



**РЕСУРСНИ ПАКЕТ ЗА ОДГОВОР
ПРУЖАЛАЦА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА
У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ НА РОДНО
ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ**

РЕСУРСНИ ПАКЕТ ЗА ОДГОВОР ПРУЖАЛАЦА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ



УРЕДНИК И ИЗДАВАЧ UNFPA

ПРЕДГОВОР

Појмови “родно засновано насиље” и “насиље над женама” користе се наизмјенично, јер је насиље над женама углавном родно засновано, и најчешће га врше мушкарци над женама и дјевојчицама, иако у неким ситуацијама сексуално насиље над мушкарцима може чак превладати у односу на жене, на примјер у затворима и оружаним снагама. Према расположивим подацима родно засновано насиље над женама и дјевојчицама једно је од најраширенијих кршења људских права, са утицајем на физичко, психичко, сексуално и репродуктивно здравље. Посјета здравственом раднику је први, често и једини корак који им омогућава приступ подршци и третману, па је јачање капацитета здравствених радника у откривању и подршци жртвама насиља важно за превенцију и одговор на родно засновано насиље.

Ресурсни пакет за одговор пружаоца здравствених услуга у Републици Српској на родно засновано насиље припремљен је са циљем пружања подршке здравственим радницима и здравственим сарадницима у Републици Српској у пружању услуга жртвама родно заснованог насиља. Ресурсни пакет резултат је рада интердисциплинарне радне групе сачињене од представника/ца: Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске, Министарства породице, омладине и спорта Републике Српске и Савјета за сузбијање насиља у породици и породичној заједници у Републици Српској, Министарства унутрашњих послова Републике Српске, Министарства правде Републике Српске, Министарства просвјете и културе Републике Српске, Министарство за економске односе и регионалну сарадњу Републике Српске, Гендер центра - центра за једнакост и равноправност полова Републике Српске, Фонда здравственог осигурања Републике Српске, Института за јавно здравство Републике Српске и Коморе доктора медицине Републике Српске, уз подршку тима UNFPA Регионалне канцеларије у Босни и Херцеговини. Пакет је настао адаптацијом Ресурсног пакета: Јачање одговора здравственог система на родно заснованог насиља у источној Европи и централној Азији (Strengthening Health System Responses to Gender based Violence in Eastern Europe and Central Asia: A Resource Package) израђеног од стране UNFPA Регионалне канцеларије за источну Европу и централну Азију и - Информативног центра и Европске мреже Жене против насиља (WAVE).

Публикација “Ресурсни пакет за одговор пружаоца здравствених услуга у Републици Српској на родно засновано насиље обухвата сљедећа поглавља: Увод, Методологија, Појам родно заснованог насиља, Обавезе земаља према међународног права, Нормативни одговор у Републици Српској, Стратешки оквир у Републици Српској, Стање у Републици Српској, Смјернице за здравствене раднике у јачању одговора здравственог система на родно засновано насиље, Закључци и препоруке, Прилози и Библиографија. Поглавље Смјернице за здравствене раднике у јачању одговора здравственог система на родно засновано насиље садржи четири поглавља: Улога здравствених радника у одговору на родно засновано насиље, Кораци ефективног одговора здравствених радника на родно засновано насиље, Форензички прегледи и обезбјеђивање доказа на суду и Креација рефералних путева који су интегрисани у здравствену заштиту, које је подијељено на три цјелине: Дефиниција рефералног система, Судиионици укључени у реферални систем и Развој ефикасног рефералног система. Шест прилога додатно појашњава текст публикације.

У име Министарства здравља и социјалне заштите желим се захвалити свим члановима радне групе као и свим институцијама, установама и организацијама које су дале допринос у припреми ове публикације. Подршка UNFPA била је веома важна, надам се да ће се добра сарадња наставити и убудуће. Препоручујем употребу публикације “Ресурсни пакет за одговор пружаоца здравствених услуга у Републици Српској на родно засновано насиље” свим здравственим радницима и сарадницима и руководиоцима здравствених установа у Републици Српској, а посебно наглашавам важност спровођења препорука датих у овој публикацији.

Министар здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске

Драган Богданић



Бања Лука, јун 2015. године

ПРЕДГОВОР

Родно засновано насиље представља један од најозбиљнијих и најраширенијих облика кршења људских права широм свијета. Свака трећа жена у свијету доживјела је један облик насиља у свом животу. Истраживање о распрострањености и карактеристикама насиља над женама из 2012. године показало је да је 47,3% жена у Републици Српској доживјело је неки облик насиља у свом животу након навршене петнаесте године. Највећи проценат жена 39,1% преживјело је психичко насиље, 26,5% физичко, 6,4% сексуално и 2,1% економско насиље. Посљедице које родно засновано насиље оставља на живот, а посебно здравље жена и њихове дјеце тешке су и далекосежне. Рјешавање овог проблема захтјева предан и координисан одговор друштва у цјелини: владиних, међународних институција и организација, невладиних организација, приватног сектора, грађана и грађанки. Кроз подршку и партнерство са свим одговорним партнерима, а посебно са здравственим сектором, Популацијски фонд Уједињених нација (UNFPA) доприноси стварању друштва нулте толеранције на родно засновано насиље у преко 150 земаља свијета.

Здравствени сектор има специфичну и комплексну улогу у превенцији и борби против родно заснованог насиља. Здравствени радници/це су често први којима се преживјеле жртве насиља обраћају за помоћ, али и међу првима који су у прилици препознати симптоме насиља када особе о томе нису спремне јавно говорити. Здравствени радници/це имају могућност дјеловати свеобухватно кроз програме подршке како преживјелим жртвама насиља и њиховој дјечи, тако и починиоцима родно заснованог насиља. Координисан одговор институција унутар здравственог система, те субјеката унутар мулти-секторског рефералног механизма од пресудне је важности за спрјечавање даљњих насилних односа и пружање адекватне подршке преживјелим и починиоцима родно заснованог насиља.

UNFPA у Босни и Херцеговини пружа стручну подршку здравственом систему у Републици Српској у борби против родно заснованог насиља кроз допринос изради стандарда за квалитету услуга у здравству од стране релевантних институција. *Ресурсни пакет је одговор пружаоца здравствених услуга у Републици Српској на родно засновано насиље представља један од првих корака у овом процесу.*

Ресурсни пакет израђен је у оквиру пројекта *Тражење заштите, подршке и правде за преживјеле жртве сексуалног насиља током сукоба у БиХ* који поред Популацијског фонда имплементирају и Развојни програм УН-а (UNDP), UN-ова агенција за равноправност полова и оснаживање жена (UN WOMEN), и Међународна организација за миграције (IOM). Овај едукативни ресурс развијен је адаптацијом Ресурсног пакета: Јачање одговора здравственог система на родно засновано насиље у Источној Европи и Централној Азији (израђеног од стране UNFPA регионалне канцеларије за Источну Европу и Централну Азију и Информативног центра и европске мреже Жене против насиља (WAVE).

У име UNFPA желим се захвалити свим ауторима и ауторицама овог документа, а нарочито Министарству здравља и социјалне заштите Републике Српске на њиховој сарадњи у цјелокупном процесу.

Доина Болога



UNFPA представница за БиХ

ИМЕ АУТОРА

Амела Лолић

РЕЦЕНЗЕНТИдр Драган Богданић
проф. др Гордана Тешановић**УРЕДНИЦЕ**Данијела Алијагић-Доловац
Наташа Алексић**ЛЕКТУРА**

Гордана Иванчевић

ДИЗАЈН

Саша Ђорђевић

ПРВО ИЗДАЊЕ**НАЗИВ И СЈЕДИШТЕ ИЗДАВАЧА**Популацијски фонд Уједињених нација и
Министарство здравља и социјалне заштите
Републике Српске**ГОДИНА ИЗДАВАЊА И ШТАМПАЊА**

2015.

НАЗИВ И СЈЕДИШТЕ ШТАМПАРИЈЕ

Графика Шаран, Сарајево

БРОЈ ПРИМЈЕРАКА

150

Ресурсни пакет за одговор пружаоца здравствених услуга у Републици Српској на родно засновано насиље продукт је заједничког рада Министарства рада и социјалне заштите Републике Српске и Популацијског фонда Уједињених нација у Босни и Херцеговини (UNFPA). UNFPA би се желио захвалити Амели Лолић, помоћници министра здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске у Ресору за јавно здравство, међународне односе и европске интеграције као главној ауторки овог документа, те Александри Родић, републичкој координаторки за репродуктивно здравље Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске као њеној асистентици. Стручну подршку и координацију процеса од стране UNFPA осигурале су Данијела Алијагић – Доловац и Миња Дамјановић.

UNFPA и Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске би се такође жељели захвалити свим члановима-цама радне групе: Иванки Марковић предсједници Савјета за сузбијање насиља у породици и породичном окружењу у Републици Српској; Наталији Петрић, Маријани Аћимовац и Слађани Аничич из Министарства породице, омладине и спорта Републике Српске; Свјетлани Бијелић и Гордани Давидовић из Министарства унутрашњих послова Републике Српске; Славици Купрешанин из Министарства просвјете и културе Републике Српске; Тамари Марић из Министарства правде Републике Српске; Данијели Ињац из Министарства за економске односе и регионалну сарадњу Републике Српске; Љубомиру Сладојевићу, Милану Латиновићу, Љуби Лепиру, Анки Шеранић, Јасминки Вучковић и Сањи Јовановић из Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске; Мирјани Лукач, Тијани Арамбашић – Живановић и Горану Турудији из Гендер Центра Владе Републике Српске; Миленку Паћену из Фонда здравственог осигурања Републике Српске; Миодрагу Марјановићу и Драгани Грујић Вујмиловић из Института за јавно здравство Републике Српске; те Небојши Јованићу и Младену Шукалу из Коморе доктора медицине Републике Српске.

САДРЖАЈ

9	1.	УВОД
10	2.	МЕТОДОЛОГИЈА
11	3.	ПОЈАМ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА
16	4.	ОБАВЕЗЕ ЗЕМАЉА ПРЕМА МЕЂУНАРОДНОМ ПРАВУ
22	5.	НОРМАТИВНИ ОКВИР У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ
35	6.	СТРАТЕШКИ ОКВИР У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ
36	7.	СТАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ
45	8.	СМЈЕРНИЦЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ РАДНИКЕ У ЈАЧАЊУ ОДГОВОРА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ
46	8.1.	УЛОГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У ОДГОВОРУ НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ
51	8.2.	КОРАЦИ ЕФЕКТИВНОГ ОДГОВОРА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ
52	8.3.	ФОРЕНЗИЧКИ ПРЕГЛЕД И ОБЕЗБЈЕЂИВАЊЕ ДОКАЗА НА СУДУ
53	8.4.	ДЕФИНИСАЊЕ РЕФЕРАЛНИХ ПУТЕВА ИНТЕГРИСАНИХ У ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ
53	8.4.1.	ДЕФИНИЦИЈА РЕФЕРАЛНОГ СИСТЕМА
54	8.4.2.	СУДИОНИЦИ УКЉУЧЕНИ У РЕФЕРАЛНИ СИСТЕМ
55	8.4.3.	РАЗВОЈ ЕФИКАСНОГ РЕФЕРАЛНОГ СИСТЕМА
57	9.	ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ
58	10.	ПРИЛОЗИ
58		ПРИЛОГ 1: ЧЛАНИЦЕ И ЧЛАНОВИ РАДНЕ ГРУПЕ
59		ПРИЛОГ 2: УПИТНИК ЗА АНАЛИЗУ СИТУАЦИЈЕ У СФЕРИ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА И МАПИРАЊЕ РЕПУБЛИЧКОГ ОДГОВОРА ³
64		ПРИЛОГ 3: УПИТНИК ЗА АНАЛИЗУ СИТУАЦИЈЕ – ОЦЈЕНА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА ⁴
70		ПРИЛОГ 4: ОБРАЗАЦ С30 ЗА ДОКУМЕНТОВАЊЕ СЕКСУАЛНОГ НАСИЉА ⁵
84		ПРИЛОГ 5: ОБРАЗАЦ ЗА ИДЕНТИФИКОВАЊЕ И МАПИРАЊЕ КАПАЦИТЕТА ⁶
86		ПРИЛОГ 6: ОБРАЗАЦ ЗА САСТАВЉАЊЕ ДИРЕКТОРИЈУМА ОРГАНИЗАЦИЈА ЗА УПУЋИВАЊЕ ⁷
87	11.	БИБЛИОГРАФИЈА

1. УВОД

Родно засновано насиље (РЗН) над женама и дјевојчицама једно је од најраширенијих кршења људских права, са значајним утицајем на физичко, психичко, сексуално и репродуктивно здравље. Према недавном истраживању, 25,4% жена у Европи и централној Азији доживјело је физичко или сексуално насиље од стране партнера или сексуално насиље од особа које нису интимни партнери (СЗО и сар. 2013). Здравствени сектор је улазна тачка за идентификацију РЗН, пружање медицинске његе за жене и дјевојчице жртве насиља, те њихово упућивање у остале важне службе. За многе жртве насиља, посјета здравственом раднику је први, а понекад и једини корак који им омогућава приступ подршци и њези па је јачање капацитета здравствених радника у откривању и подршци женама и дјевојчицама жртвама насиља важно за превенцију и одговор на РЗН.

Популацијски Фонд Уједињених нација (United Nations Fund for Population Activities, у даљем тексту: UNFPA), Регионална канцеларија Популацијског Фонда Уједињених нација за Источну Европу и централну Азију (EECARO) и њихов имплементациони партнер Жене против насиља Европа (WAVE) раде заједно како би подржали развој капацитета здравствених радника и сарадника у региону у циљу јачања одговора здравствених система на РЗН. Главни резултат овог партнерства, које је започело 2011. године, била је израда ресурсног пакета који нуди практичне смјернице за здравствене раднике и сараднике и управљање здравственим установама (публикација UNFPA и WAVE: "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package"), а који је доступан на www.health-genderviolence.org. У 2013. и 2014. години, пакет је прошао кроз потпуну ревизију у циљу додатног унапређења његовог значаја у јачању одговора здравственог система на РЗН, као и његовог ажурирања у складу с недавним међународним збивањима. UNFPA-WAVE ресурсни пакет настоји пружити здравственим здравственим радницима и сарадницима у региону доказе и средства за промоцију закона, политика и програма, с општим циљем постизања свеобухватног

мултисекторског одговора на РЗН, при чему здравствени сектор чини његов важан дио. Ресурсни пакет углавном се бави нивоом примарне здравствене заштите, који обично представља прву адресу за жене жртве РЗН, гдје се оне обраћају за медицинску помоћ. Иако и жене и мушкарци могу постати жртве РЗН (у неким ситуацијама, сексуално насиље над мушкарцима може чак и преваладати у односу на жене, на примјер: у затворима и оружаним снагама; СЗО 2003), жене и дјевојчице широм свијета чине већину погођену насиљем, што је резултат постојеће неравномјерне расподјеле моћи моћи између жена и мушкараца. Пакет смјерница и обука који је дат у том ресурсном пакету углавном је усмјерен на насиље од стране интимних партнера, што је облик РЗН које највише погађа жене.

Интердисциплинарна радна група, коју чине представници Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске, Министарства породице, омладине и спорта Републике Српске и Савјета за сузбијање насиља у породици и породичној заједници у Републици Српској, Министарства унутрашњих послова Републике Српске, Министарства правде Републике Српске, Министарства просвјете и културе Републике Српске, Министарства за економске односе и регионалну сарадњу Републике Српске, Гендер центра – центра за једнакост и равноправност полова Републике Српске, Фонда здравственог осигурања Републике Српске, Института за јавно здравство Републике Српске и Коморе доктора медицине Републике Српске, уз подршку тима UNFPA канцеларије у Босни и Херцеговини, прилагодила је тај ресурсни пакет и припремила публикацију Ресурсни пакет за одговор пружалаца здравствених услуга у Републици Српској на родно засновано насиље. Прилог 1 садржи списак чланица и чланова радне групе.

2. МЕТОДОЛОГИЈА

На иницијалном састанку са тимом UNFPA, одржаном 25.02.2015. године у Министарству здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске, размијењене су информације и идеје везане за прилагођавање ресурсног пакета, који нуди практичне смјернице за здравствене раднике и сараднике и управљање здравственим установама (публикација UNFPA и WAVE: “Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package”), и припрему Ресурсног пакета за одговор пружалаца здравствених услуга у Републици Српској на родно засновано насиље. Одлучено је да се други дио публикације UNFPA и WAVE: “Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package” (у даљем тексту: Публикација UNFPA и WAVE), који се односи на Пакет обуке за здравствене раднике, прилагоди за употребу у Републици Српској, ако се, на основу процјене стања, закључи да је то потребно. Договорено је да се детаљан опис активности (методологија) достави тиму UNFPA на валидацију до петог марта 2015. године. Методологија је достављена, деветог марта одржана је видео конференција са тимом UNFPA, на којој је дефинитивно прихваћена.

