилие.

При разглеждането на тези фактори цялото внимание трябва да се насочи към недопускане на налепване на етикети на отделни личности като потенциални или предполагаеми субекти на насилие. Потенциалният субект на насилие може да бъде представител на посетителите, на организацията, на друга здравна организация, пациент или клиент. Трябва да се отчита и фактът, че в редица случаи самите субекти на насилие, от своя страна, са жертви на насилие.

Биография

Може да включва:

- Биография, включваща поведение на насилие.
- Свързано с трудности детство.
- Зависимост от психотропни вещества, в частност алкохолизъм.

-
- Сериозно душевно заболяване, симптомите на което не са адекватно разпознати или контролирани чрез терапевтичен режим.
 - Достъп до оръжие или предмети, които могат да бъдат използвани като оръжие.

Предупредителни сигнали

Могат да включват:

- Агресивна/ враждебна поза и поведение.
- Повтарящи се прояви на недоволство, раздразнение и фрустрация.
- Промени в тона на гласа, размера на зениците на очите, мускулно напрежение, изпотяване.
- Ескалация на сигналите и създаване на напрегната ситуация.

4.3. ПОТЕНЦИАЛНА ЖЕРТВА

Разкрити са редица фактори, които могат да помогнат да се предотврати насилието на работното място. Както и в случая със субекта на насилие, цялото внимание трябва да се съсредоточи към това да се избягва лепенето на етикети на жертвата.

Професия

Макар че всички професии в здравеопазването са потенциално в риск от насилие на работното място, при някои рискът е по-голям:

- Сестрите и персонала в бърза помощ: изключително висок риск.
- Лекарите, помощен и технически персонал: висок риск.
- Персонал, свързан с медицината: риск.

Реална или предполагаема уязвимост

Може да се отнесе към:

- Членове на малцинствата.
- Хора, които са на обучение или с изпитателен срок в здравното заведение.
- Работещи на несигурни работни места.
- Млади хора.
- Жени.

Опит, нагласи, външен вид

Може да включва:

- Липса на опит.
- Проява на недоволство и раздразнителност.
- Липса на умения за справяне.
- Носене на униформа или баджове с името.

5. ОЦЕНКА НА РИСКА НА РАБОТНОТО МЯСТО

Една от първите крачки, които трябва да се предприемат, когато се има предвид превенцията на свързаното с труда насилие, е оценката или диагнозата на съществуващите рискове и рискови ситуации, като интегрална част от системата на управление на безопасността и охраната на труда и цялостната организация на управление на здравните заведения. Това включва:

5.1. АНАЛИЗ НА НАЛИЧНАТА ИНФОРМАЦИЯ

Обикновено съществува значителна по обем информация, която трябва да бъде анализирана по подходящ начин. За тази цел:

- Трябва внимателно да бъдат анализирани официалните дневници, свързани с инциденти, отсъствия от работа, текучество.
- Трябва да се събере и има предвид информация за стила на управление.
- Трябва да се правят регулярни проверки на работните места.
- Трябва да се провеждат периодични общи и специфични според ситуацията изследвания сред персонала.
- Трябва да се провеждат дискусии с работниците и техните представители.
- Трябва да се поддържат връзки с други работодатели, работодателски организации, съответните държавни органи, групи за подкрепа на клиентите/пациентите и застрахователните компании.

5.2. ИДЕНТИФИКАЦИЯ НА СИТУАЦИИТЕ, СВЪРЗАНИ С ИЗКЛЮЧИТЕЛЕН РИСК

Редица ситуации са определени като свързани с изключителен риск от насилие на работното място. Здравните работници са изложени на цялата съвкупност от рискови ситуации и това прави тази категория работници уникална по отношение на значимостта и разпространението на насилието.

Ситуации, свързани с изключителен риск

работа сам

Работниците, които работят сами, са изправени пред изключителен риск от физически и сексуални нападения. Много от заетите в здравеопазването, като нощни сестри/лекари и сестри/лекари, осъществяващи домашни посещения,

работят сами или в относителна изолация и поради това са изложени на по-голям риск от насилие.

работа в контакт с хора

Много професии, включително и в здравеопазването, включват контакт с хора. Все повече работата с хора генерира по-висок риск от насилие.