Упитници за процјену ситуације из анекса 4. и 5. Публикације UNFPA и WAVE преведени су и прилагођени. Упитник за анализу ситуације родно заснованог насиља и мапирање Републичког одговора (Прилог 2) и Упитник за анализу ситуације – оцјена здравствених установа (Прилог 3) упућени су здравственим установама у Републици Српској да би се добили одговори који би омогућили процјену ситуације, али и потакло размишљање о иницијативама и интервенцијама за јачање одговора здравствених установа и здравствених радника и сарадника на родно засновано насиље. Упитник за анализу ситуације родно заснованог насиља и мапирање републичког одговора (Прилог 2) упућен је свим министарствима у Влади Републике Српске, Гендер центру – центру за једнакост и равноправност полова у Влади Републике Српске, свим установама социјалне заштите и Фондацији “Удружене жене”.

За први састанак интердисциплинарне радне групе припремљен је радни материјал (преведена Публикација UNFPA и WAVE, преведени и/или прилагођени упитници за процјену ситуације из анекса 4. и 5. Публикације UNFPA и WAVE и прва радна верзија приједлога Ресурсног пакета за одговор пружалаца здравствених услуга у Републици Српској на родно засновано насиље (у даљем тексту: Ресурсни пакет). На дводневном састанку, одржаном 20. и 21. марта 2015. године, презентовани су резултати одговора на упитнике који су пристигли у року предвиђеном за достављање одговора и дискутовано је о првој радној верзији приједлога Ресурсног пакета. Након размјене искустава и давања коментара на прву радну верзију приједлога Ресурсног пакета, учесници су имали прилику да доставе и своје писмене коментаре након састанка.

Радни материјал за други дводневни састанак интердисциплинарне радне групе, који је одржан 27. и 28. марта 2015. године, садржавао је другу радну верзију приједлога Ресурсног пакета, у коју су унесене промјене инициране на првом састанку радне групе и послје њега, као и резултати одговора на упитнике који су пристигли у року предвиђеном за достављање одговора. Учесници су размијенили мишљења и коментаре на ту верзију. Резултати анкетања, све информације прикупљене прије састанака, на састанцима и послје њих, уграђене су у финални приједлог Ресурсног пакета који је достављен тиму UNFPA.

На трећем састанку интердисциплинарне радне групе, презентован је и валидиран финални приједлог нацрта Ресурсног пакета.

3. ПОЈАМ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА

Појмови „роднозасновано насиље“ (РЗН) и „насиље над женама“ често се користе наизмјенично, јер је већина насиља над женама родно заснована, а у већини случајева, родно засновано насиље врше мушкарци над женама и дјевојчицама. Документи из домена међународног права дају слиједеће дефиниције насиља над женама и РЗН (рубрика 1):

Насиље над женама

(...) је „манифестација неравномјерне расподеле моћи између мушкараца и жена током историје, која је довела до доминације мушкараца над женама, дискриминације и спутавања потпуног развоја жена[...] [...] Насиље над женама један је од кључних друштвених механизма којима се жене доводе у подређени положај у односу на мушкарце“(DEVAW, преамбула).

(...) означава кршење људских права и облик дискриминације над женама и обухвата сваки акт насиља заснованог на роду који за резултат има или ће вјероватно имати физичко, сексуално, психичко и економско угрожавање или патњу жене, укључујући и пријетње таквим актима, присилу и самовољно лишавање слободе, било да се то дешава у јавном или приватном животу” (члан 1. DEVAW, члан 3. Истанбулске конвенције).

Родно засновано насиље је “насиље усмјерено против жене зато што је жена, односно насиље које несразмјерно утиче на жене” (CEDAW GR 19, члан 3. Истанбулске конвенције). Облици и контексти родно заснованог насиља над женама: “Насиље над женама обухвата, мада није ограничено на слиједеће:

- (а) физичко, сексуално и психолошко насиље у породици, укључујући тучу, сексуално злостављање женске дјеце у домаћинству, насиље везано за мизандринију, силовање у браку, обрезивање гениталија жена и остале традиционалне обичаје који нарушавају здравље жене, насиље ван брачне заједнице и насиље везано за експлоатацију.
- (б) Физичко, сексуално и психолошко насиље које се дешава у широј заједници, укључујући силовање,

сексуално злостављање, сексуално узнемиравање и застрашивање на радном мјесту, у просвјетним установама и на другим мјестима, трговину женама и присиљавање на проституцију;

(в) Физичко, сексуално и психолошко насиље које прећутно спроводе или одобравају држава и њене институције, било гдје да се дешава” (члан 2. DEVAW).

Рубрика 1: Дефинисање РЗН над женама

Пренесено из: UNFPA и WAVE “Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package”

У студији о глобалној и регионалној преваленцији два облика РЗН (физичко насиље и сексуално насиље од стране интимног партнера, као и сексуално насиље које је почињено од стране особе која није партнер), коју је Свјетска здравствена организација (СЗО) објавила 2013. године, закључено је сљедеће: “Насиље над женама је проблем јавног здравства епидемијских размјера. Присутно је у свим дијеловима свијета, утиче на здравље жена, ограничава њихово учешће у друштву и узрокује велику људску патњу”. Широко је схватање да узрок РЗН – било да је у облику изолованих дјела или системских образаца насиља – не лежи само у једном фактору. Напротив, РЗН представља комбинацију неколико фактора (табела 1), који повећавају ризик да особа почини насиље и ризик да жена доживи насиље.

	ПОЧИЊЕЊЕ ОД СТРАНЕ МУШКАРАЦА	ВИКТИМИЗАЦИЈА ЖЕНА
ИНДИВИДУАЛНИ НИВО	Демографија: • Низак доходак • Низак степен образовања	Демографија: • Млађи узраст • Низак степен образовања • Брачно стање: раздвојен живот, разведени
	Злостављање дјетета: • Сексуално злостављање • Насиље између родитеља	Злостављање дјетета: • Насиље између родитеља
	Ментални поремећај: • Антисоцијални поремећај личности	Ментални поремећај: • Депресија
	Злоупотреба супстанци: • Злоупотреба алкохола • Незаконито кориштење дрога	Злоупотреба супстанци: • Злоупотреба алкохола • Незаконито кориштење дрога
	Прихватање насиља	Прихватање насиља
НИВО ОДНОСА	Више партнера/невјера • Слаба отпорност на притисак вршњака	
НИВО ЗАЈЕДНИЦЕ	• Слабе санкције у заједници • Сиромаштво	• Слабе санкције у заједници • Сиромаштво
НИВО ДРУШТВА	• Традиционалне родне и друштвене норме које подржавају насиље	• Традиционалне родне и друштвене норме које подржавају насиље

Табела 1: Заједнички фактори ризика за насиље од стране интимних партнера и сексуално насиље
Пренесено из: UNFPA и WAVE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package" - извор: СЗО/LSHTM (2010)

Жене жртве насиља које се јављају у здравствене установе често не откривају своја искуства. Чак и у случају да пацијентка открије да је доживјела насиље од стране интимног партнера, здравствени радници тешко схватају да она, у ствари, тражи медицинску помоћ, али да не жели напустити насилну везу. Многи здравствени радници и сарадници дијеле норме, увјерења и ставове ширег друштва у којем живе. Негативни ставови према женама и према жртвама насиља могу нанијети додатну штету женама жртвама насиља, те спријечити здравствене раднике да пруже одговарајућу помоћ. Због неразумијевања динамике насиља, добронамјерни здравствени радник, огорчен таквом ситуацијом, може закључити да жени и није потребна помоћ, нити је заслужује, питајући се "зашто одбија помоћ и пристаје на насилну везу?".

Природа или тежина ефеката РЗН могу варирати зависно од контекстуалних фактора, као што су: сиромаштво, родна неравноправност, културне или вјерске праксе, приступ здравственим, правним и другим услугама подршке, сукоб или природна катастрофа, преваленција ХИВ инфекције и законско и политичко окружење (СЗО РАО, 2012а).

На графикону 1. приказан је преглед посљедица РЗН на физичко, сексуално и репродуктивно, ментално и бихевиорално здравље жене.

ЗДРАВСТВЕНИ ИСХОДИ НАСИЉА НАД ЖЕНАМА И ДЈЕВОЈКАМА			
СХОДИ КОЈИ НИСУ ФАТАЛНИ			ФАТАЛНИ ИСХОДИ
Физичке посљедице	Психосоматске посљедице	Психолошке посљедице	- Фаталне повреде - Убиство - Самоубиство
- Повреде - Функционална онеспособљавања - Трајни инвалидитети	- Синдром хроничне боли - Иритабилни колон - Гастроинтестинални поремећаји - Инфекције уринарног тракта - Респираторни поремећаји	- Посттрауматски стресни поремећај - Депресија, Страхови, Поремећаји спавања, Панични поремећаји - Поремећаји у исхрани - Ниско самопоуздање - Суицидалне тенденције	
Негативна здравствена понашања	Посљедице по репродуктивно здравље		
- Злоупотреба дрога и алкохола - Пушење - Сексуално ризично понашање - Самоповређивање	- Зdjелична упална болест - Полно преносиве болести - Нежељена трудноћа - Компликације у трудноћи - Спонтани побачаји, ниска порођајна маса дјетета		

Слика 1: Здравствене посљедице насиља над женама и дјевојкама

Пренесено из: UNFPA и WAVE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package" - извор: Hellbernd и сар. 2004 ПРОМЈЕНА 1999, сви цитирани у: PRO TRAIN 2009

Разумијевање РЗН кроз приступ животног циклуса (табела 2) може помоћи здравственим радницима и сарадницима да схвате кумулативни утицај насиља, посебно у погледу његових дугорочних ефеката на живот и здравље жена и дјевојчица. Насиље проживљено у једној фази може имати дугорочне ефекте, што резултира предиспозицијом жртве да буде изложена озбиљним секундарним здравственим ризицима, као што су самоубиство, депресија и злоупотреба супстанци (Heise и сар. 1994). Докази говоре да што је жена над којом је извршено насиље, а посебно сексуално насиље, млађа, то су посљедице дубље и трајније (Burnam и сар. 1988, цитирано у Heise и сар. 1994).

ПРИЈЕ РОЂЕЊА	Полно селективни побачаји, батинање током трудноће (емоционални и физички ефекат на жене, утицај на исход рођења); присилна трудноћа
РАНО ДЈЕТИЊСТВО	Женско чедоморство; емоционално и физичко злостављање; другачија исхрана и здравствена заштита женске дојенчади
ДЈЕВОЈАШТВО	Дјечији брак; обрезивање гениталија; сексуално злостављање од стране чланова породице и непознатих особа; другачија исхрана и здравствена заштита; проституција дјецe; дјечији рад; занемаривање женског дјетета
АДОЛЕСЦЕНЦИЈА	Рани и присилни бракови; насиље у току забављања и удварања (нпр. силовање на љубавном састанку); присилан секс из економских разлога; сексуално злостављање на радном мјесту; силовање; сексуално узнемиравање; присилна проституција; трговање женама; ограничен приступ образовању
ГЕНЕРАТИВНИ ПЕРИОД	Силовање у браку, убиство жена од стране партнера, психичко злостављање, батинање током трудноће и други облици насиља од стране интимног партнера; злостављање од стране супругове родбине и других сродника; злостављање и убиство због мираза; сексуално злостављање или узнемиравање на радном мјесту; силовање; екстремно искориштавање у раду у домаћинству; отмица; присилни побачаји
СТАРОСТ	Злостављање удовица; насиље над старијим женама

Табела 2: Приступ животног циклуса РЗН

Пренесено из: UNFPA и WAVE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package" - преузето од Heise и сар. 1994

Као и насиље над женама, насиље над дјецом представља глобалан проблем. Јавља се у разним облицима и догађа на разним мјестима: у кући и породици, школама и образовним институцијама, институцијама као што су сиротишта, домови за дјецу или затворске установе, мјестима гдје дјеца раде, или у заједници. Дјеца доживљавају насиље најчешће од људи који су дио њиховог живота - родитеља, школских пријатеља, наставника, послодавца, момка/дјевојке, супружника или партнера. У већини случајева, насиље над дјецом остаје неоткривено. Многа дјеца се боје пријавити случајеве насиља или насиље које преживљавају. Тај страх је уско повезан са стигмом која се веже за пријаву насиља, посебно у случајевима силовања или других облика сексуалног насиља. Други фактор је друштвено прихватање физичког, сексуалног или психолошког насиља, гдје га и учиниоци и дјеца доживљавају као нешто природно. Надаље, не постоје сигурни и поуздани начини да дјеца пријаве насиље (Генерални секретар УН, 2006а). Насиље над дјецом у породици често се одвија у контексту дисциплине, у облику физичког, окрутног или понижавајућег кажњавања. Ово кажњавање често је праћено психичким насиљем, као што су увреде, омаловажавања, називање погрдним именима или одбацивање (Генерални секретар УН -2006б, Durrant 2005, оба цитирана у: Генерални секретар УН -2006а). Надаље, све је више случајева сексуалног насиља у кући (Finkelhor 1994, СЗО 2005а, оба цитирана у: Генерални секретар УН -2006а).

Исто тако, насиље интимног партнера над мајком погађа дјецу и директно или индиректно (Walker/Edwall 1987, цитирано у Warsaw/Ganley 1996):

»»партнер намјерно повређује дијете како би угрозио или контролисао жртву (нпр. користи дијете као физичког оружја – баца дијете на жену), или га физички или сексуално злоставља као облик притиска на жену да нешто уради;
 »» партнер ненамјерно повређује дијете током напада на жртву (нпр. повређује дијете кад је мајка притјешњена уз зид док држи дијете, или удара дијете које покушава зауставити напад на мајку);
 »»партнер ствара окружење у којем дијете присуствује насиљу или његовим ефектима, гдје директно посматра напад, може да га чује или види посљедице повреда; и
 »» партнер користи дијете за присилну контролу жртве, било у току заједничког живота или након раздвајања. Насиље над дјецом у својим различитим облицима има негативан утицај на физичко, психичко и сексуално здравље дјецe. Надаље, присуствовање насиљу партнера над мајком – чак и када дијете није физичка мета – доводи до негативних социјалних и здравствених посљедице по дјецу, укључујући анксиозност, депресију, лошу пролазност у школи и негативне здравствене исходе (СЗО 2002, цитирано у СЗО/РАНО, 2012б). На примјер: истраживање преваленције у Јерменији показује да је стопа дјецe која имају честе ноћне море скоро два пута већа код дјецe чије су мајке изложене насиљу у породици него код дјецe чије мајке нису изложене насиљу. Исто тако,

стопа агресивности и преваленција мокрења у кревет скоро је три, односно 1,5 пута већа код дјете која су била изложена насиљу интимног партнера над мајком него код друге дјете (UNFPA 2010). Надаље, потврђено је да изложеност насиљу интимног партнера над мајком повећава ризик да дјечаци чине, а дјевојчице доживљавају насиље интимног партнера касније у животу. У рубрици 2, приказане су посљедице насиља интимног партнера на дјету према истраживању из Србије.

Аутономни женски центар спровео је квалитативну студију на узорку од 170 жена из 12 градова/ општина у Србији ради процјене утицаја насиља интимног партнера на дјету (Игњатовић, 2013). Узорак обухвата жене жртве насиља интимног партнера које су мајке барем једног малољетног дјетета, које су се обратиле женским организацијама за подршку. Студија је, између осталог, открила:

- у више од двије трећине случајева, дијете је присуствовало насиљу оца над мајком; у скоро половини случајева, дијете је и сâмо доживјела насиље;
- у преко 40% случајева, дијете је покушало заштитити мајку од насиља или спријечити насилно понашање оца, што га је довело у велику опасност;
- мајке су пријавиле постојање физичких повреда дјете, поремећаја спавања, односно губитак апетита (у сваком четвртом случају), као и ноћно мокрење (у сваком петом случају);
- пријављене су слиједеће промјене у понашању: дјете су мирна и повучена (50%), немирна, непослушна или раздражљива и склона викању (сваки трећи случај), или показују физичку и вербалну агресију (свако четврто дијете);
- у најчешће забиљежене реакције дјете на насилног оца спадају: страх, избјегавање било каквог контакта или безусловну послушност. Уочено је да се послушност временом смањивала, као резултат узраста и веће самосталности. У неким случајевима, међутим, дјете су инсистирала на контакту с оцем, због посебних осјећања према њему, али и као резултат манипулативног понашања учиниоца .

Рубрика 2: Посљедице насиља интимног партнера на дјету – истраживање из Србије
Пренесено из: UNFPA и WAVE “Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package”

4. ОБАВЕЗЕ ЗЕМАЉА ПРЕМА МЕЂУНАРОДНОМ ПРАВУ

Међународне правне норме у области родно заснованог насиља према женама садржане су у документима усвојеним на различитим нивоима окупљања држава унутар међународних организација чије су чланице, или то настоје постати. Својим чланством у овим организацијама државе пристају на принципе на којима почивају те међународне организације, а својим потписом обавезују се примјењивати међународни документ који садржи правила међународног права и испуњавати обавезе из ратификованог документа. Међународни стандарди у области супротстављања насиљу према женама, уопштено говорећи, садржани су у различитим документима усвојеним на нивоу Уједињених нација, Савјета Европе и Европске уније, али и у одлукама којима тијела која прате примјену тих докумената одлучују у појединачним случајевима кршења права која се њима гарантују. Обавеза је државе не само да призна и поштује права већ и да омогући уживање у правима и заштити особа чија су права повријеђена,¹ што претпоставља активан ангажман државе у осигуравању услова да се у правима може уживати (*European Commission*, 2010: 16). Ова обавеза укључује и дужност да се побољша одговор здравственог сектора на РЗН. Међународни уговори постављају минималне стандарде признавања, поштовања и заштите права испод којих државе не могу ићи. Оне државе које то желе, могу учинити и више него што то минимални стандарди захтијевају. Општи стандард и надређени принцип који препознаје сваки од докумената који регулише област родно заснованог насиља према женама јесте да ниједно дјело насиља према женама не смије бити опростено. Поред кажњавања учиниоца, од држава се захтијева да обезбиједи и одговарајуће заштитне и друге мјере којима ће осигурати безбједност жртава, посебно када се налазе у ситуацијама непосредне опасности. Поред тога, државе су обавезне да успоставе широк спектар сервиса подршке у области насиља према женама како би ублажиле негативне посљедице насиља и обезбиједиле сигурност жртвама. Држава треба да

финансијски подржи ове службе, а посебна пажња треба бити усмјерена на потребе жена које су због неког личног или другог својства посебно рањиве и изложене насиљу (*European Commission*, 2010: 180, 184, 186; *Logar*, 2008a: 19; *Hageman White*, 2006: 14-16; *Hageman White*; *Bohn*, 2007: 17-29; *Kelly*; *Dubois*, 2008). У овој, као и у другим областима, документи усвојени на нивоу Уједињених нација, Савјета Европе и Европске уније могу се подијелити на: правне документе, који имају обавезујућу правну снагу и дјеловање и који предвиђају механизме путем којих се омогућава санкционисање у случају поступања у супротности са њиховим одредбама, и политичке међународне документе, декларације, препоруке и резолуције, који нису правно обавезујући. Правно су необавезујуће и препоруке и тумачења која дају тијела која прате примјену обавезујућих правних докумената или одлучују у појединачним случајевима о кршењу њима признатих права .

УЈЕДИЊЕНЕ НАЦИЈЕ

Уједињене нације дале су изузетно велики допринос напорима да се постигне равноправност полова. У почетку свог дјеловања, усвојиле су низ докумената којима је женама признато право на уживање права у областима у којима су биле посебно угрожене, како у јавном и политичком животу, тако и у области приватног живота, посебно брака, у смислу регулисања статуса удатих жена и прописивањем обавезе државама да жене морају дати пристанак на склапање брака и одређивањем минималне границе за склапање и регистровање брака. Убрзо се, међутим, показало да је потребно интервенисати и у осталим областима живота, како јавног, тако и приватног, и донијети посебне правне документе којима ће се забранити дискриминација жена. Најзначајнији документ усвојен у том правцу, који је правно обавезујући за земље које су га ратификовале, је Конвенција о елиминацији

¹ На ове три обавезе у енглеском говорном подручју често се реферише као на 3 P's: *prevention*, *protection*, *prosecution* (превенција, протекција, процесуирање). Конвенција Савјета Европе из 2011. године додаје и „четврто P“ – енгл. *integrated policies* (интегрисане политике).

свих облика дискриминације жена из 1979. године. Њен значај за унапређење положаја жена широм свијета је изузетно велики, због чега се често назива „Женском конвенцијом“ и „Повељом женских права“ (Николић Ристановић; Докмановић, 2006: 55). У области признавања права на живот без насиља, ту су и Декларација о елиминисању насиља према женама из 1993. године и Пекиншка декларација са платформом за акцију из 1995. године, као правно необавезујући документи, који су својим садржајем и утицајем у области насиља према женама одиграли значајну улогу као водич за израду регионалних и националних закона и политика. Од изузетног значаја су и смјернице Свјетске здравствене организације, као посебне организације Уједињених нација, која координише и усмјерава јавно здравство, између осталог, и у овој области.

КОНВЕНЦИЈА УЈЕДИЊЕНИХ НАЦИЈА О УКИДАЊУ СВИХ ОБЛИКА ДИСКРИМИНАЦИЈЕ ЖЕНА

Конвенцију о укидању свих облика дискриминације жена (CEDAW) усвојила је Генерална скупштина Уједињених нација (УН) 1979. године. Конвенција пружа правно обавезујући оквир за државне мјере за укидање дискриминације жена у свим сферама живота: политичкој, економској, социјалној, културној, друштвеној, и сл. Све државе које су ратификовале CEDAW Конвенцију дужне су спроводити њене одредбе. CEDAW конвенција ступила је на снагу 3. септембра 1981. године као уговор са обавезујућим правним дејством за државе потписнице, што се осигурава надзором над спровођењем њених одредби путем Комитета за укидање дискриминације жена, који је основан у складу са чланом 17. Конвенције. Чланом 18. се од држава чланица захтијева да подносе периодичне извјештаје о мјерама усвојеним ради ефикасне примјене одредби Конвенције. Извјештаји се подносе Комитету, који их, након разматрања, упућује државама ради предузимање одређених активности у областима у којима су уочене мањкавости у спровођењу Конвенције. Осим тога, поменути Комитет може спровести поступак истраге о тешком и систематском кршењу права признатих Конвенцијом, у којем случају позива државу на сарадњу и достављање одговора везано у склопу провјере информација, а може одлучити и да посјети државу и предузме истрагу на терену. Иако је CEDAW конвенција правно обавезујући акт, све до усвајања Факултативног протокола 1999. године, који је ступио на снагу 2000. године, није постојала могућност подношења притужби и тражења заштите пред Комитетом у случају повреде њоме гарантованих права. Препоруке којима се окончавају ови предмети у случају прихватања притужбе могу се, осим обештећења жене чија су права повријеђена, сматрати снажном политичком мјером која би убудуће могла допринијети бржем укидању дискриминације жена. Занимљиво је да у CEDAW конвенцији нема изричитог помена насиља над женама. Разлог за овај пропуст је што у вријеме када је текст CEDAW конвенције био у фази

израде, РЗН, посебно насиље почињено у породици, још није било сматрано питањем људских права. CEDAW Одбор је премостио тај јаз 1992. године, када је усвојио Општу препоруку број 19. о насиљу над женама. Препоруком се насиље над женама дефинише као облик дискриминације, као насиље које је усмјерено према жени зато што је жена, или насиље које у већој мјери утиче на жене него на мушкарце, а укључује дјела која наносе физички и ментални бол и патњу, пријетње таквим дјелима, принуду и друге видове ограничења слободе (тачка 6). CEDAW Одбор је 1994. године усвојио још један важан документ, Општу препоруку број 24. о женама и здрављу, чиме су прецизиране обавезе држава да прекину с дискриминацијом жена у подручју здравствене заштите и да осигурају да жене имају једнак приступ услугама здравствене заштите. Важно је напоменути да Препорука бр. 24. такође покрива улогу здравственог сектора у одговору на РЗН. Обје опште препоруке прецизирају обавезе држава чланица CEDAW-а да елиминирају РЗН, укључујући и елиминацију путем енергичнијег одговора здравственог система.

CEDAW стандарди за енергичнији одговор здравственог система на родно засновано насиље (Препорука бр. 24):

»» Усвајање и спровођење закона, политика, протокола и процедура за рјешавање насиља над женама и дјевојчицама и осигуравање одговарајућих здравствених услуга;

»» Спровођење свеобухватне стратегије за промоцију здравља жена током њиховог живота, укључујући интервенције као одговор на РЗН, којима се осигурава квалитетна и приступачна здравствена заштита, између осталог и услуге у области сексуалног и репродуктивног здравља;

»» уклањање свих препрека за приступ жена здравственим услугама, образовању и информацијама;

»» осигуравање приступа здравственим услугама женама у складу с људским правима жена, укључујући и њихово право на самосталност, приватност, повјерљивост, информисани пристанак и избор. Услуге морају бити пружене на начин да се поштује достојанство жене, у складу са њеним потребама и перспективом. То значи, између осталог, забрану присиљавања, нпр. стерилизација без пристанка, или обавезно тестирање на полно преносиве болести;

»» спровођење родно осјетљиве обуке, чији је циљ да здравствени радници успјешно открију и санирају здравствене посљедице РЗН. Програм обуке треба укључити свеобухватне, обавезне, родно осјетљиве курсеве о здрављу и људским правима жена, посебно о РЗН;

»» осигуравање адекватне заштите и здравствених услуга, укључујући и лијечење трауме и савјетовање за жене у посебно тешким околностима, као што су жене заробљене у оружаним сукобима и жене избјеглице;

»» осигуравање поступака жалби и санкција против здравствених радника који су криви за сексуално

злостављање пацијената.

Декларација о укидању насиља над женама (DEVAW)

Декларација о укидању насиља над женама Уједињених нација већ у самом називу наводи да је насиље усмјерено према женама. Према дефиницији из члана 1. Декларације, коју су Уједињене нације усвојиле 1993. године, насиље над женама се описује као било који акт родно заснованог насиља које за резултат има или ће вјероватно имати физичко, сексуално или психичко угрожавање или патњу жене, укључујући пријетње таквим дјелима, ограничење или самовољно лишавање слободе жена, без обзира да ли произлази из јавног или приватног живота. Декларација препознаје друштвену толеранцију према насиљу над женама и посебно издваја обичајне, традиционалне, вјерске и друге ставове (члан 4, став 1) и у том смислу државама препоручује да усвоје одговарајуће мјере, посебно у области образовања, ради промјене друштвених и културних модела понашања мушкараца и жена ради елиминације предрасуда, обичаја и свих других пракси базираних на идеји инфериорности или супериорности било ког пола, као и стереотипним улогама мушкараца и жене (члан 4, став 1, тачка ј). Како би се насиље према женама зауставило, државама се предлаже да примијене, без одлагања, сва одговарајућа средства у политици укидања насиља према женама, укључујући и подршку која ће омогућити да жене подвргнуте насиљу, а по потреби и њихова дјеца, имају специјалистичку његу, као што су: рехабилитација, помоћ у њези дјецe и њиховом издржавању, лијечење, савјетовање, здравствене и социјалне услуге, погодности и програми и све друге одговарајуће мјере ради њихове веће заштите и физичке и психолошке рехабилитације (члан 4, став 1, тачка г). Дефиниција насиља према женама из Декларације, уз економско насиље као облик манифестовања насиља над женама, преузета је у бројним међународним и регионалним документима који се баве насиљем над женама.

Пекиншка декларација са Платформом за акцију

Пекиншка декларација са Платформом за акцију резултат је рада Четврте свјетске конференције о женама, која је одржана у септембру 1995. године. Ово је прва глобална конференција жена која је посветила пажњу насиљу над женама, уједно и прва након усвајања Декларације о укидању насиља над женама. Област насиља над женама издвојена је међу дванаест области које су означене као области које захтијевају посебну пажњу када су у питању женска људска права. Пекиншка декларација под насиљем над женама подразумева сваки акт насиља заснован на полним разликама који доводи, или ће вјероватно довести, до психичког, физичког или полног угрожавања или патње жена, укључујући и пријетње таквим актима, присилу или самовољно одузимање слободе, било да се то дешава у јавном или приватном животу. Сходно томе, у члану 113. наводи се да насиље над женама

обухвата, али се не ограничава, на сљедеће: физичко, сексуално и психолошко насиље до ког долази у породици, укључујући тучу, сексуално злостављање женске дјеце у домаћинству, насиље у вези са миразом, брачно силовање, обрезивање женских гениталија и друге традиционалне поступке који шкоде женама, насиље ван брачне заједнице и насиље у вези са експлоатацијом (тачка а); физичко, сексуално и психолошко насиље до ког долази у широј заједници, укључујући силовање, сексуално злостављање, сексуално узнемиравање и заплашивање на послу, у образовним институцијама и на другим мјестима, тровање женама и присиљавање на проституцију (тачка б) и физичко, сексуално и психолошко насиље које држава спроводи или прећутно одобрава, било гдје да се дешава (ц).

Значај Пекиншке декларације и Платформе за акцију је у томе што су то политички документи који, осим декларативног уважавања и признавања права, између осталог, и на живот без насиља, постављају циљеве и конципира активности којима ће се ти циљеви достићи. Одређује и широк круг субјеката одговорних за спровођење различитих активности: владе, локалне органе управе, невладине организације, образовне институције, јавни и приватни сектор, посебно предузећа, медији, послодавци, синдикати, омладинске организације, али и генерални секретар Уједињених нација, међународне организације, регионалне организације, истраживачке установе. Овај приступ указује на потребу мултисекторалног приступа рјешавању проблема насиља над женама.

ЗАКЉУЧЦИ 57. СЈЕДНИЦЕ КОМИСИЈЕ ЗА СТАТУС ЖЕНА

Комисија за статус жена (Commission on the Status of Women – CSW) је на 57. сједници, одржаној 2013. године, усвојила закључке о “укидању и спречавању свих облика насиља над женама и дјевојчицама” и позвала владе да се, између осталог, позабаве посљедицама насиља над женама и дјевојчицама по физичко, ментално и сексуално и репродуктивно здравље кроз пружање доступних услуга здравствене заштите. Ове услуге морају бити сензибилне за трауму и укључивати приступачне, сигурне, дјелотворне и квалитетне лијекове, подршку прве линије, лијечење повреда и психосоцијалну подршку, те подршку за ментално здравље, хитну контрацепцију, сигуран прекид трудноће ако је допуштен законом, постекспозицијску профилаксу за HIV инфекције, дијагностиковање и лијечење полно преносивих инфекција, као и форензичка испитивања од стране квалификованих стручњака. Надаље, медицински стручњаци морају бити оспособљени за ефективно препознавање и лијечење жена изложених насиљу. У Дијелу Д истиче се потреба за истраживањем и свеобухватним прикупљањем података о насиљу над женама, чиме би се формулација нових закона и политика и прилагођавање постојећих стандарда

засновали на чврстим доказима. У неколико закључака наглашена је важна улога женских невладиних организација (НВО) у раду против насиља над женама.

СМЈЕРНИЦЕ СЗО ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ РАДНИКЕ

СЗО је управљачки и координацијски ауторитет за здравље у систему УН-а. То је водећа организација за питања општег здравља, обликовање истраживања у здравству, постављање норми и стандарда, артикулисање емпиријских политика, обезбјеђивање техничке подршке замљама и праћење и процјену трендова здравља. У 2013. години, СЗО је објавила пакет емпиријских смјерница у сврху бољег одговора здравства на насиље интимног партнера и сексуално насиље, под називом “Одговор на насиље интимног партнера и сексуално насиље над женама. Клиничке и политичке смјернице СЗО.” Овај документ пружаоцима здравствених услуга даје смјернице за реаговање на насиље над женама. Такође се бави креаторима политика, подстицањем боље координације и финансирања услуга, те већу пажњу посвећује реаговању на насиље над женама у оквиру програма усавршавања пружалаца здравствених услуга. Смјернице покривају слjedeће области:

- » препознавање и клиничко санирање посљедица насиља интимног партнера,
- » клиничко санирање посљедица сексуалног злостављања,
- » обука на тему: насиље интимног партнера и сексуално злостављање жена,
- » политике и програмски приступи у пружању услуга, и
- » обавезно извјештавање о насиљу интимног партнера.

Смјернице СЗО пружају стандарде који могу послужити као основа за регионалне смјернице, те интеграцију тих питања у едукацију пружалаца здравствених услуга (СЗО 2013). Препоруке су уграђене у Публикацију UNFPA и WAVE.

САВЈЕТ ЕВРОПЕ

Поред докумената усвојених на нивоу Уједињених нација, родно заснованим насиљем над женама баве се и документи усвојени на регионалном нивоу. Савјет Европе усвојио је низ докумената који се посебно односе на насиље над женама. Све донедавно је најзначајнији документ усвојен на овом нивоу, због своје свеобухватности и мултидисциплинарног приступа рјешавању проблема насиља према женама, била Препорука (2002)5 Комитета министара Савјета Европе. Наиме, до априла 2011. године, на нивоу Савјета Европе није постојао ниједан правно обавезујући документ у области родно заснованог насиља над женама и насиља у породици. Залагањем невладиних организација и Европског женског лобија, које су упорно указивале на неопходности усвајања таквог документа (European Women’s Lobby, 2007: 5–6), коначно је, након вишегодишњег процеса усклађивања

текста, 7. априла 2011. године, Комитет министара Савјета Европе усвојио Конвенција о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици. Конвенција је ступила на снагу 1. августа 2014. године, и често се назива „Истанбулска конвенција“ јер је отворена за потписивање 11. маја 2011. године у Истанбулу.

Препорука (2002)5 Комитета министара Савјета Европе за заштиту жена од насиља

Разлог за доношење Препоруке (2002)5 је потреба да се уведе општи систем борбе против многоструких облика насиља над женама, као средство за уклањање препрека грађанској сигурности и демократији у Европи. Препоруком се констатује да се широм Европе државе различито односе према насиљу над женама, да се још увијек дешава да насиље над женом буде опрштено, па чак и у оним државама које имају посебне законе о укидању насиља над женама, те да је то посебно случај са насиљем над женама у породици, које се често занемарује и не доживљава као проблем који налаже интервенцију државе.