работа с ценности

Каквито и да са ценностите (например, пари в брой, лекарства, спринцовки, скъпо оборудване), и когато изглеждат “леснодостъпни”, винаги има риск да бъде извършено престъпление и нещо повече - престъпление, свързано с насилие. Работещите в здравеопазването, като касиери или такива, които отговарят за пазенето и разпределението на лекарствата, са изложени на подобен риск.

работа с хора в дистрес

Фрустрацията и гневът, свързани със заболяването и болката, психиатричните разстройства, алкохолът и зависимостта от наркотици могат да породят поведение, което прави хората, склонни към устен тормоз или физическо насилие. Случаите на инциденти на насилие, с които се сблъскват работещите в контакт с хора в дистрес, са толкова чести, че обикновено се възприемат като неизбежна част от работата. Медицинските работници са на предния фронт на подобни ситуации.

работа в среда, която е все “по-отворена” към насилие

Насилието в здравните заведения, което традиционно се концентрира в няколко сфери, като например бърза помощ, днес прогресивно обхваща всички сфери на работа.

работа в условия, които водят до уязвимост

Задълбочаващият се процес на реформи и свиване на дейността в здравеопазването води до все по-нарастващ брой работници, които са включени във временна и несигурна заетост, изложени са на риска да работят при лоши условия на труд или да загубят работните си места, както и на риска от насилие.

С цел да се оцени напълно специфическото наличие на ситуации, свързани с повишен риск на отделните работни места, е необходимо да се направи анализ на съществуването на такива ситуации на всяко работно място и за всяка категория персонал в него. Това е съществена предпоставка за целенасочени и ефективни интервенции и този анализ трябва да бъде направен преди да се предприемат съответните мерки.

6. МЕРКИ НА РАБОТНОТО МЯСТО

След като вече е признато потенциалното съществуване на насилие и рисковите ситуации са идентифицирани, трябва да се предприемат действия, насочени срещу насилието.

6.1. ПРЕДПОСТАВКИ

Развитие на хуманистична култура на работното място

Приоритет трябва да бъде даден на развитието на хуманистично ориентирана култура на работното място, основаваща се върху безопасността и достойнството, не-дискриминацията, толерантността, равните възможности и сътрудничеството. Това изисква активно насърчаване на процесите на социализация, нов стил на мениджмънт, стимулиращ участието и изграждането на нов тип организация на труда, при която:

- Социалният диалог и комуникациите широко се използват.
- Организацията и персоналет имат еднаква визия и цели.
- Мениджърът е ангажиран да се пребори с насилието на работното място.
- Предоставяните услуги и отговорностите са децентрализирани, така че мениджърите, средните ръководители и работниците са по-добре запознати с местните проблеми и са по-добре подготвени да отговорят на потребностите на пациентите.
- Организацията насърчава споделяне на проблемите и груповото им решение.
- Организацията осигурява среда, в която усилията на персонала се признават и оценяват и се създават възможности за професионално и личностно развитие.
- Създадена е здравословна и подкрепяща социална среда.

Ясна позиция

Трябва да бъде направено ясно изявление за намеренията от страна на висшия мениджмънт след консултации с всички заинтересовани, с което да се признава важността на борбата с насилието на работното място.

Изявлението трябва да съдържа най-малко следното:

-
- Определение на насилието, така че хората да знаят точно за какво става дума.
 - Декларация, изразяваща реална нагласа за превръщане на проблема за насилието в един от най-приоритетните въпроси на организацията.
 - Предупреждение, че поведение, съзнателно генериращо насилие, няма да бъде толерирано.
 - Готовност за ангажиране в подкрепа на всяко действие, насочено към създаване на свободна от насилие среда.
 - Директива, посочваща, че ръководителите на отделните звена и мениджмънтът имат ясно задължение да въвеждат политиката и да демонстрират своето поведение като пример.
 - Ангажимент да се осигурят на мениджърите възможност и средства да провеждат политиката на всички равнища в организацията.
 - Поемане на ангажимент за подходящо обучение на отделните индивиди и групи за провеждане на политиката.
 - Осигуряване на независима и свободна от репресии система за жалби.
 - Повишаване на осъзнаването на проблема.