Препорука садржи листу мјера које државама чланицама могу послужити у заштити жртве и спречавању насиља. Посебно су издвојене додатне мјере које се односе на насиље у породици, гдје се земљама чланицама препоручује да:

- квалификују све облике насиља у породици као кривично дјело (члан 55),
- ревидирају и/или повећају казне, по потреби, за намјерно нанесене тешке тјелесне повреде у породици, било ком члану породице (члан 56),
- не признају невјерство као изговор за насиље у породици (члан 57),
- размотре могућност увођења мјера на основу којих би, у складу са чланом 58, полиција имала право да уђе у простор у ком се налази особа у опасности, ухапси учиниоца и осигура да се изведе пред суд (тачка а), а суд могао учиноцу изрећи забрану контакта, комуникације или приласка жртви као мјеру заштите жртве, као и становање или улазак у одређена подручја (тачка б),
- установе обавезан протокол дјеловања како би полиција, медицинска и социјална служба пратиле исти поступак (тачка ц),
- промовишу проактивне службе за заштиту жртава које ступају у контакт са жртвом одмах по подношењу пријаве полицији (тачка д),
- осигурају несметану сарадњу између свих релевантних институција, као што су полиција, судови и службе за заштиту жртава, како би омогућили жртви да предузме све релевантне правне и практичне мјере за примање помоћи током одређеног временског рока и без нежељеног контакта са злостављачем (тачка е), и
- казне свако кршење мјере које је службени орган изрекао злостављачу (тачка ф). Ове мјере представљају стандард којим се државе чланице Савјета Европе руководе у својим политикама за супротстављање

насиљу у породици.

Конвенција Савјета Европе о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици (Истанбулска конвенција)

Конвенцију Савјета Европе о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици усвојио је 7. априла 2011. године Комитет министара Савјета Европе као први правно обавезујући документ на нивоу ове организације, а ступила је на снагу 1. августа 2014. године. Сврха Конвенције је, између осталог, заштита жена од свих облика насиља и превенција, кажњавање и елиминација насиља над женама и насиља у породици (члан 1, став 1). У члану 2. наводи се да се Конвенција односи на све облике насиља над женама, укључујући и насиље у породици, које жене погађа несразмјерно у односу на мушкарце (став 1), а државе чланице се подстичу да Конвенцију примјењују и на све жртве насиља у породици (став 2). Конвенција дефинише насиље над женама као повреду људских права и облик дискриминације жена и прецизира да су то све дјела родно заснованог насиља која за посљедицу имају или ће вјероватно имати физичко, психичко, сексуално или економско угрожавање или патњу жене, укључујући и пријетње таквим дјелима, присилу или самовољно ускраћивање слободе, у јавном и приватном животу (члан 3, став а). Под насиљем у породици, у смислу Конвенције, сматра се свако дјело физичког, сексуалног, психичког или економског насиља до којег дође у породици или домаћинству, односно, између бивших или садашњих супружника, односно партнера, независно од тога да ли учинилац дијели или је дијелио домаћинство са жртвом (став б). Конвенцијом се под појмом „род“ разумијевају друштвено одређене улоге, понашања, активности и атрибути које дато друштво сматра прикладним за жене и мушкарце (став ц), а под „родно заснованим насиљем над женама“ насиље које је усмјерено према жени зато што је жена, или насиље које несразмјерно погађа жене (став д). Жртвом се сматра свако лице које је изложено насиљу над женама или насиљу у породици (став е), а став ф члана 3. јасно указује да појам „жена“ укључује и дјевојчице до 18. године живота.

Истанбулска конвенција пружа исцрпан, свеобухватан и правно обавезујући оквир за државне мјере за елиминацију РЗН, и обухвата, између осталог, слиједеће области:

Интегрисане политике и прикупљање података: обавеза доношења и спровођења свеобухватних и координисаних политика за спречавање и сузбијање свих облика насиља, које на централно мјесто стављају права жртве, те се спроводе кроз ефективну сарадњу свих релевантних организација (члан 7); обавеза подршке рада и сарадње са релевантним НВО (члан 9); обавеза прикупљања разврстаних одговарајућих статистичких података и подршке истраживањима о насиљу над женама (члан 11).

Превенција: између осталог, Конвенција успоставља

обавезу усавршавања релевантних стручњака који раде са жртвама насиља на следеће теме: равноправност полова, спречавање и откривање свих дјела насиља обухваћених Конвенцијом, потреба и права жртве, спречавање секундарне виктимизације. Ово усавршавање обухвата и координисану сарадњу различитих институција ради упућивања жртве одговарајућим службама (члан 15).

Заштита и подршка: државе морају жртвама насиља осигурати приступ одговарајућим службама подршке ради лакшег опоравка. То укључује здравствену заштиту и социјалне службе, које имају адекватне ресурсе и стручно особље квалификовано за пужање помоћи и даље упућивање одговарајућим службама (члан 20). Надаље, Конвенција предвиђа постојање довољног броја одговарајућих и лако доступних склоништа и кризних рефералних центара за жртве силовања или сексуалног насиља (члан 23, 25) и бесплатне телефонске линије широм земље које раде 24 часа током свих дана у недељи, путем којих жртва може добити помоћ уз гаранцију анонимности (члан 24). Државе морају осигурати да жртве добију примјерене и правремене информације о расположивим услугама подршке и правним мјерама на језику који разумију (члан 19). Конвенција такође наводи низ темељних начела за пружање услуга (члан 18). Конвенција, даље, успоставља обавезе земље у подручју законодавства; мјере истраге, процесуирања и заштите, миграције и азила, те међународне сарадње.

Текст Конвенције прати образложење у виду коментара на поједине чланове, чији је значај непроцењив, посебно са становишта даљег развијања правног и политичког оквира држава чланица Савјета Европе у правцу заштите жена од насиља у породици, али и свих других облика насиља.

ЕВРОПСКА УНИЈА

На нивоу Европске уније, као наднационалне организације, такође је усвојен велики број директива, препорука и резолуција које се баве насиљем према женама. Постојећи документи који се баве родно заснованим насиљем представљају политичке приоритете демократске Европе и путоказ свим земљама чланицама, као и оним које очекују прикључење (Commission of The European Communities, 2005). Супротстављање насиљу према женама види се као један од најзначајнијих задатака европске политике и „природно полазиште, минимум захтјева које све државе морају испунити, било да су, или желе да постану чланицама Европске уније“ (Carlshamre, 2005: 13).

Резолуција Европског парламента о борби против насиља мушкараца над женама
Резолуцију о борби против насиља мушкараца над женама усвојио је 2. фебруара 2006. године Европски

парламент. Овом резолуцијом усвојена је политика нулте толеранције према свим видовима насиља над женама којем, према резолуцији, нема мјеста у цивилизованом друштву. У преамбули Резолуције наводи се да је њен примарни фокус на насиљу мушкараца над женама, те да је, иако се много случајева оваквог насиља догађа у кућама, мјесто гдје се насиље догоди од секундарног значаја (тачка Ц). У уводном дијелу Резолуције истиче се да се насиље мушкараца над женама најчешће дешава у тајности дома, те да се дешава због неодговарајућег друштвеног санкционисања усљед дубоко укоријењених историјских и културних норми које доприносе легитимацији мушког насиља према женама (тачка Ј). У Резолуцији се препознаје и истиче да су жене често финансијски зависне од мушкараца и да ријетко пријављују насиље, а посебно насиље у породици и сексуално насиље, усљед тврдокорног мита који и даље преовладава у друштву. Према миту, управо су жене криве за насиље или, се ради о приватној ствари или, жене трпе јер желе да одрже везу и породицу на окупу, те не пријављују насиље јер немају довољно повјерења у полицију, правосудни систем и центре за социјални рад (тачка р). Резолуцијом се, између осталог, од држава тражи да предузму одговарајуће мјере и побољшају заштиту и подршку жртвама и онима које су под ризиком да постану жртве насиља над женама. Резолуција, у члану 4, посебно издваја значај уважавања подршке жртвама, било женама или дјечи, како би им се помогло да постану финансијски и емотивно независне од учиниоца насиља (тачка д), затим, да им се обезбиједи сва неопходна подршка, укључујући привремено становање у случајевима раздвајања или развода (члан 4, тачка е), да се жене жртве родно заснованог насиља третирају као категорија која има приоритет у пројектима којима се обезбјеђују друштвени станови (тачка ф), да се осигурају сигурна склоништа уз адекватна финансијска средства (тачка г), да се обезбиједи минималан приход за жене које немају других примања како би им се омогућила реинтеграција у друштво, у сарадњи са савјетодавним центрима (тачка х), да се проводе посебни програми запошљавања како би се жртвама омогућило да се запосле и постану финансијски независне (тачка и), да се испита могућност оснивања посебних мултиагенцијских служби, гдје би жртве могле на једном мјесту бити у контакту са свим службама укљученим у рјешавање проблема, као што су полиција, тужилаштво, социјалне и здравствене службе (тачка ј), да се оснују центри за заштиту и подршку дјечи жена које су жртве насиља (тачка к) и обезбиједи социјална и психолошка подршка дјечи која су свједочила насиљу (тачка м).

5. НОРМАТИВНИ ОКВИР У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Руководство здравствених установа и здравствени радници морају познавати домаћи нормативни оквир за сузбијање родно заснованог насиља и поступати у складу са њим. Релевантни правни акти, како на међународном тако и на националном нивоу, намећу земљи обавезу да предузме активне мјере у правцу спречавања и сузбијања родно заснованог насиља и да омогући адекватну заштиту жртава овог облика насиља.

Најзначајнији облик заштите од свих облика родно заснованог насиља реализује се кроз кривичноправне одредбе, којима се инкриминишу поједини облици родно заснованог насиља и предвиђају одговарајуће санкције за учиниоце. Имајући у виду да родно засновано насиље обухвата сваки чин који резултира или који ће вјероватно резултирати физичком, сексуалном и психолошком повредом жене или њеном патњом, укључујући и пријетње таквим радњама, присилу или самовољно лишење слободе, било у јавности или у приватном животу, може се рећи да кривичноправна заштита од родно заснованог насиља обухвата велики број инкриминација којима се обезбјеђује заштита од свих облика угрожавања и повреда које се врше на основу полне припадности.

Кривични закон Републике Српске (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 49/03, 108/04, 37/06, 70/06, 73/10, 1/12 и 67/13), предвиђа већи број инкриминација које се могу довести у везу са родно заснованим насиљем. Међутим, у овом контексту најчешће се спомињу сљедећа кривична дјела: повреда равноправности грађана (члан 162), силовање (члан 193), обљуба над немоћним лицем (члан 194), обљуба злоупотребом положаја (члан 196), навођење на проституцију (члан 198), трговина људима (члан 198а), насиље у породици или породичној заједници (члан 208), повреда основних права радника (члан 226) и повреда права при запошљавању и за вријеме незапослености (члан 227).

Типичан деликт родно заснованог насиља свакако је кривично дјело **силовања**, које према одредби чл. 193 има неколико облика дјела. Основни облик дјела (став 1) предвиђа казну затвора од двије до десет година за оног ко другог на принуду на обљубу или неку другу полну радњу употребом силе или пријетњом да ће непосредно напасти на живот или тијело тог или њему блиског лица. Тежи облик дјела (став 2) са предвиђеном казном затвора од три до петнаест

година, постоји у случају када је силовање извршено према малољетном лицу, или на нарочито свиреп или нарочито понижавајући начин, или је истом приликом извршено више силовања од стране више лица или је силовање извршено из мржње, или је усљед дјела наступила тешка тјелесна повреда, тешко нарушење здравља или трудноћа силованог женског лица. Најтежи облик дјела (став 3) постоји уколико је уљед претходних облика наступила смрт лица према којем је дјело извршено и за њега је предвиђена казна затвора најмање десет година. Законодавац је предвидио и лакши облик дјела, тзв. полну уцјену (став 4) која постоји у случају када се принуда на обљубу или неку другу полну радњу изврши озбиљном пријетњом да ће се за пасивног субјекта или њему блиско лице открити нешто што би шкодило његовој части или угледу или пријетњом неким другим тешким злом. За овај облик дјела је прописана казна затвора од шест мјесеци до пет година.

Дакле, кривично дјело је полно неутрално – учинилац дјела и пасивни субјекат (жртва) може бити лице и мушког и женског пола (статистички подаци говоре да су жртве ових кривичних дјела највећим дијелом управо лица женског пола, док се као извршиоци појављују лица мушког пола). Реформом законодавства је укинута и тзв. брачна дискриминација, јер пасивни субјекат није ограничен на лице са којим учинилац не живи у брачној заједници као што је то било у претходном законодавству. Таквим рјешењем законодавац је коначно уважио чињеницу да полна слобода или слобода полног одлучивања припада сваком у једнакој мјери независно од његовог, како полног тако и брачног статуса. Како пол тако ни брак, односно брачна заједница, не може бити основ дискриминације људи. Ни чињенице да је сексуално насиље у браку тешко доказивати, те да се ово законско рјешење може и злоупотребљавати, нису довољан разлог за одступање од много важнијег принципа да је човјекова слобода, па и полна слобода, изузетно значајна вриједност којој треба обезбиједити пуну кривичноправну заштиту и у браку и ван брака. Наведено представља основ и за измјену радње извршења овог кривичног дјела, која сада поред обљубе у класичном смислу обухвата и «друге полне радње», чиме је у цијелости спроведен захтјев за полном једнакошћу, јер насилни полни однос у класичном смислу може починити мушкарац према жени и жена према мушкарацу, а другу полну

радњу може починити и мушкарац према мушкарцу, односно жена према жени. Према владајућем схватању у новијој теорији кривичног права, под овим радњама се подразумева свака пенетрација полног органа која је усмјерена на задовољавање полног нагона (*immisio in anus, immisio in os, fellatio*) као и пенетрације другим дијеловима тијела у полне органе лица истог или различитог пола, уколико су предузете у намјери задовољавања полног нагона (нпр. имисија језика *in vaginam ili per anum*). При томе се упозорава да не треба унапријед искључити и неке друге могућности које се с обзиром на начин и средства дјеловања ради сексуалног иживљавања или без обзира на то иживљавање и напад на сексуалне слободе у интимним сексуалним односима могу поистовјетити са полним односом, као што су нпр. ејакулација сперме у уста и без имисије, гурање прстију у женско споловило или анус било које особе и сл. У истом смислу треба цијенити и увлачење неких предмета у полне органе лица истог или различитог пола, ако је то учињено у циљу задовољавања полног нагона (нпр. код лезбијског односа може доћи у обзир увлачење неких предмета, нпр. имитација фалуса, свијећа).

Сила или пријетња, у контексту овог кривичног дјела, морају бити таквог интензитета да су подобни да слома отпор пасивног субјекта. Утврђивање постојања таквог интензитета силе и пријетње, дуго времена је сматрано кључним питањем за постојање кривичног дјела силовања. Сматрало се да на такав интензитет принуде упућује постојање трајног, озбиљног и чврстог отпора пасивног субјекта. Изостанак таквог отпора од стране жртве, према становишту старије судске праксе, био је доказ да не постоји сила у смислу овог кривичног дјела. Међутим, новија судска пракса и теорија сматрају да је питање отпора пасивног субјекта *questio facti* и да га треба процјењивати зависно од свих субјективних и објективних околности конкретног случаја. Под субјективним околностима се подразумевају околности везане за извршиоца и пасивног субјекта, као што су то нпр. психофизичко стање, узраст, физичка снага и сл., а под објективним околностима треба подразумијевати нпр. мјесто извршења кривичног дјела (отворени или затворени простор, усамљено мјесто, шума), начин извршења, односно кориштење неког оружја или оруђа, затим вријеме извршења, и сл.). С тим у вези се истиче да постојање силе, у смислу овог кривичног дјела, није искључено у случају када су постојали оправдани разлози због којих пасивни субјекат није пружао отпор или је пружао отпор слабијег интензитета. Лице према којем је усмјерена принуда треба да се противи вршењу обљубе или друге полне радње, али то не значи да се противљење мора увијек манифестовати у давању физичког отпора одређеног интензитета, а поготово не у давању сталног отпора у току трајања обљубе, јер пасивни субјекат може из разних разлога престати с давањем отпора, а да то ипак не представља накнадно саглашавање, односно пристанак на обљубу или неку

другу полну радњу. У контексту родно заснованог насиља као облика дискриминације по основу пола, неопходно је поменути и кривично дјело **обљуба злоупотребом положаја** (члан 196). Наведено дјело, према својој суштини, представља својеврстан облик злоупотребе положаја надређености, односно положаја из којег учиниоцу произилазе одређена овлаштења да одлучује о статусу или правима пасивног субјекта. Стога је ова инкриминација у садашњем тренутку изузетно значајно, мада се у пракси недовољно примјењује.

Основни облик дјела (став 1), за који је предвиђена казна затвора од шест мјесеци до пет година, чини онај ко злоупотребом свог положаја наведе на обљубу или другу полну радњу лице које се према њему налази у односу какве подређености или зависности. Дакле, учинилац кривичног дјела може бити лице, мушког или женског пола, према којем се пасивни субјекат налази у односу какве подређености или зависности. Међутим, чињеница је да се ово дјело врши углавном према лицима женског пола због друштвено предодређене или наметнуте улоге подређености, како у приватном тако и у јавном животу.

Дјело врши онај ко без принуде, искориштавајући положај зависности због којег се жртва није у стању одупријети полним захтјевима извршиоца, оствари обљубу или другу полну радњу. Пасивни субјекат може бити пунољетно лице, мушког или женског пола. Однос подређености постоји када је једно лице обавезно да поступа по наређењима или упутствима другог лица, док зависност значи да је положај једног лица такав да се може погоршати или побољшати по вољи другог лица. Постојање таквог односа је фактичко питање које суд утврђује у сваком конкретном случају у склопу свих субјективних и објективних околности дјела. При томе је ирелевантно да ли су такви односи формалног или неформалног карактера, тј. да ли произилазе из неког правног основа или из фактичких животних чињеница. Тако нпр. постојаће однос подређености између послодавца и радника, директора и његових сарадника, између нижих и виших функционера у војсци или полицији, између војног старјешине и војника, али и у многим другим случајевима у којима такав однос произилази из стварног односа подређености или зависности који се не темељи на неком правном основу. У таквом фактичком односу подређености или зависности било би нпр. лице које је посудило велику суму новца од извршиоца, или нпр. лице које од извршиоца очекује финансијску помоћ или позајмицу која му је од виталне важности.

Злоупотреба значи кориштење, искориштавање самог положаја учиниоца као таквог, који се јавља као јединствен или главни повод за вршење обљубе или неке друге полне радње, без постојања емотивног покрића за поступање извршиоца и жртве. Она се остварује првенствено давањем односно обећањем одређених погодности или пријетњом односно наговјештајем наступања одређених штетних посљедица које су везане за положај извршиоца у

односу на пасивног субјекта.

Квалификовани облик овог дјела (став 2) постоји у случају када наставник, васпитач, старалац, усвојилац или друго лице које злоупотребом свог положаја изврши обљубу или другу полну радњу са малолетним лицем које му је повјерено ради учења, васпитања, чувања или њега. За овај облик дјела предвиђена је казна затвора од једне до осам година.

Посебан облик манифестације родно заснованог насиља свакако је **насиље у породици или породичној заједници, које је инкриминисано одредбом члана 208. Кривичног закона**. Основни облик дјела (став 1), за који је предвиђена казна затвора од три мјесеца до три године, врши онај ко примјеном насиља, дрским или безобзирним понашањем угрожава спокојство, тјелесни интегритет или душевно здравље члана своје породице или породичне заједнице, и тиме доведе до повреде физичког или психичког интегритета пасивног субјекта. Дио законске одредбе "...и тиме доведе до повреде физичког или психичког интегритета пасивног субјекта".. представља објективни услов инкриминације. Дакле, уколико није дошло до повреде психичког или физичког интегритета (при чему се мисли на лакшу повреду) постојаће прекршај у смислу Закона о заштити од насиља у породици. Ово представља основни критеријум за разликовање насиља у породици као прекршаја од насиља у породици као кривичног дјела. Тежи облик дјела (став 2), са предвиђеном казном затвора од шест мјесеци до пет година, постоји у случају када је учинилац основног облика дјела користио оружје, опасно оруђе или друго средство подобно да тијело тешко повриједи или здравље наруши. Ако је усљед претходних облика дјела наступила тешка тјелесна повреда или тешко нарушавање здравља или су она учињена према лицу млађем од 18 година или у присуству лица млађег од 18 година, учинилац ће се казнити затвором од двије до десет година (став 3). Међутим, ако је усљед наведених облика дјела наступила смрт члана породице или породичне заједнице, учинилац ће се казнити затвором од три до петнаест година (став 4). Најтежи облик дјела, са предвиђеном казном затвора од најмање десет година, постоји у случају кад учинилац лиши живота члана породице или породичне заједнице којег је претходно злостављао (став 5). Законодавац је предвидио новчану казну или казну затвора од три мјесеца до три године за оног ко прекрши мјере заштите од насиља у породици које му је суд одредио на основу закона (став 6). Специфичност овог кривичног дјела огледа се у чињеници да оно може бити извршено само између чланова породице или породичне заједнице. Стога је било изузетно битно одредити круг лица која се сматрају чланом породице или породичне заједнице, јер је ово кривично дјело управљено на заштиту од насиља које се врши у породици или породичној заједници, односно насиља које врши један члан породице или породичне заједнице према другом члану породице или породичне заједнице. Према изричитој

одредби члана 208. став 7. Кривичног закона, чланом породице или породичне заједнице, у смислу овог кривичног дјела, сматрају се супружници или бивши супружници и њихова дјеца и дјеца сваког од њих, ванбрачни партнери или бивши ванбрачни партнери, њихова дјеца или дјеца сваког од њих, сродници по тазбини закључно до другог степена без обзира на чињеницу да је брачна заједница престала, родитељи садашњих и бивших брачних и ванбрачних партнера, сродници из потпуног усвојења у правој линији без ограничења, а у побочној закључно са четвртим степеном, као и сродници из непотпуног усвојења, лица која везује однос старатељства, лица која живе или су живјела у истом породичном домаћинству, без обзира на сродство, те лица која имају заједничко дијете или је дијете зачето, иако никада нису живјела у истом породичном домаћинству.

Поред низа инкриминација које предвиђа Кривични закон Републике Српске, а које су усмјерене на заштиту од појединих облика родно заснованог насиља, битно је поменути да овај закон, поред казни које су предвиђене за поједине облике кривичних дјела, предвиђа и могућност да се учиниоцима тих кривичних дјела изрекну и неке мјере безбједности, међу којима посебну пажњу заслужују мјера безбједности забрана приближавања и комуникације са одређеним лицем (члан 62а), обавезан психосоцијални третман (члан 62б) и удаљење из заједничког домаћинства (62в). Наведеним мјерама безбједности настоји се обезбиједити потпунија заштита жртве насиља и то тако што се учиниоцу забрањује, у одређеном временском периоду, приближавање оштећеном на одређеној удаљености, приступ у простор око мјеста становања или рада, комуникација са оштећеним или са другим лицем ако би такво понашање учиниоца представљало психичко узнемиравање за оштећеног или тако што се учинилац дјела са елементима насиља удаљује из заједничког домаћинства на одређени временски период. Обавезан психосоцијални третман се може изрећи учиниоцу уколико се на основу његовог претходног живота и психичких карактеристика личности, утврди да постоји опасност да ће поновити такво или слично дјело и да је ради отклањања ове опасности потребан психосоцијални третман.

Насиље у породици је специфичан облик родно заснованог насиља јер се врши у породици, између људи који су повезани или су били повезани емотивним везама и често имају заједничку дјецу и имовину, а облици тог насиља су веома различити. Крећу се од психичког малтретирања (свакодневних увреда, омаловажавања, забране контакта са пријатељима и члановима шире породице) па до тешких физичких повреда и неријетко убиства. Психички или тјелесни интегритет члана породице или породичне заједнице може бити у већој или мањој мјери угрожен или повријеђен различитим радњама насилника. Свака повреда или угрожавање не може се третирати као кривично дјело, јер нема

онај степен друштвене опасности и штетности који је предвиђен кривичним дјелом из члана 208 Кривичног закона. Нпр. чупање за косу, шамарање итд. најчешће не доводе до повреде тјелесног интегритета и као такве, ове радње се не могу сматрати кривичним дјелом. Међутим, јасно је да су такве радње недопуштене и да представљају напад на тјелесни интегритет жртве, њено спокојство или душевно здравље. Како би се омогућило адекватно кажњавање и за такве радње учиниоца које се не могу подвести под кривично дјело насиље у породици или породичној заједници, у Републици Српској је донесен Закон о заштити од насиља у породици („Службени гласник Републике Српске“, бр. 102/12 и 108/13)² којим се поједине радње, односно облици испољавања насиља у породици, дефинишу као прекршај.

Према изричитој одредби овог закона (члан 2) основни циљ овог закона јесте заштита жртва насиља у породици спречавањем и сузбијањем насиља у породици којим се крше уставом и законима загарантована људска права и слободе.

Насиље у породици, у смислу овог закона, представља свака радња насиља члана породице или породичне заједнице којом се угрожава спокојство, психички, тјелесни, сексуални или економски интегритет другог члана породице или породичне заједнице (члан 6 став 1). Наведеном дефиницијом се насиље у породици, као прекршај, своди на угрожавање спокојства, психичког, тјелесног, сексуалног или економског интегритета другог члана породице или породичне заједнице.

Све радње насиља које доводе до повреде наведених вриједности члана породице или породичне заједнице, представљају кривично дјело.

У ставу 2. члана 6. Закона о заштити од насиља у породици, предвиђено је да свака радња насиља, у смислу става 1. овог члана, која не садржи обиљежја кривичног дјела, представља прекршај, а нарочито сљедеће радње:

- а) пријетња наношењем тјелесне повреде члану породице или њему блиском лицу,
- б) пријетња одузимањем дјете или избацивањем из стана члана породице,
- в) исцрпљивање радом, изгладњивањем, ускраћивањем сна или неопходног одмора члану породице,
- г) васпитање дјете на начин понижавајућег поступања,
- д) ускраћивање средстава за егзистенцију члану породице,
- ђ) ускраћивање права на економску независност забраном рада или држањем члана породице у односу зависности или подређености, пријетњом или недавањем средстава за живот или другим облицима економске доминације,
- е) вербални напад, псовање, називање погрдним

именом или вријећање члана породице на други начин, ж) ограничавање слободе комуницирања члана породице са члановима породице или другим лицима, з) оштећење, уништење или прометовање заједничке имовине или имовине у посједу, као и оштећење или уништење имовине у власништву или у посједу другог члана породице, односно покушај да се то учини, и) ухођење члана породице и ј) проузроковање страха, понижења, осјећаја мање вриједности, као и друге радње које не садрже обиљежја кривичног дјела насиља у породици или породичној заједници.

Како би се онемогућила досадашња пракса појединих службених лица која су, у случају када је радња насиља извршена први пут, своју интервенцију завршавала усменом опоменом учиниоца, без подношења одговарајуће пријаве надлежним органима, законом је изричито наведено да се сматра да је прекршај учињен ако је радња прекршаја извршена једном или више пута, а одређена је трајним глаголом (став 3 члана 6). Тиме је успостављена обавеза за све субјекте заштите да, у складу са обавезом пријављивања насиља у породици, поднесу пријаву надлежном органу независно од тога што је радња насиља у породици извршена први пут и што, по њиховој субјективној процјени, представља само случајну епизоду у породичном животу учиниоца и жртве.

Како би се одредио круг лица која могу бити учиниоци или жртве насиља у породици, овим законом је, на идентичан начин као и Кривичним законом Републике Српске., дефинисан члан породице или породичне заједнице. Наиме, према члану 7 овог закона чланом породице или породичне заједнице, у смислу овог закона, сматрају се:

- а) супружници или бивши супружници и њихова дјеца и дјеца сваког од њих,
- б) ванбрачни партнери или бивши ванбрачни партнери, њихова дјеца или дјеца сваког од њих,
- в) сродници по тазбини закључно до другог степена без обзира на чињеницу да је брачна заједница престала, г) родитељи садашњих и бивших брачних и ванбрачних партнера,
- д) сродници из потпуног усвојења у правој линији без ограничења, а у побочној линији закључно са четвртим степеном, као и сродници из непотпуног усвојења,
- ђ) лица која везује однос старатељства,
- е) лица која живе или су живјела у истом породичном домаћинству, без обзира на сродство,
- ж) лица која имају заједничко дијете или је дијете зачето, иако никада нису живјела у истом породичном домаћинству.

Наведена дефиниција члана породице или породичне заједнице није специфичност нашег правног система, јер сличну дефиницију члана породице или

² Напомена: У току је процедура измјена и допуна закона, Нацрт измјена и допуна биће разматран на сједници Народне скупштине Републике Српске у априлу 2015. године. У текст Ресурсног пакета унесене и ове измјене.

породичне заједнице налазимо и у другим европским законодавствима. Усклађена је и са рјешењима која су прихваћена у Конвенцији о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици из 2011. године, према којима насиље у породици обухвата углавном два типа насиља: партнерско насиље између садашњих односно бивших супружника односно партнера и међугенерациско насиље које се најчешће јавља између родитеља и дјеце. Насиље у породици се најчешће наставља и након прекида везе или заједнице живота. Стога, заједничко мјесто становања учиниоца и жртве није неопходно за постојање насиља у породици, (члан 3. став 6 Конвенције).

С обзиром на то да је циљ овог закона заштита жртава насиља у породици, закон садржи већи број одредаба којима се регулишу поједина права жртава и предвиђа посебна заштита жртава овог облика родно заснованог насиља.

Тако је у ставу 1. члана 8. предвиђено да **жртва насиља у породици има право на психосоцијалну помоћ и социјалну и медицинску заштиту у складу са законима из области здравствене и социјалне заштите. Посебну помоћ и заштиту у складу са овим законом ужива жртва која је: а) дијете, б) старије лице, в) лице са инвалидитетом и г) лице под старатељством (став 2).** Дијете је жртва и уколико је било присутно приликом вршења насиља према другом члану породице, иако радње насиља нису предузете према њему (став 3). Одредба става 3. је изузетно значајна јер наглашава да у свим таквим случајевима постоји психичко насиље према дјетету као облик насиља у породици, што се у судској пракси често занемарује.

Одредбом члана 9. став 1. Закона о заштити од насиља предвиђено је да **су заштиту, помоћ и подршку жртвама насиља у породици дужни пружити припадници Министарства унутрашњих послова (у даљем тексту: полиција), тужилаштво, центри за социјални рад, односно службе социјалне заштите, здравствене и образовне установе и надлежни суд (у даљем тексту: субјекти заштите).** Субјекти заштите дужни су поступати у складу са одредбама овог закона и пружити заштиту, подршку и помоћ жртвама насиља у породици без обзира на то да ли је против учиниоца покренут кривични или прекршајни поступак (став 2). Чланом 10. овог закона (став 1) предвиђено је да **жртве насиља у породици имају право на приступ свим субјектима заштите и ослобођене су свих трошкова поступка.** Право на бесплатну правну помоћ жртве имају у поступцима остваривања својих права и заштите, у складу са прописима који регулишу област бесплатне правне помоћи (став 2).

Посебан дио овог закона посвећен је поступку остваривања заштите жртава насиља у породици. Тако је у члану 11. прописано да су субјекти заштите дужни без одлагања обезбиједити хитно рјешавање предмета насиља у породици, водећи рачуна да су

интерес и добробит жртве приоритет у тим поступцима, а нарочито ако је жртва дијете, старије лице, лице са инвалидитетом и лице под старатељством (став 1).

У случајевима насиља у породици субјекти заштите дужни су да међусобно сарађују и размјењују потребне податке и информације (став 2).

С обзиром на то да је досадашња пракса показала да случајеви насиља у породици често остају непријављени због увријеженог схватања да је насиље у породици приватна ствар сваке породице, овим законом је посебно наглашена обавеза пријављивања таквих случајева. Наиме, према одредби става 1. члана 12. овог закона, чланови породице, субјекти заштите, као и запослени у образовним, социјалним и здравственим установама, као и сваки други грађанин, дужни су, одмах након сазнања да је почињено насиље у породици или да постоје основи сумње да је почињено насиље у породици, пријавити то полицији. Након пријема пријаве да је учињено насиље у породици, полиција је дужна да одмах о томе обавијести центар за социјални рад, који ће одмах непосредно пружити социјалну заштиту и психосоцијалну помоћ жртви, предузети друге мјере из своје надлежности, те о томе сачинити службени извјештај (став 2). **Здравствена установа омогућиће жртви бесплатан љекарски преглед ради утврђивања постојања повреда физичког или психичког интегритета (став 3).** О извршеном насиљу у породици полиција одмах обавјештава и надлежног тужиоца и, уз извјештај, доставља прикупљене доказе и обавјештења о томе (став 4). Уколико надлежни тужилац нађе да радња насиља у породици нема обиљежја кривичног дјела, предмет ће вратити подносиоцу извјештаја из става 4. овог закона на даље поступање. Захтјев за покретање прекршајног поступка за радње насиља у породици прописане овим законом може да поднесе: а) полиција, б) други овлашћени органи у складу са законом којим се прописују прекршаји и в) оштећени.“

Када је у питању поступак остваривања заштите жртава насиља у породици, најзначајнија новина коју уноси овај закон јесте **могућност изрицања хитних мјера заштите**, које се могу изрећи прије покретања поступка или у току поступка. Наиме, одредбом члана 13. предвиђено је да се, ради отклањања непосредне опасности по физички и психички интегритет, ради спречавања понављања насиља и гарантовања безбједности жртве, учиниоцу насиља у породици могу изрећи хитне мјере заштите прије покретања поступка или у току поступка. Хитне мјере заштите су: а) удаљење учиниоца насиља из стана, куће или другог стамбеног простора и/или б) забрана приближавања и контактирања учиниоцу насиља са жртвом насиља у породици. Ову могућност познају и законодавства других држава, нпр. Црне Горе, Холандије, Аустрије итд. Процјена ризика по живот и здравље жртве кључна је за добре одлуке у процесу заштите. У свим фазама заштите неопходно је анализирати ситуацију

и процијенити степен ризика да насилник повриједи, покуша да убије или убије жртву. Стога је неопходно да сви који су у контакту са жртвама насиља требају да разумију вишеструке узроке и штете од насиља над женама. Међународни стандарди у изрицању хитних мјера заштите указују на чињеницу да је за изрицање ових мјера довољна само процјена полиције о степену опасности извршеног насиља и ризику за жртву. Тако низак стандард доказивања диктира основна сврха ових мјера које представљају облик заштите жртава. Овлаштено лице подноси суду за прекршаје приједлог за изрицање хитне мјере заштите, независно од тога да ли се у конкретном случају ради о прекршају или кривичном дјелу. Новину у поступку остваривања заштите жртве насиља у породици представља и обавеза центра за социјални рад да у сваком случају насиља у породици утврди план помоћи жртви насиља у породици.