Важно е изявлението за позицията да бъде съпроводено с инициативи за повишаване на осъзнаването от страна на мениджмънта, ръководителите на звена, персонала, пациентите, клиентите, доставчиците и местната общественост на вредния ефект от насилието, както и на преимуществата от предприемането на незабавни действия за елиминиране или намаляване на насилието на работното място. Трябва ясно да се подчертаят следните последствия:

за индивида:

Страданието или унижението, които са следствие от насилието, обикновено водят до липса на мотивация, загуба на доверие и намалено самоуважение, а ако ситуацията се запази, това води до такива последствия, като заболяване, психически нарушения, а често се наблюдава и зависимост от тютюнопушене, алкохол и наркотици.

за работното място:

Насилието причинява моментно или често дълготрайно прекъсване на междуличностните връзки, нарушения в организацията на работа и в цялостната работна среда, които обикновено водят до влошаване на качеството на услугите, които се предоставят. Работодателите понасят директните загуби от юридическите последствия, загубеното работно време и по-скъпите мерки за сигурност. Обикновено те понасят и индиректните загуби, свързани с намалената ефективност и производителност, влошеното качество на услугите, трудността да се назначи или задържи квалифициран персонал, загуба на имиджа на здравното заведение и намаляване на броя на пациентите.

в общността:

Насилието на работното място понякога може да доведе до безработица, психологически и физически проблеми, които влияят отрицателно върху социалната позиция на даден индивид. Разходите, свързани с насилието, включват разходи за лечение и дълготрайна рехабилитация, разходи за реинтеграция на индивидите, разходи за обезщетения при безработица и преквалификация на жертвите, които губят работата си или я напускат в резултат на насилие, както и разходи за инвалидност, когато е загубена или намалена трудоспособността на жертвите в резултат на насилие. Застрашен е и достъпът на населението да качествени медицински услуги.

6.2. ОРГАНИЗАЦИОННИ МЕРКИ

Организационните мерки имат най-голямо приоритетно значение. Поддръждането на организационните проблеми според техния източник обикновено се оказва най-ефективен и най-евтин начин в сравнение с повишаване на капацитета за справяне чрез мерки на индивидуално ниво или мерки, насочени към последствията от насилие върху отделния индивид. Организационните мерки трябва да бъдат развивани и адаптирани в светлината на специфичната ситуация, като идентифицирането на приоритетните мерки трябва да става на основата на консултации с всички заинтересовани на местно равнище.

Организационните мерки могат да включват:

Осигуряване на персонал

Трябва да се осигури наличие на адекватен по брой и квалификация персонал, в частност:

- В пиковите периоди, при транспортирането на пациенти, при неотложната помощ, по време на хранене и през нощта.
- В приемните отделения и в кризисните отделения или в отделенията с по-остри заболявания.
- За пациенти, които имат в досието си случаи на насилие или са участвали във въоръжени нападения.

Наличният персонал трябва да се използва по най-ефективен начин и разпределението му трябва да се прави така че:

- Да се организира ротация на персонала за отделни застрашени работни места и за тези, които са новоназначени.
- Детайлно определяне на движението на персонала между различните работни помещения.
- Определяне на смените така, че да се помогне на персонала да бъде колкото се може по-бдителен и да му се осигури помощ при ситуации на насилие.
- Определяне на задачите по такъв начин, че работещите в опасни ситуации да не работят сами.

Стил на управление

Мениджмънтът е отправна точка в организацията. Когато мениджмънтът показва пример на позитивни нагласи и поведение на работното място, цялата организация обикновено се стреми да го следва. Стил на управление, основаващ се на отвореност, комуникация и диалог, при който загрижеността и уважението към достойнството на индивидите са приоритет, може до голяма степен да подпомогне за намаляване и елиминиране на насилието на работното място.

Информация и комуникация

между персонала и отделните звена

Циркулацията на информация и ефективната комуникация може да намали до голяма степен насилието на работното място, отстранявайки напрежението и фрустрацията между работниците. Те са от специално значение за премахване на табуто да се мълчи, което често съпътства случаите на сексуално насилие, устен тормоз и малтретиране.

Трябва да се насърчава следното:

- Информационни оперативки;
- Събрания на персонала;
- Събрания на звеното;
- Групови дискусии;
- Групова работа;
- Групово обучение.