Према Закону о заштити од насиља у породици (члан 23) прекршајне санкције за заштиту од насиља у породици су: а) казне, б) мјере упозорења, в) заштитне мјере и г) васпитне мјере. Прекршајне казне су казна затвора и новчана казна. Мјере упозорења су укор и условна осуда. Заштитне мјере су: а) удаљење из стана, куће или неког другог стамбеног простора; б) забрана приближавања жртви насиља у породици или породичној заједници (у даљем тексту: забрана приближавања жртви); в) забрана узнемиравања или ухођења жртве насиља у породици или породичној заједници (у даљем тексту: забрана узнемиравања или ухођења жртве); г) обавезан психосоцијални третман и д) обавезно лијечење од зависности (члан 23а). Васпитне мјере су судски укор и васпитне мјере појачаног надзора.

Прекршајне санкције изриче суд у прекршајном поступку који је покренут и спроведен у складу са одредбама закона којим се прописују прекршаји. Сврха прекршајних санкција из става 1. овог члана јесте да се утиче на учиниоца и остале да убудуће не чине прекршај насиља у породици, да се осигура нужна заштита здравља и безбједност жртве, те отклоне околности које погодују или подстицајно дјелују на извршење насиља у породици.

Учиниоца насиља у породици је дужан да поступи у складу са изреченом заштитном мјером.

Субјект заштите који у дјелокругу свог рада сазна да учинилац насиља у породици не поступа у складу са изреченом заштитном мјером дужан је да о томе обавијести надлежни суд и центар за социјални рад (члан 31.) Посебан дио овог закона под називом Надзор и казнене одредбе садржи одредбе о висини новчане казне која је предвиђена за поједине случајеве насиља у породици који су дефинисани у члану 6. овог закона или ко понови радњу насиља у породици. Посебно је значајна одредба става 6. члана 42. којом је прописано да ће се **новчаном казном од 1.000 КМ до 3.000 КМ казнити за прекршај запослени**

у образовној, социјалној и здравственој установи који не пријави насиље у породици из члана 6. овог закона. Дакле, наведеном одредбом санкционисано је непријављивање било које радње насиља у породици која је дефинисана чланом 6. овог закона, а која на било који начин постане позната запосленим у образовној, социјалној или здравственој установи. Тиме се још једном наглашава неопходност и значај пријављивања свих случајева насиља у породици, а могло би се рећи и одговорност коју наведена лица имају у сузбијању и превенцији насиља у породици. Највећи значај Закона о заштити од насиља у породици огледа се у увођењу заштитних мјера које се могу изрећи насилнику и којима се заправо обезбјеђује заштита жртава насиља у породици. Начин њиховог конкретног спровођења регулисан је подзаконским актима.

Правилник о начину и мјесту спровођења заштитне мјере обавезно лијечења зависности од алкохола и опојних дрога („Службени гласник Републике Српске“, број 5/15) прописује начин спровођења заштитне мјере - **обавезно лијечење од зависности**, која се примјењује према учиниоцу насиља у породици који је насиље извршио под утицајем зависности од алкохола, опојних дрога и других психотропних супстанци. Лијечење од зависности од алкохола, опојних дрога и других психотропних супстанци учиниоца насиља у породици, у смислу овог правилника, подразумијева индивидуални и групни третман, који спроводе оспособљене стручне особе у сврху заустављања и спречавања насилног понашања (члан 2). Чланом 3. овог правилника прописано је да је сврха заштитне мјере - **обавезно лијечење од зависности** да се њеним спровођењем спријечи насиље у породици отклањањем околности које погодују или подстицајно дјелују на учиниоца новог насиља у породици које се чини под утицајем зависности од алкохола, опојних дрога и других психотропних супстанци. Циљ спровођења заштитне мјере „обавезно лијечење од зависности“ јесте побољшање општег здравственог стања учиниоца насиља у породици и његове социјалне рехабилитације и реинтеграције у сврху смањивања и отклањања опасности понављања учињеног насиља. Чланом 4. Прописује се да се заштитна мјера - **обавезно лијечење од зависности** спроводи у здравственим установама које врше дијагностику и лијечење болести зависности, те да спровођење заштитне мјере почиње у болничким условима, а наставак третмана спроводи се кроз центре за заштиту менталног здравља и у здравственој установи која је најближа мјесту пребивалишта или боравишта учиниоца насиља у породици. У члану 5. прописано је да је учинилац насиља у породици којем је суд изрекао заштитну мјеру - **обавезно лијечење од зависности** обавезан је да учествује у спровођењу те мјере.

Током спровођења заштитне мјере „обавезно лијечење од зависности“, жртва насиља у породици може бити

укључена у третман уколико на то пристане, те уколико је то потребно по оцјени водитеља третмана.

Члан 6. прецизира да учинилац насиља у породици треба да се јави у надлежну здравствену установу из члана 4. овог правилника у року одређеном одлуком суда. Здравствена установа која спроводи заштитну мјеру - обавезно лијечење од зависности треба да, у најкраћем могућем року, осигура почетак спровођења те заштитне мјере. Здравствена установа која спроводи заштитну мјеру „обавезно лијечење од зависности“, у сарадњи са учиниоцем насиља у породици, израђује индивидуални терапијски поступак, у складу са добром клиничком праксом и клиничком сликом зависности (члан 7). Спровођење заштитне мјере „обавезно лијечење од зависности“ траје у периоду који је одређен одлуком суда (члан 8). Чланом 9. прописано је да здравствена установа обавјештава суд о датуму и мјесту почетка обавезног лијечења од зависности. Уколико се учинитељ насиља у породици није јавио на обавезно лијечење од зависности у року одређеном одлуком суда, здравствена установа о томе обавјештава суд који је донио одлуку и центар за социјални рад. Члан 10. прописује да, уколико учинитељ насиља у породици не долази редовно на обавезно лијечење од зависности или ако се процијени да, упркос редовном доласку, обавезно лијечење од зависности неће довести до промјене у понашању учинитеља насиља, здравствена установа о томе обавјештава надлежни суд и центар за социјални рад у складу са чланом 31. став 2. Закона. Уколико учинилац напусти обавезно лијечење од зависности или је суспендован са обавезног лијечења од зависности или постоји оправдана бојазан за безбједност жртве, здравствена установа о томе обавјештава и жртву насиља у породици. Здравствена установа која спроводи заштитну мјеру „обавезно лијечење од зависности“ води евиденцију о лицима која су јој упућена ради спровођења обавезног лијечења зависности, о току и резултатима спроведеног лијечења, те о томе два пута годишње извјештава орган старатељства, према мјесту пребивалишта, односно боравишта учиниоца насиља, а, према потреби, на захтјев органа старатељства, и раније. Садржај и облици образаца евиденције из става 1. овог члана налазе се у Прилогу овог правилника, који чини његов саставни дио (члан 11).

ПРИЛОГ

ЕВИДЕНЦИЈА ЗАШТИТНЕ МЈЕРЕ - ОБАВЕЗНО ЛИЈЕЧЕЊЕ ОД ЗАВИСНОСТИ

1. ОДЛУКА СУДА

Назив и сједиште суда који је изрекао мјеру:

Број и датум одлуке:

Трајање мјере:

Мјера је изречена:

први пут ДА _____ НЕ _____

Ранија мјера:

2. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

Презиме и име:

Име оца: _____

мајке/дјевојачко презиме/: _____

Пол: _____

Датум и мјесто рођења:

Држава рођења: _____

Држављанство: _____

Занимање и школска спрема:

Адреса становања:

3. ПОДАЦИ О ЛИЈЕЧЕЊУ

Датум почетка лијечења:

Датум завршетка лијечења:

Лијечење је прекинуто, датум, разлог:

Лијечење је довело до позитивних промјена у понашању учиниоца:

ДА _____ НЕ _____

Правилник о начину и мјесту спровођења заштитне мјере обавезног психосоцијалног третмана („Службени гласник Републике Српске“, број 111/14) прописује начин спровођења заштитне мјере обавезног психосоцијалног третмана учиниоца насиља у породици (у даљем тексту: психосоцијални третман).

Члан 2. овог правилника прописује да психосоцијални третман треба да заустави и спријечи даље насиље путем:

- 1) постизања увида и прихватања одговорности за властито насилно понашање,
- 2) усвајања самоконтроле понашања,
- 3) учења социјалним вјештинама и мијењањем увјерења која доприносе насилном понашању,
- 4) отклањања узрока насилног понашања и
- 5) постизања позитивних промјена у понашању учиниоца насиља у породици.

Циљ спровођења психосоцијалног третмана је смањивање и отклањање опасности понављања учињеног насиља.

Психосоцијални третман, у смислу овог правилника, подразумијева индивидуални и групни третман (члан 3). Здравствени радници и здравствени сарадници психосоцијални третман обављају у центру за заштиту менталног здравља надлежног дома здравља у сарадњи са центром за социјални рад (члан 4). Чланом 5. прописује се да је учинилац насиља у породици, којем је суд изрекао заштитну мјеру „обавезан психосоцијални третман“ обавезан да учествује у спровођењу психосоцијалног третмана. Током спровођења психосоцијалног третмана, жртва насиља у породици може бити укључена у третман уколико на то пристане, те уколико је то потребно према оцјени водитеља третмана. У случају укључивања жртве у психосоцијални третман учиниоца насиља у породици, здравствени радници и сарадници који спроводе психосоцијални третман дужни су да поступају са повећаном пажњом, уз отклањање, у координацији са другим укљученим органима, установама и службама, било којих околности и ризика који могу довести до понављања насиља и/или поновне трауматизације жртве. Чланом 6. прописано је да ће, прије започињања психосоцијалног третмана, здравствена установа и центар за социјални рад са учиниоцем насиља у породици израдити план активности у писаној форми који садржи начин на који се психосоцијални третман спроводи, обавезе учиниоца насиља у породици, процјену ризика, као и план поступања у кризним ситуацијама. У члану 7. наводи се да са планом активности мора бити упознато одрасло лице – жртва насиља у породици, а дијете путем законског заступника, односно родитеља који није учинилац насиља у породици. У случају укључивања жртве насиља у породици у спровођење психосоцијалног третмана, жртва насиља се укључује у израду плана активности у писаној форми. Жртва насиља у породици добиће дио плана активности у писаној форми, који се односи на поступање у кризним ситуацијама, као

што су мјеста на која се може склонити и телефонске бројеве на којима може затражити помоћ. Са планом активности у писаној форми и његовим спровођењем морају бити упознати и: суд који је изрекао мјеру, полиција и специјализована служба за подршку жртви ради процјене ризика од смртности, озбиљности ситуације и ризика од понављања насиља са циљем управљања ризиком и, ако је неопходно, координисаног обезбјеђења и подршке. Чланом 8. прецизира се да здравствени радници и сарадници који се по потреби укључују у психосоцијални третман са учиниоцима насиља у породици обавезно се едукују о родним аспектима насиља у породици и Конвенцији Савјета Европе о сузбијању и спречавању насиља над женама и насиља у породици (САНВИО конвенцији, 2011). Обука здравствених радника и сарадника за психосоцијални третман са учиниоцима насиља о родним аспектима насиља у породици заснива се на методологији која полази од становишта да је насиље у породици један од облика родно заснованог насиља, при чему је пол жртве примарни мотив за дјело насиља. Здравствене установе, укључујући здравствене раднике и сараднике који спроводе психосоцијални третман учиниоца насиља, дужни су да поступају у блиској сарадњи са надлежним органима старатељства, специјализованим службама за подршку жртви, а у случајевима повећаног ризика и са полицијом, тужилаштвом и судом који је изрекао мјеру. У члану 9. прописано је да ако учинилац насиља у породици не долази редовно на психосоцијални третман или ако здравствена установа процијени да, упркос редовном долажењу, психосоцијални третман неће довести до промјене у понашању учиниоца насиља, о томе одмах обавјештава надлежни орган старатељства, који о томе обавјештава суд који је изрекао ову мјеру ради изрицања друге заштитне мјере. Уколико учинилац напусти психосоцијални третман или буде суспендован са психосоцијалног третмана или постоји оправдана бојазан за безбједност жртве, потребно је о томе обавијестити и жртву насиља у породици. Чланом 10. прописано је да здравствена установа у којој се спроводи психосоцијални третман води евиденцију о лицима која су јој упућена ради спровођења психосоцијалног третмана, току и резултатима спроведеног психосоцијалног третмана. Здравствена установа два пута годишње извјештава орган старатељства, по мјесту пребивалишта, односно боравишта учиниоца насиља, а на захтјев органа старатељства, према потреби, и раније. Садржај и облик образаца евиденције из ст. 1. и 2. овог члана налазе се у Прилогу овог правилника и чине његов саставни дио.

ПРИЛОГ

ЕВИДЕНЦИЈА ЗАШТИТНЕ МЈЕРЕ ОБАВЕЗНОГ ПСИХОСОЦИЈАЛНОГ ТРЕТМАНА

1. ОДЛУКА СУДА

Назив и сједиште суда који је изрекао мјеру:

Број и датум одлуке:

Трајање мјере:

Мјера је изречена:

први пут ДА _____ НЕ _____

Ранија мјера:

2. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

Презиме и име:

Име оца: _____ мајке/дјевојачко

презиме/:

Пол: _____

Датум и мјесто рођења:

Држава рођења:

држављанство:

Занимање и школска спрема:

Адреса становања:

3. ПОДАЦИ О ПСИХОСОЦИЈАЛНОМ ТРЕТМАНУ

Датум почетка третмана:

Датум завршетка третмана:

Жртва је укључена у третман:

ДА _____ НЕ _____

Датум укључења жртве у третман:

Третман је прекинут, датум, разлог:

Третман је довео до позитивних промјена у понашању учиниоца:

ДА _____ НЕ _____

Оцјена ефекта психосоцијалног третмана

4. САРАДЊА СА ДРУГИМ НАДЛЕЖНИМ ИНСТИТУЦИЈАМА

Назив органа, установе или службе укључене у психосоцијални третман:

Датум укључивања друге надлежне институције:

5. ПОСЕБНЕ НАПОМЕНЕ У ВЕЗИ СА ПСИХОСОЦИЈАЛНИМ ТРЕТМАНОМ

У циљу обезбјеђивања ефикасне заштите од насиља у породици, 25.11. 2013. године у Бањој Луци, министар породице, омладине и спорта, министрица правде, министар унутрашњих послова, министар здравља и социјалне заштите и министар просвјете и културе потписали су **Општи протокол о поступању у случају насиља у породици у Републици Српској („Службени гласник Републике Српске“, број 104/13)** који се примјењује од 01.01.2014. године. Сврха Општег протокола о поступању у случају насиља у породици у Републици Српској (у даљем тексту: Протокол) је да се обезбјеђи координисан, ефикасан и свеобухватан рад потписника Протокола у циљу тренутне помоћи, подршке и заштите жртава насиља у породици, сузбијања и спречавања понављања насиља.

Протокол садржи:

- (1) начин поступања субјеката заштите, који, у складу са одредбама Закона о заштити од насиља у породици, пружају заштиту, подршку и помоћ жртвама насиља у породици, без обзира на то да ли је против учиниоца покренут кривични или прекршајни поступак;
- (2) облике и начин сарадње и размјене потребних података и информација између субјеката заштите;
- (3) поступање Министарства породице, омладине и спорта као ресорно надлежног министарства за надзор и праћење примјене Закона о заштити од насиља у породици; и
- (4) завршне одредбе којима се прописује поступање субјеката заштите у складу са активностима овог Протокола.

Протокол је обавезујући за све субјекте заштите.

Неопходно је да сви здравствени радници и руководиоци здравствених установа буду упознати са његовим садржајем, а посебно са обавезама здравствених установа и здравствених радника. У протоколу је, између осталог, дефинисано сљедеће:

Постапње здравствених установа као субјеката заштите

У случају сумње да је повреда или здравствено стање посљедица насиља у породици, здравствени радник је дужан са посебном пажњом сазнати што више чињеница и околности у вези са повредом, односно са здравственим стањем жртве. Здравствена установа дужна је, ради очувања физичког и менталног здравља жртава насиља у породици, али и санације насталих повреда, осигурати жртви адекватну здравствену заштиту. У свим случајевима сазнања о почињеном насиљу у породици здравствена установа-овлашћена особа дужна је поступати на сљедећи начин:

- осигурати жртвама насиља у породици свеобухватну здравствену заштиту ради очувања тјелесног и менталног здравља жртве, а у складу са Законом о здравственој заштити (Службени гласник Републике Српске број 106/09);
- поступати ускладу са Протоколом, релевантним законима и другим актима везаним уз здравствене дјелатности ради заштите жртава насиља, те прикупљања, евидентирања и чувања доказа у

складу са Законом о евиденцијама и статистичким истраживањима у области здравствене заштите (Службени гласник Републике Српске број 53/07);
 - на основу евиденције о предузетим радњама, сачинити обједињен извјештај и доставити га Министарству породице, омладине и спорта на начин и у року који су прописани Законом о заштити од насиља у породици и Правилником о садржају евиденције и извјештаја о насиљу у породици;
 - у случају сумње или сазнања о насиљу у породици, када жртва насиља у породици дође сама у здравствену установу, запослени у здравственим установама дужни су:

- пријавити полицији сумњу или сазнање о насиљу у породици, без одлагања;
- са посебном пажњом разговарати са жртвом насиља, обезбиједити приватност, сазнати што више околности у вези са повредом или здравственим стањем жртве и упутити жртву на Центар за социјални рад. У случају потребе упутити жртву насиља на даљу обраду. У случају доласка жртве насиља у службу хитне помоћи, обратити посебну пажњу на повреде и цијелокупно стање жртве које би могло упућивати на насиље у породици;
- у случају сумње на било који облик насиља наведено уписати у медицинску документацију и о чињеницама добијеним и утврђеним прегледом издати медицинску документацију без наплате. Забиљешка са изјавом у медицинској документацији обавезно мора бити прочитана жртви насиља односно лицу у пратњи жртве и потписана од стране пунољетне жртве или њеног пратиоца ако жртва није пунољетна;
- документовање насиља треба да уради здравствени радник. Медицинска документација обезбјеђује непосредни доказ почињеног насиља и злостављања и значајна је за судски процес. Медицинска документација се мора пажљиво чувати, те мора садржавати слиједеће податке: основне податке, податке о физикалном прегледу, лабораторијске и остале дијагностичке процедуре, те биљешку о процјени, упућивању и праћењу. Медицинска документација се обавезно доставља на увид надлежним органима;
- у случају сумње или сазнања да је жртва насиља лице са менталним сметњама, лице упутити на лијечење према члану 12. Закона о заштити лица са менталним поремећајима (Службени гласник Републике Српске број 46/04). Уколико је жртва насиља у породици лице лијечено од алкохолизма и других зависности, по потреби је упутити на лијечење и о томе обавијестити Центар за социјални рад и полицију;
- у случају сумње или сазнања да је насиље у породици починило лице са менталним сметњама, лице упутити на лијечење према члану 22. Закона о заштити лица са менталним поремећајима

(Службени гласник Републике Српске број 46/04), из којег произилази обавеза стављања таквог лица под контролисане услове. Уколико је учинилац насиља у породици лице лијечено од алкохолизма и других зависности, по потреби га упутити на лијечење и о томе обавијестити Центар за социјални рад и полицију.

Поступање здравствених установа када су дјеца жртве насиља у породици:

1. препознати и хитно пријавити полицији чињенице које указују на сумњу или сазнање да је према дјетету извршено насиље у породици;
2. пружити хитну медицинску помоћ дјетету уколико за то постоји потреба;
3. обавијестити представнике центра за социјални рад о чињеницама које указују на сумњу да је према дјетету извршено насиље у породици и да је о истом обавијештена полиција;
4. обезбиједити надлежним органима (центру за социјални рад, полицији, тужилаштву, судовима) увид у медицинску документацију и пружити им подршку у прикупљању свих релевантних података;
5. одазвати се на позив суда и дати стручан налаз и мишљење у односу на слиједеће:
 - медицинске индикације, односно симптоме насиља над дјететом;
 - повезивање симптома насиља и понашања лица које је под сумњом да је учинилац насиља;
 - психијатријски статус учиниоца насиља; и
 - способност дјетета да свједочи у поступку, односно ризике свједочења и најпогодније начине узимања исказа од дјетета.

Поред Кривичног закона Републике Српске и Закона о заштити од насиља у породици, којима се предвиђа санкционисање за поједине облике родно заснованог насиља, у Републици Српској постоје и други закони који су релевантни за спречавање и сузбијање родно заснованог насиља.

Закон о раду Републике Српске („Службени гласник Републике Српске“, број 55/07) предвиђа двије одредбе које су релевантне за проблематику родно засновног насиља.

Одредбом члана 111. предвиђено је:

Није дозвољено узнемиравање и сексуално узнемиравање, насиље по основу пола, као и систематско злостављање радника од послодавца и других запослених (у даљем тексту: мобинг). Узнемиравање у смислу става 1. овог члана јесте свако нежељено понашање узроковано неким од основа из члана 5. овог закона које има за циљ или представља повреду достојанства лица које тражи запослење, као и радника, а које изазива страх или ствара понижавајуће или увредљиво окружење.

Сексуално узнемиравање, у смислу става 1. овог члана јесте свако вербално или физичко понашање које има за циљ или представља повреду достојанства лица

које тражи запослење, као и радника у сфери полног живота, а које изазива страх или ствара понижавајуће или увредљиво окружење. Насиље на основу пола представља било које дјело које наноси физичку, психичку, сексуалну или економску штету или патњу, као и пријетње таквим дјелима које озбиљно спутавају лица да уживају у својим правима и слободама на принципу равноправности полова, у раду и/или у вези са радом.

Мобинг је специфичан облик понашања на радном мјесту, којим једно или више лица систематски, у дужем временском периоду, психички злоставља или понижава друго лице с циљем угрожавања његовог угледа, части, људског достојанства и интегритета. Послодавац је дужан предузети ефикасне мјере с циљем спречавања, насиља на основу пола, дискриминације, узнемиравања, сексуалног узнемиравања у раду и/или у вези са радом и мобинга те не смије предузимати никакве мјере према раднику због чињенице да се жалио на насиље, дискриминацију, узнемиравање, сексуално узнемиравање и мобинг.

Одредбом члана 112. предвиђено је:

У случајевима дискриминације у смислу одредаба чланова 5, 109, 110. и 111. овог закона лице које тражи запослење, као и радник, може да покрене пред надлежним судом поступак за накнаду штете у складу са законом.

У случају спора, терет доказивања да није било дискриминације, односно да је поступљено у складу са законом, уколико лице које тражи запослење, односно лице које је запослено изнесе чињенице које оправдавају сумњу да је послодавац поступио противно одредбама члана 111. став 1. овог закона, на послодавцу је.

У случајевима насиља на основу пола, узнемиравања и сексуалног узнемиравања и мобинга, ниједна одредба овог закона не може се тумачити као ограничавање или умањивање права на вођење кривичног или грађанског поступка.

Ако суд утврди да је тужба из става 1. овог члана основана, наложиће послодавцу да тужиоцу успостави и обезбједи остваривање права која су му ускраћена или да плати одговарајућу новчану накнаду.

Закон о облигационим односима („Службени лист СФРЈ“, бр. 29/78, 39/85, 45/89, 57/89, и „Службени гласник Републике Српске“, бр. 17/93, 3/96, 39/03, 74/04) садржи одредбе којима се регулише питање накнаде материјалне и нематеријалне штете жртвама. Наиме, чињеница је да жртве различитих облика родно заснованог насиља, било да се ради о сексуалном злостављању или насиљу у породици или неком другом облику родно заснованог насиља, бивају изложене и секундарној виктимизацији, која понекада има веома неповољне утицаје на њихов нормалан живот. Зато је неопходно омогућити правичну накнаду за сву штету (материјалну и нематеријалну) коју жртве трпе, а она се остварује у складу са одредбама Закона о облигационим односима. Поступак за накнаду штете

се води у парничном поступку у складу са одредбама **Закона о парничном поступку Републике Српске** („Службени гласник Републике Српске“, број 58/03). Као што је у претходном тексту више пута наглашено, жртвама родно заснованог насиља, посебно жртвама насиља у породици, мора се обезбједити ефикасна и адекватна заштита и помоћ. У том контексту, неопходно је поменути и релевантне одредбе **Закона о социјалној заштити** („Службени гласник Републике Српске“, број 37/12). Према одредби члана 17, корисник социјалне заштите је лице које се налази у стању социјалне потребе, и то:

а) дијете:

- 1) без родитељског старања,
- 2) са сметњама у развоју,
- 3) чији је развој ометен породичним приликама,
- 4) жртва насиља,
- 5) жртве трговине дјецом,
- 6) са друштвено неприхvatљивим понашањем,
- 7) изложено социјално ризичним понашањима,
- 8) коме је због посебних околности потребна социјална заштита;

б) пунољетно лице:

- 1) материјано необезбјеђено и за рад неспособно лице,
- 2) са инвалидитетом,
- 3) старије, без породичног старања,
- 4) са друштвено неприхvatљивим понашањем,
- 5) жртва злоупотребе психоактивних супстанци,
- 6) жртве насиља у породици,
- 7) жртве трговине људима и
- 8) коме је због посебних околности потребна социјална заштита.

Према одредби члана 18, корисници социјалне заштите, у смислу члана 17. овог закона су:

а) дијете:

тачка 4) коме се наноси физичка, психичка, и сексуална патња или емоционална бол, као и пријетња таквим дјелима или занемаривање, небрига и незадовољавање основних животних потреба, што га озбиљно спутава да ужива у својим правима и слободама, и

б) пунољетно лице:

в) коме се у породичном окружењу наноси физичка, психичка, економска и сексуална патња или емоционална бол, као и пријетња таквим дјелима, а које су због тих околности нађе у стању социјалне потребе. Жртва насиља дијете и пунољетно лице могу остварити право у социјалној заштити, које је прописано чланом 20.

Према одредби члана 20, права у социјалној заштити по овом закону су:

- а) новчана помоћ,
- б) додатак за помоћ и његу другог лица,

- в) подршка у изједначавању могућности дјеце и омладине са сметњама у развоју,
- г) смјештај у установу,
- д) збрињавање у хранитељску породицу.

Закон о социјалној заштити прописује дјелатност Центра за социјални рад. Одредбом члана 101. предвиђено је:

- (1) У спровођењу дјелатности социјалне заштите и социјалног рада, Центар врши јавна овлаштења:
- а) пружа прву стручну помоћ грађанима,
 - б) рјешава у првом степену о остваривању права утврђених овим законом и одлукама о проширеним правима у јединицама локалне самоуправе,
 - в) рјешава у првом степену о остваривању права из области дјечје заштите,
 - г) рјешава у првом степену о остваривању права из области породично-правне заштите и старатељства,
 - д) ради на спровођењу мјера према малољетним лицима у кривичном поступку,
 - ђ) пружа социјалне услуге у поступку рјешавања о правима из области социјалне заштите,
 - е) врши надзор над хранитељским породицама,
 - ж) води евиденцију и документацију о правима, пруженим услугама и предузетим мјерама у оквиру своје дјелатности и издаје увјерења на основу евиденције и
 - з) врши исплату новчаних права утврђених овим законом и другим прописима и општим актима.
- (2) Осим послова из става 1. овог члана, Центар обавља и стручне послове у спровођењу социјалне заштите и социјалног рада, породичне и дјечје заштите, и то:
- а) открива и прати социјалне потребе грађана и проблеме у области социјалне заштите,
 - б) предлаже и предузима мјере у рјешавању социјалних потреба грађана и прати њихово извршење,
 - в) предлаже мјере за унапређивање социјалне заштите и планирање развоја система социјалне заштите у локалним заједницама, организује и спроводи одговарајуће облике социјалне и дјечје заштите и непосредно пружа социјалне услуге,
 - г) прати стање у области дјечје и породично-правне заштите, покреће иницијативе и предлаже мјере за унапређивање система дјечје и породичне заштите,
 - д) развија и унапређује превентивне активности које доприносе спречавању и сузбијању социјалних проблема,
 - ђ) пружа дијагностичке услуге, спроводи одговарајући третман, савјетодавне, терапијске услуге и стручну помоћ корисницима,
 - е) подстиче, организује и координира професионални и добровољни рад у области социјалне заштите,
 - ж) ради на развоју разноврсних модела збрињавања корисника у заједници и социјалних услуга у складу са потребама корисника, развија социјални рад у заједници,
 - з) пружа услуге помоћи и његе у кући, дневног збрињавања и прихватилишта,

- и) подстиче и развија самопомоћ, добровољни рад, међуљудску солидарност, добротворне и хуманитарне дјелатности,
- ј) обавља послове савјетовалишта за проблеме брака и породице, васпитања дјеце, усвојења, односа родитеља и дјеце,
- к) обавља аналитичко-истраживачке послове у локалним заједницама и
- л) обавља и друге послове утврђене законом и одлукама јединица локалне самоуправе.

Правилником о стандардима за реализацију сигурне куће („Службени гласник Републике Српске“, број 25/13), којим се у члану 3. прописује:

- (1) Под појмом “сигурна кућа” подразумева се посебна мјера подршке којом се обезбјеђује збрињавање, подршка и помоћ жртвама насиља у породици, коју може реализовати правно лице у складу са законом.
- (2) Мјере подршке које се обезбјеђују кроз сигурне куће усјерене су на остваривање циљева и задатака којима се задовољавају основне потребе жртва насиља у породици, а обухватају:
- а) обезбјеђивање смјештаја, исхране и хигијене,
 - б) пружање савјетодавне и психолошке подршке,
 - в) пружање медицинске, правне и социјалне помоћи и
 - г) пружање подршке при контакту са надлежним институцијама.

(3) Мјере подршке из става 2. овог члана доступне су жртвама насиља у породици 24 часа дневно, сваког дана у години, без било каквих трошкова.

До краја 2013. године, у 36 општина у Републици Српској потписани су протоколи о мултисекторској сарадњи и поступању у случајевима насиља у породици: Бања Лука, Приједор, Бијељина, Лопаре, Угљевик, Требиње, Нови Град, Добој, Дервента, Брод, Шамац, Источно Сарајево, Источни Стари Град, Пале, Соколац, Трново, Вишеград, Ново Горажде, Фоча, Рогатица, Чајниче, Вуковина, Невесиње, Берковићи, Модрича, Гацко, Власеница, Зворник, Козарска Дубица, Источна Илиџа, Источно Ново Сарајево, Братунац, Милићи, Сребреница и Шековићи.”

Посебан вид заштите од насиља у породици регулисан је кроз одредбе **Породичног закона Републике Српске** („Службени гласник Републике Српске“, бр. 54/02, 41/08 и 63/14) којим је предвиђена могућност одузимања родитељског права и дужности у посебним случајевима које се могу подвести под насиље у породици као облик родно заснованог насиља.

Одредбом члана 106. овог закона предвиђено је:

- (1) Родитељу који злоставља дијете, злоупотребљава родитељско право, или је напустио дијете, занемарио бригу о дјетету и занемарио своје родитељске дужности суд ће у ванпарничном поступку одузети родитељско право.
- (2) Родитељ злоупотребљава родитељска права и дужности:
1. ако спроводи физичко или психичко насиље над дјететом,

2. ако сексуално искоришћава дијете,
3. ако експлоатише дијете присиљавајући га да претјерано ради или да обавља рад непримјерен његовом узрасту,
4. ако дјетету дозвољава уживање алкохолних пића, дрога или других опојних супстанци или га на то наводи,
5. ако наводи дијете на било који облик друштвено неприхватљивог понашања,
6. ако на било који други начин грубо крши права дјетета.

Одредбом члана 107. предвиђено је:

- (1) Поступак ради одузимања родитељског права покреће орган старатељства, родитељ, односно усвојилац.
 - (2) Орган старатељства дужан је покренути поступак за одузимање родитељског права и у случају кад на било који начин сазна да постоје околности из става 1. претходног члана.
 - (3) Правоснажна одлука о одузимању и враћању родитељског права доставља се надлежном матичару, а уколико дијете има неко право на некретнинама, одлука се доставља земљишно-књижном, односно катастарскокњижном регистру.
- Родитељско право се одузима у ванпарничном поступку, на основу Приједлога за одузимање родитељског права. С обзиром на обавезе које су предвиђене Законом о заштити од насиља у породици, битно је поменути и одредбе **Закона о здравственој заштити** („Службени гласник Републике Српске“, бр. 106/09), које говоре о праву пацијента на повјерљивост личних информација. Наиме, одредбом члана 29. предвиђено је да пацијент има право на повјерљивост личних информација које је саопштио надлежном доктору, укључујући и оне које се односе на његово стање здравља и потенцијалне дијагностичке и терапијске процедуре. Забрањено је да надлежни доктор, без писменог пристанка пацијента, саопшти другим лицима личне податке о пацијенту из става 1. овог члана, осим када је на то обавезан посебним законом.
- Имајући у виду чињеницу да је ставом 1. члана 12. **Закона о заштити од насиља у породици** предвиђена обавеза за субјекте заштите (у које спадају и здравствене установе), као и за запослене у здравственим установама, да одмах по сазнању да је учињено насиље у породици или да постоје основи сумње да је учињено насиље у породици пријаве то полицији, произилази закључак да у случајевима пријављивања насиља у породици не постоји повреда пацијентовог права на повјерљивост.
- Поред тога, Кривични закон Републике Српске, који у одредби члана 173. инкриминише неовлашћено откривање професионалне тајне у случају када адвокат, лекар или друго лице неовлашћено открије тајну коју је сазнало у вршењу свог позива (став 1) у ставу 2. овог члана предвиђа да нема кривичног дјела уколико је тајна откривена у општем интересу или интересу другог лица који је претежнији од интереса чувања тајне.