за пациентите и посетителите

Осигуряването на своевременно информация на пациентите и техните приятели и роднини е от особено значение за намаляване на риска от нападение или устен тормоз. Това често се случва в ситуации, които включват дистрес и дълго чакане, обикновено характерни за отделенията на бърза помощ. Това включва:

- Разработване, раздаване, поставяне на видно място и прилагане на протоколи или кодекси на поведение, описващи задълженията и правата на пациентите, роднините и приятелите им.
- Информирание за санкциите, които ще се предприемат при проява на насилие спрямо персонала.

за работници, които се намират в повишен риск

За персонала, който се намира в повишен риск, като например персонала, осъществяващ домашни посещения и работещ в звената за бърза помощ трябва да бъдат осигурени информация за рисковете, свързани с определени ситуации, и ефективни комуникационни канали. Това включва:

-
- Осигуряване на протоколи за информиране на персонала, че колегата му е извън базата, къде отива и приблизителния час, когато се очаква да се върне. Трябва да има и процедури за реакция в случаите, когато такива протоколи липсват.
 - Осигуряване на кодекси за бързо действие, според които персоналет може да иска помощ, без да трябва да обяснява ситуацията, с което да разтревожи нападателя.
 - Осигуряване на информация за риска при бъдещи контакти и тяхната локализация.
 - Поддържане на контакти с местната полиция с оглед получаването на актуална информация за проблемните места и пациенти, склонни към проява на насилие.
 - Осигуряване на алармена система, както е описано по-долу за работното място.

практики на работа

Промяна на практиката на работа е най-ефективният и евтин начин за намаляване на насилието на работното място. Тъй като всяка работна ситуация е уникална, за да се отговори най-добре на всяка от тях, трябва да се използва комбинация от различни мерки.

- Трябва да се разработят схеми за потока на клиентите/пациентите и за задълженията, които да съответстват на потребностите и ресурсите.
- Трябва да се избягва образуването на тълпи в помещенията.
- Времето за чакане трябва да се сведе до минимум.
- На персонала трябва да се предостави определена гъвкавост, така че правилата и политиките на заведението да не се интерпретират от пациентите като нетолерантни ограничения.
- Персоналет, който осъществява домашни посещения, когато е възможно, трябва да се обажда по телефона или да записва ангажиментите си за посещения; да насрочва посещенията си в проблемни места за подходящо време от деня, като например сутрин, когато е по-минимална опасността от пиянство и приемане на наркотици.
- Работещите нощем, в частност жените и тези, които се придвижват от помещение в помещение или работят в изолирани помещения в сградата, трябва, ако това е възможно, да работят заедно или в близост един до друг.
- Ако е възможно, за работещите нощна смяна трябва да се осигури транспорт.

организация на работата

Организацията на работата е съществен фактор по отношение на насилието. Ефективната организация трябва да осигури:

- Задачите, които се изпълняват, да са определени за цялото звено, а не като отделни фрагменти.

-
- Работата да има значителен принос за цялостното функциониране на организацията, който да се разбира от отделния работник.
 - Работата да осигурява адекватна степен на автономност.
 - Работата да не е изключително повтаряща се и монотонна.
 - Да са осигурени достатъчна оценка на изпълнението на задачите и възможности за развитие на уменията на персонала.
 - Работата да се обогатява с по-широко разнообразие от задачи.
 - Да се подобри планирането на работата.
 - Да се избягва претоварването с работа.
 - Бързината на работа да не е прекомерна.
 - Да се облекчи достъпът до помощните работници или членовете на колектива.
 - Да се осигури достатъчно време за диалог, обмен на информация и решаване на проблемите.

работно време

С оглед недопускането или намаляването на насилието на работното място управлението на работното време трябва да е насочено към избягване на изключително високо напрежение в работата чрез:

- Определяне на работното време, колкото се може повече, в консултации с работниците.
- Избягване на много продължително работно време.
- Избягване на масов извънреден труд.
- Осигуряване на адекватни периоди за почивка.
- Изграждане на автономни или полуавтономни колективи, които сами да определят своето работно време.
- Смените да се запазват регулярни и да са предвидими.
- Да се намаляват до минимум последователните нощни смени

6.3. МЕРКИ, СВЪРЗАНИ С РАБОТНАТА СРЕДА

Необходимо е да се предприемат действия, насочени към идентифициране и решаване на проблемите, свързани с работната среда, с оглед предотвратяване на насилието на работното място. Мерките, свързани със средата, трябва да се развиват и адаптират, като се отчита специфичната ситуация и се определят приоритетите сред различните възможни действия в консултации с всички заинтересовани на местно равнище.

физическа среда

Физическите характеристики на работното място са ключов фактор, който стимулира разпространението на насилието или играе ролята на потенциален източник за него. Поради това, трябва да се обърне специално внимание на равнището и начина, по който персоналът, пациентите и посетителите са изложени на тези фактори и да се предприемат съответни решения в рамките на съществуващото законодателство и практика, за да се намали или елиминира всяко негативно влияние. В частност:

- Трябва да се минимизира равнището на шум, за да се избягва раздразнението и напрежението между персонала, пациентите и посетителите.
- Цветовете трябва да са релаксиращи и привлекателни.
- Трябва да се елиминират лошите миризми.
- Трябва да се поддържа добро осветление, за да се осигури видимост във всички пространства, в частност в приемната, паркинга и складовите помещения, особено през нощта.
- Трябва да се предприемат мерки за осигуряване на подходяща температура/влажност/проветрение, особено в помещенията, където има много хора и при горещ климат.
- Всички мебели и предмети трябва да бъдат добре закрепени.

проектиране на работното място

В специфичния контекст на възможно насилие и агресия на работното място, особено в тези помещения, в които има свободен достъп на посетители, проектирането на работното място, изисква специално внимание и включва следните допълнителни фактори:

достъп

- Трябва да бъде осигурен безопасен достъп до и от работното място.
- Трябва да се намалят местата, през които е възможен свободен достъп на посетители до сградата и кабинетите в здравното заведение.

-
- Трябва да се предприемат мерки за сигурност на главния вход, край главните проходи, през които минава потокът на посетители и при звената за неотложна помощ.
 - Проверяването за оръжие трябва да се предприема много внимателно и да се въвежда, ако е необходимо, в съответствие с местното законодателство и практика с приоритетната цел да се избегне всеки излишен риск.
 - Регистратурата трябва да бъде лесно откриваема за пациентите/посетителите, да бъде лесно достъпна и видима за останалия персонал.
 - Достъпът на посетители да основната сграда на здравното заведение трябва да се регулира в съответствие с договорен протокол.
 - Достъпът до помещенията на персонала (например, съблекални, места за почивка и др.) трябва да бъде намален и ограничен само за персонала.

пространство

- Трябва да се осигури достатъчно пространство между посетителите и пациентите, за да се намали взаимодействието и създаването на напрежение.
- Трябва да се осигури достатъчно работно пространство с оглед облекчаване на осъществяването на услугите.
- Трябва да се осигури съответно място за почивка на персонала.
- Трябва да се осигури просторно и спокойно място за регистратурата с достатъчно място за персонала.

Трябва да се използват защитни бариери за персонала, който е в повишен риск, както и за отделяне на особено опасните пациенти от другите пациенти и посетители.

места за чакане

- Необходимо е да се осигурят удобни места за сядане, особено там, където се налага да се чака дълго.
- Трябва да се намали скуката, като се осигуряват специални занимания (например да се осигурят материали за четене, телевизия, играчки за децата).

прикрепени неподвижно предмети и обзавеждане

- Мебелите трябва да бъдат така аранжирани, че да се избегне блокирането на персонала.

-
- В стаите за снемане на анамнеза и в кризисните лечебни отделения трябва да има минимално количество мебели, които да са леки, без остри ъгли или крайща, и където това е възможно, те да бъдат закрепени неподвижно за пода.

Помещения

- Стаите за прегледи и манипулации трябва да имат два изхода, а където това не е възможно, трябва така да са оборудвани и мебелирани, че да позволяват лесно излизане.
- Стаите за манипулации в звената за неотложна помощ трябва да бъдат отделени от помещенията за посетители.
- Трябва да се обърне специално внимание на възможността да се осигурят отделни стаи за емоционално разстроени, дрогирани пациенти, пациенти, които са претърпели въоръжено нападение или други подобни ситуации, но заедно с това трябва да се има предвид, че при определени обстоятелства, осигуряването на такива помещения може да се приеме като дискриминация и това допълнително да изостри ситуацията.
- Тоалетните, местата за хранене, обществените телефони трябва да са обозначени, да има лесен достъп до тях и да се поддържат по съответен начин.