С обзиром на то да је спречавање и сузбијање свих облика родно заснованог насиља, које представља облик дискриминације, прокламовано као циљ којим теже све савремене државе, откривање чињеница везаних за поједина кривична дјела родно заснованог насиља, односно њихово пријављивање, врши се у општем интересу.

Обавеза пријављивања других кривичних дјела која представљају поједине облике родно заснованог насиља, нпр. силовања, произилази из одредаба **Закона о кривичном поступку Републике Српске** („Службени гласник Републике Српске“, бр. 53/12), којим је предвиђена обавеза пријављивања кривичног дјела.

Наиме, према одредби члана 221. службена и одговорна лица у свим органима власти у Републици Српској, јавним предузећима и установама дужна су да пријаве кривична дјела о којима су обавијештена или о којима сазнају на неки други начин. У таквим околностима, службено и одговорно лице предузеће мјере да се сачувају трагови кривичног дјела, предмети на којима је или помоћу којих је учињено кривично дјело и други докази о њима и обавијестиће о томе, без одгађања, овлашћено службено лице или тужилаштво (став 1). Здравствени радници, наставници, васпитачи, родитељи, старатељи, усвојоци и друга лица која су овлашћена или дужна да пружају заштиту и помоћ малољетним лицима, да врше надзор, одгајање и васпитавање малољетника, а који сазнају или оцијене да постоји сумња да је неко малољетно лице жртва сексуалног, физичког или неког другог злостављања, дужи су да о тој сумњи одмах обавијесте овлашћено службено лице или тужиоца.

У члану 222. регулисано је пријављивање кривичног дјела од стране грађана. Наиме, према овој одредби, грађанин има право да пријави извршење кривичног дјела. Међутим, у ставу другом наведено је да је свако дужан да пријави извршење кривичног дјела када непријављивање кривичног дјела представља кривично дјело, чиме право грађана на пријављивање прелази у обавезу пријављивања кривичног дјела у наведеним случајевима.

6. СТРАТЕШКИ ОКВИР У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Стратегија за сузбијање насиља у породици за период 2014–2019 има слијећу визију: “Жртве насиља у породици у Републици Српској имају обезбијеђену адекватну помоћ, подршку и заштиту од насиља у породици – Република Српска без насиља у породици”; и мисију: “Коришћењем свих расположивих капацитета у сузбијању насиља у породици јачати повјерење жртава у владавину закона и институције власти на свим нивоима, уз максималну укљученост свих сегмената друштва”.

Стратешки правац 1:

Превенција насиља у породици

Стратешки циљ 1:

Јачање превентивне политике и одвраћање од насиља у породици.

Стратешки правац 2:

Подршка и помоћ жртвама насиља у породици

Стратешки циљ 2:

Ефикасна примјена Закона о заштити од насиља у породици.

Стратешки правац 3:

Заштита жртава од насиља у породици

Стратешки циљ 3:

Насиље у породици је дјело од исте друштвене опасности као и свако друго кривично и прекршајно дјело – преиспитивање казнене политике.

Стратешки правац 4:

Праћење спровођења закона, политика и мјера против насиља у породици

Стратешки циљ 4:

Усклађивање са стандардима у области насиља у породици.

7. СТАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

У сврху припреме Ресурсног пакета било је важно извршити анализу ситуације родно заснованог насиља као и мапирање Републичког одговора у Републици Српској, те је израђен упитник (Прилог 2) који је достављен на попуњавање свим министарствима у Влади Републике Српске, Гендер центру – центру за једнакост и равноправност полова у Влади Републике Српске (у даљем тексту: Гендер центар Републике Српске), свим установама социјалне заштите и Фондацији “Удружене жене”. Упитник је имао је за циљ направити пресјек досадашњег стања у области спречавања и сузбијања родно заснованог насиља, како у домену релевантних истраживања из ове области, тако и у домену превенције и поступања. Сви достављени одговори и упитници анализирани су и сублимирани у једну информацију, која је кључни дио овог поглавља.

Током 2012. године, на подручју Босне и Херцеговине је по први пут спроведено истраживање о распрострањености и учесталости насиља над женама у БиХ, чијом су реализацијом у Републици Српској координисали Гендер центар Републике Српске и Републички завод за статистику Републике Српске. Истраживање је спроведено у заједничкој сарадњи Агенције за равноправност полова БиХ, Гендер центра ФБиХ, Гендер центра Републике Српске, Агенције за статистику БиХ, Завода за статистику ФБиХ и Републичког завода за статистику Републике Српске. Истраживање је извршено на репрезентативном узорку и у складу са индикаторима Уједињених нација за праћење преваленције и инциденције насиља над женама и у породици. Налази истраживања дати су агрегирано, како за цијелу Босну и Херцеговину (изузев Брчко Дистрикта БиХ), тако и појединачно за Републику Српску и Федерацију БиХ, како би се омогућило да подаци буду у функцији спровођења закона и мјера за спречавање и сузбијање насиља, које спадају у надлежности ФБиХ и Републике Српске. Овдје су наведени подаци који се односе на Републику Српску. Проучавано је физичко, психичко, сексуално и економско насиље над женама, унутар породице и изван ње. Нађено је да су жене изложене високим ризицима од насиља, прије свега у свом непосредном, интимном окружењу партнерских и породичних односа, а потом и у широј заједници. Када је у питању Република Српска, подаци овог истраживања показују да је 47,3% испитаних жена доживјело неки облик насиља у узрасту од 15. година па на даље, што, с

обзиром на висок проценат, говори о размјерама и тежини овог друштвеног проблема. Најчешћи облик насиља коме су изложене жене је психичко, као и комбиновано психичко и физичко насиље. Најшире је распрострањено насиље које према женама врше садашњи или бивши партнери (преко 70%) и, у цјелини гледано, сфера интимних партнерских и породичних односа далеко је већи извор опасности од насиља за жене него што је то шира заједница. Младе жене су више изложене насиљу него старије, а сеоске жене више него градске. Жене слабијег здравља и са инвалидитетом нису поштеђене насиља – њихове стопе преваленције су исте као и у подузорку здравих жена и жена без инвалидитета. Код жена, које су у вријеме истраживања биле жртве насиља током посљедњих годину дана, чешће се јављају лоша расположења, туга (у 50,9% случајева код жртава наспрам 24,7% код оних које нису жртве), осјећај узнемирености, страха, губитак апетита, тешкоће код концентрације, јасног размишљања, учења и др. Поред различитих психосоматских тегоба, важне посљедице по здравље су и повреде које су жене задобиле приликом физичког или сексуалног злостављања. Најчешће се ове повреде јављају као огреботине, модрице, неодређени физички бол, али је значајан удио и жена које су доживјеле губитак свијести, веће модрице, подливе и сл. Поједине жене биле су изложене веома тешким облицима насиља па су задобиле преломе костију или чак ране нанијете оружјем.

Истраживање је имало за циљ да покаже и какав је одговор надлежних служби у случајевима насиља над женама и у породици, али и ставове жена о тражењу помоћи, те је овом приликом важно навести нека важна сазнања која се односе на службе здравствене заштите. Уопште забрињава чињеница да жене не препознају довољно које су институције и организације надлежне за проблем насиља над женама. Наиме, јна питање да наведу неке институције за које знају да би могле да пруже подршку у случајевима насиља, 13% жена није знало да наведе ниједну институцију, а највећи број препознаје значај полиције. **Свега 6,8% жена препознају здравствене службе као мјесто гдје се могу обратити за помоћ.** С друге стране, занимљива је чињеница да је, од укупног броја жена које су биле изложене физичком насиљу, њих тек 20% затражило здравствену помоћ. Разлози због којих се нису обраћале за помоћ здравственој установи су углавном мањи обим повреде, срам, страх да учинилац не сазна да се

неком обраћала, недостатак доктора у мјесту у којем живи, итд. Забрињава то да у чак **13% пријављених случајева доктор није ни поставио питање о поријеклу повреде**, што би била његова основна дужност у тим ситуацијама. Такође забрињава чињеница да је у готово половини случајева доктор само пружио медицинску помоћ и није предузео ниједан корак у даљем процесуирању случаја, чиме би се обезбиједио основ за правну подршку. У 35,9% случајева, доктори су обавијестили полицију у складу са законским прописима Републике Српске.

Када су у питању актуелни статистички подаци о броју пријављених и процесуираних случајева насиља у породици, као једног од најраспрострањенијих облика родно заснованог насиља, подаци којима располажу различити субјекти заштите показују да је насиље у породици у Републици Српској у порасту, при чему треба узети у обзир и чешће пријављивање. Нарочито су значајни подаци Министарства унутрашњих послова према којима је у 2013. години у Републици Српској евидентирано: 1.088 случајева насиља у породици (прекршаји и кривична дјела), 999 извјештаја о насиљу, 1.143 учинилаца насиља (1.047 мушког и 96 женског пола). Евидентирани су 1.362 жртве насиља, од којих: 67 дјеце до 14 година, 65 дјеце од 14 до 18 година, 892 жене преко 18 година и 338 мушкараца преко 18 година. У 453 случаја, утврђено је да се ради се о кривичним дјелима за која су поднесена 442 извјештаја о почињеним кривичним дјелима против 463 учиниоца. Изречено је 28 хитних мјера заштите, и то: седам удаљења учиниоца из стана, куће или другог стамбеног простора и 21 забрана приближавања и контактирања учиниоца насиља са жртвом насиља. У истом периоду, изречено је 30 заштитних мјера, од којих: три удаљења учиниоца из стана, куће или другог стамбеног простора, седам забрана приближавања жртви и 20 забрана узнемиравања или ухођења жртве. Министарство унутрашњих послова води евиденцију кривичних дјела насиља у породици од 2000. године, а прекршаја насиља у породици од 2006. године, односно од ступања на снагу релевантних закона. Упркос свим напорима да се насиље у породици системски спријечи, те да се кроз службене евиденције и податке прати тренд пораста или пада броја ових случајева, у сврху предузимања адекватних и ефикасних мјера спречавања и заштите жртава, нарочито забрињава податак Министарства унутрашњих послова да су од 2000. до 2012. године почињена 123 убиства у породици, гдје жене чине више од половине убијених, односно више од једне трећине укупно убијених лица у Републици Српској.

Подаци невладиних организација говоре у прилог чињеници да се насиље у породици, односно број пријављених случајева насиља у породици, сваке године повећава. У сигурним кућама је током 2013. године било смјештено 107 жена и 113 дјеце, од чега на основу рјешења центара за социјални рад, односно служби социјалне заштите 46 жена и 48 дјеце. Од

2007. до 2013. године, у сигурним кућама у Републици Српској је било збринато 812 жена и 1.006 дјеце, док је на СОС број 1264 за помоћ жртвама насиља у породици од 2005. године до краја 2013. упућено 29.899 позива (3.982 само у 2013. години), од чега је 98% жртава било женског пола.

Када су у питању досадашње едукације службених лица запослених у институцијама субјеката заштите, важно је нагласити да је у претходном периоду, у раду полицијских службеника Републике Српске, Управа за полицијско образовање Министарства унутрашњих послова РС тежиште ставила на успостављање и унапређење примјене стандарда и принципа за равноправност полова, борбу против насиља у породици, укључујући насиље над женама. Наиме, Програм курса „Стручно усавршавање полицијских службеника Министарства унутрашњих послова Републике Српске у области родно заснованог и сексуалног насиља“ настао је као резултат процеса који су усмјерени на борбу против насиља у породици, укључујући насиље над женама, те родно засновано и сексуално насиље. Сачињен је као допринос примјени Стратегије за борбу против насиља у породици у Републици Српској 2009. – 2013. и примјени Акционог плана Босне и Херцеговине за имплементацију Резолуције УН-а 1325. „Жене, мир и безбједност“. Програм је конципирала Управа за полицијско образовање уз подршку Гендер центра Републике Српске, а у оквиру Пројекта „Превенција и борба против родно заснованог и сексуалног насиља у Босни и Херцеговини“, којег су финансијски подржали канцеларија UNDP-а и UNFPA за Босну и Херцеговину.

Министарство здравља и социјалне заштите, у оквиру спровођења Стратегије за борбу против насиља у породици до 2013. године, а уз подршку Гендер центра и средстава ФИГАП-а, реализовало је опсежан програм едукације здравствених и социјалних радника на подручју цијеле Републике Српске о поступању у случајевима насиља у породици. Одржано је девет петодневних курсева усавршавања (семинари за предаваче) током 2012. године, а едукацијом је било обухваћено укупно 170 стручњака запослених у здравственим институцијама и центрима за социјални рад. Поред тога, ово министарство је реализовало и пројекат под називом „**Јачање система социјалне заштите и инклузије дјеце у БиХ**“ уз подршку канцеларије UNICEF-а у Босни и Херцеговини, у оквиру којег су такође биле реализоване и курсеви усавршавања у сфери насиља у породици. Судије и тужиоци у Републици Српској имају обавезу редовног стручног усавршавања која се одвија путем похађања стручних семинара организованих у оквиру Центра за едукацију судија и тужилаца Републике Српске. У оквиру редовног програма рада за 2011, 2012. и 2013. годину **Центра за едукацију судија и тужилаца Републике Српске (ЦЕСТ)**, организовани су **стручни семинари за судије и тужиоце** о примјени домаћих и међународних стандарда о равноправности полова и

спречавању и сузбијању насиља над женама и насиља у породици, у партнерству Гендер центра и ЦЕСТ РС. Овдје је нарочито важно нагласити да се стручни скупови на тему Истанбулске конвенције одржавају још од 2012. године, много прије почетка њене примјене. Гендер центар пружа стручну подршку ЦЕСТ-у у припреми и спровођењу наведених семинара. Стручни семинари на ову тему за судије и тужиоце постале су саставни дио Програма рада ЦЕСТ-а Републике Српске. Локалне заједнице имају велику улогу у борби против против родно заснованог насиља у Републици Српској. До краја 2013. године, у 36 општина у Републици Српској потписани су протоколи о мултисекторској сарадњи и поступању у случајевима насиља у породици: Бања Лука, Приједор, Бијељина, Лопаре, Угљевик, Требиње, Нови Град, Добој, Дервента, Брод, Шамац, Источно Сарајево, Источни Стари Град, Пале, Соколац, Трново, Вишеград, Ново Горажде, Фоча, Рогатица, Чајниче, Вуковасље, Невесиње, Берковићи, Модрича, Гацко, Власеница, Зворник, Козарска Дубица, Источна Илиџа, Источно Ново Сарајево, Братунац, Милићи, Сребреница и Шековићи. У Бањалуци постоји и мултидисциплинарни мобилни тим који излази на терен по позиву у случајевима насиља у породици. У неким општинама постоје веома добро организовани локални реферални механизми и ту се потписани протоколи поштују и слиједе, док у већем броју њих, нажалост, потписани протоколи постоје само као доказ да су те општине биле дио неког ad hoc пројекта чија је једна од активности била и израда једног оваквог протокола.

Упитник за анализу ситуације родно заснованог насиља и мапирање Републичког одговора (Прилог 2) и Упитник за анализу ситуације – оцјена здравствених установа (Прилог 3) су упућени свим здравственим установама у Републици Српској да би се добили одговори који би омогућили процјену ситуације, али и потакло размишљање о иницијативама и интервенцијама за јачање одговора здравствених установа и здравствених радника и сарадника на родно засновано насиље. Одговоре на упитник су, у року који је био предвиђен за достављање одговора, доставиле 34 здравствене установе из Републике Српске, од чега три завода, двије болнице, један институт и 28 домова здравља. Резултати су дати у даљем тексту.

УПИТНИК ЗА АНАЛИЗУ СИТУАЦИЈЕ РОДНО-ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА И МАПИРАЊЕ РЕПУБЛИЧКОГ ОДГОВОРА ДИО I: ОПСЕГ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

На питање: “Да ли су било каква истраживања обављена у Републици Српској за мјерење распрострањености родно заснованог насиља?” 41,2% испитаника одговорило је „да“, 41,2% „не“, а 17,6% није дало одговор.

Сви који су потврдно одговорили на питање о

обављеним истраживањима, навели су следеће:

1. на питање “Који су облици насиља били проучавани”, одговори су били: физичко, психичко, сексуално и економско.

2. на питање “Колико су распрострањени”, одговори су били слични, најдетаљнији одговор је гласио:

„Према налазима истраживања, више од половине жена из узорка (47,2% у БиХ, 47,2% у ФБиХ и 47,3% у РС