алармени системи и камери за наблюдение

- В потенциално опасните помещения трябва да бъдат инсталирани камери за наблюдение.
- На персонала, при който има риск или може да се очаква такъв, трябва да се осигурят алармени системи, например телефони, сигнални устройства, късовълнови предаватели, за да се уведомят другите колеги в случай на възникване на проблеми.
- Препоръчително е използването на безшумни системи, за да се избегне реакцията на нападателя. В случай, че такива системи липсват, жертвата трябва да изчака излизането на нападателя и тогава да алармира, за да се избегне гневна реакция на нападателя.
- Там, където се използват алармени системи, трябва да се осигури надеждна система за отговор.
- Типът алармена система, която ще се използва, зависи от оценката на риска за съответното място.

6.4. МЕРКИ, НАСОЧЕНИ КЪМ ИНДИВИДА

Мерките трябва да се развиват с оглед повишаване на способността на индивидите да подпомогнат предотвратяването на насилието на работното място. Фокусираните върху индивида мерки трябва да се развиват и адаптират, като се отчита специфичната ситуация, а приоритетните мерки трябва да се определят в консултации с всички заинтересовани на местно равнище. Това включва:

обучение

Обучението за справяне с насилието на работното място трябва да се базира на мрежа от политики и да се провежда непрекъснато или периодично в зависимост от специфичните потребности, като се включат всички работници и техните представители, както и ръководителите на звена и мениджърите.

Обучението може да включва:

- Ориентация в работната среда, политики на управление и процедури за решаване на спорове.
- Информация за различните типове насилие на работното място, физическо и психическо, най-добри практики за неговото намаляване.
- Информация за джендер проблемите, мултикултурните различия и дискриминацията, за да развие чувствителност към тези проблеми.
- Подобряване на способността да се идентифицират потенциалните ситуации на насилие.
- Подобряване на уменията за междуличностно общуване и комуникация, които могат да предотвратят и отстранят ситуации на потенциално насилие на работното място.
- Развитие на квалификацията за изпълнение на функциите, които се осъществяват.
- Подготовка на “основна група” от зрели и специално подготвени представители на персонала от двата пола, които могат да поемат отговорност при по-сложни случаи.
- Обучение за самоутвърждаване и повишаване на възможностите, в частност на жените.
- Самозащита, ако е необходимо, в съответствие с оценката на риска.

Насоки за определени професии трябва да очертаят допълнително специалните потребности от обучение и уменията, които се изискват за превенция и справяне с насилието на работното място при определени обстоятелства.

ПОМОЩ И КОНСУЛТАЦИИ

Трябва да се осигурят помощ и консултации, които да помогнат на индивидите да разпознаят заплахата, съдържаща се в тяхното поведение и помощ за промяна на поведението и нагласите им, например при домашно насилие, наркомания или такива, произтичащи от стрес, депресия, безсъние.

добро физическо състояние

Поддържането на добро физическо състояние и емоционална стабилност е ефективен начин за справяне с насилието на работното място. Специално внимание и насърчаване трябва да се отдаде на развитието на навиците на персонала за редовни физически упражнения, подходящи навици за спане и

хранене, техники за релаксация и дейности в свободното време, особено такива, които включват социализация.

Взаимодействащите си и понякога противоречащи си изисквания на работното място и семейството могат да бъдат много стресиращи и да генерират напрежение и неудовлетворение. Осигуряването на мерки за съчетаване на отговорностите, свързани с работата и семейството, като например гъвкаво работно време, създаване на детски ясли към медицинското заведение или специална помощ за самотните родители, могат ефективно да допринесат за превенция на насилието на работното място.

6.5. МЕРКИ СЛЕД ИНЦИДЕНТА

Мерките, които се предприемат след инцидента трябва да са насочени към минимизиране на влиянието на насилието на работното място и към предотвратяване на повтарянето на подобни случаи в бъдеще. Те трябва да са насочени не само към жертвата, но и към този, който е извършил насилие, свидетелите на насилие и целия персонал, пряко или непряко засегнат от даден инцидент/поведение, свързани с насилие.

планове за отговор на насилието

Трябва да се разработват и предварително да се тестват планове на мениджмънта за решаване на ситуации на насилие на работното място и за оказване на помощ на засегнатите от насилие, насочени към последващия ефект на дистрес или неработоспособност, свързани с инциденти/поведение на насилие, както и за предпазване от сериозни психологически проблеми, които могат да се проявят по-късно.

докладване и регистриране

Системите за докладване и регистриране са от съществено значение за идентифициране на местата и дейностите, където насилието може да бъде проблем. Трябва да бъдат докладвани и регистрирани всички инциденти, включващи физическо или психическо насилие, включително и най-малките и потенциални инциденти, при които няма действително увреждане.

Мениджърът трябва да установи процедури за регистрация на всички случаи на насилие и да въведе механизми за отговор на такива случаи. Трябва да се провежда периодично преглед на докладите за инциденти като индикатор за подобряване на мерките по безопасност на работното място.

Всички работници трябва да знаят как и къде да докладват, без да се страхуват от репресии и критикуване.

Докладът трябва да бъде така оформен, че да разкрива следната информация:

- Къде се е случил инцидентът, включително и физическата среда.

-
- Дата и час.
 - Дейност по време на инцидента.
 - Детайли за жертвата.
 - Детайли за предполагаемия нападател.
 - Взаимоотношения между жертвата и предполагаемия нападател.
 - Описание на това, което се е случило.
 - Свидетели.
 - Резултат.
 - Мерки, предприети след инцидента.
 - Ефективност на тези мерки.
 - Препоръки за предотвратяване на подобни инциденти в бъдеще.

Персоналът трябва да бъде насърчаван да докладва за условия или ситуации, в които той е подложен на изключителен или излишен риск от насилие на работното място и да прави предложения за намаляване на риска от насилие или за подобряване на условията на труд.

лечение

Трябва да бъде осигурено незабавно лечение и възможността за него да е известна на всички, засегнати от насилие на работното място. Специални грижи трябва да се полагат за жертвите на сексуално насилие, тъй като медицинският преглед може да напомни отново за насилието и поради това да е стресиращ.

разпит

Разпитът, както се изисква, трябва да се проведе с всички, които са засегнати от насилието. Той трябва да включва:

- Споделяне на лична информация с другите, за да се разсее ефектът от насилието.
- Оказване на помощ на засегнатите от насилието да разберат какво се е случило.
- Успокояване и предлагане на помощ.
- Подпомагане хората да се концентрират върху фактите и да дадат информация.
- Информация за възможната помощ, която може да се окаже.

консултации

Консултации със специалист или група в същото положение също трябва да се осигурят. Консултациите със специалист трябва да се осигурят директно от здравното заведение, като част от системата за осигуряване на безопасност и здраве при работа или от собствено звено за психологически услуги или, ако такава няма, да се използват външни услуги.

подкрепа от мениджмънта

Мениджмънтът трябва да окаже незабавна и по-продължителна подкрепа на тези, които са засегнати от насилие на работното място. В частност той трябва:

- Да се заеме с непосредствените последици от насилие.
- Да минимизира ефекта от насилието, като поеме отговорност за лечението, консултирането или осигуряването на отпуск, разходите и юридическите проблеми.
- Да осигури информация и подкрепа на семействата на засегнатите.
- Да инициира своевременно разследване.
- Да следи случая по-дълго време, ако е необходимо.

представителство и юридическа помощ

Синдикатите, професионалните организации и, ако е необходимо, колегите трябва да се включат в осигуряването на представителство и юридическа помощ, както се изисква. Това може да включи:

- Помощ и подкрепа по отношение на процедурите, които трябва да се следват.
- Консултации по отношение на източниците и възможностите за юридическа помощ.
- Участие в срещите, разследването и изслушването в съда.
- Синдикалистите да имат достъп до обучението по насилие на работното място.
- Членът на етническа група или малцинствена общност да бъде представяван от синдикалист с подобен произход.

процедура за решаване на спорове

Трябва да се разработят процедури, които могат да подпомогнат решаването на проблемите преди дадена ситуация, в частност включваща персонала, началниците и мениджмънта, да се е изострила допълнително. Това може да е неформална среща между този, който се жалва с мениджър или посредник. Може да се уредят и срещи за изясняване на проблема с предполагаемия субект на насилие или друг подходящ човек, с помощта на представител на работниците, омбудсман или колега. Те могат да създадат възможности за помирение и да предотвратят насилието или бъдещи инциденти на насилие. Заедно с това, ако не е възможно постигане на решение на основата на подобна процедура, на този, който се жалва, може да се предложи да подаде жалба съгласно закона и практиката към съответните правораздавателни органи.

Жалбоподателят и субектът на насилие трябва:

- Да се поканят и да се разговаря с тях поотделно.
- Да се информират, че организацията ще приеме жалбата сериозно и че ще бъдат направени всички усилия тя да бъде разгледана бързо.
- Да ги посъветват по отношение на това, което може да се случи впоследствие.
- Да ги успокоят по отношение конфиденциалността.

-
- Да ги предпазят от допълнително насилие или от разпространение на слухове.

рехабилитация

Възстановяването от насилие на работното място може да включи продължителен период на рехабилитация. Работниците трябва да бъдат подкрепени през целия период на рехабилитация, като им се даде необходимото време за възстановяване, но като заедно с това се насърчават да се върнат на работа. Колкото по-скоро жертвата успее да се върне на работа, толкова по-лесно ще е за нея да се присъедини отново към колектива и ще пропусне по-малко от актуалната информация, необходима за ефективно изпълнение на работата. Заедно с това обаче, първоначално работниците не трябва да бъдат подлагани на много стрес и гъвкавостта под формата на гъвкаво работно време, различни разписания или подкрепа от колегите ще даде възможност на жертвата да възстанови самочувствието си. За жертвите на насилие е важно, когато се върнат на работа, да се чувстват в безопасност както от физическо, така и от психическо насилие.

7. ОЦЕНКА

Оценката на ефективността на плановете и мерките за борба с насилието трябва да включват:

- Регулярен мониторинг и регулярна информация за резултатите от въведените мерки.
- Включване на работниците в разработването на критерии за оценка и обратна връзка от тяхна страна по отношение на това доколко добре работят тези критерии и в тяхната преработка, ако е необходимо.
- Организиране на периодични съвместни срещи на мениджмънта и работниците за обсъждане на набеязаните мерки.
- Регулярно преразглеждане на плановете на мениджмънта, включително оценка на внедряването на политиката.
- Преоценка на културата на работното място, организацията на труда и качеството на средата, с оглед ефективното противодействие на насилието на работното място.
- Активизиране на цикъла на управление на риска с оглед превръщането на борбата с насилието на работното място в непрекъснат процес в организацията.

8. ЛИТЕРАТУРА

Chapell D.; Di Martino, V. (2000). *Violence at Work*, second edition, Geneva ILO
Di Martino, V. (2002) *Workplace Violence in the Health Sector- Country Case Studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, Australia: Synthesis Report*, Geneva, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper

Hoel, H.; Sparks, U.; Cooper, C. (2000) *The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence and stress-free working environment*, University of Manchester Institute of Science and Technology, www.ilo.org/public/english/protection/safework/whpwb/econo/costs
Krug, E. et al., eds. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO

ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector

ILO/ICN/WHO/PSI (2002) *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector
Workplace Violence in the Health Sector- Country Case Study Brazil, Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper
Workplace Violence in the Health Sector- Country Case Study Bulgaria. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper
Workplace Violence in the Health Sector- Country Case Study, Lebanon, Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper
Workplace Violence in the Health Sector- Country Case Study Portugal, Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper
Workplace Violence in the Health Sector- Country Case Study South Africa, Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper
Workplace Violence in the Health Sector- Country Case Study Thailand. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper

Тематични изследвания

Cooper, C.; Swanson, N. (2002). *Workplace Violence in the Health Sector- State of the Art*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper
Di Martino, V. Relationship of Work Stress and Workplace *Violence in the Health Sector*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper
Richards, J. *Management of Workplace Violence Victims*. . Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper
Wiskow, C. *Guidelines on Addressing Workplace Violence in the Health Sector – Comparison of major known national guidelines and strategies: UK, Australia, Sweden, and USA*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper
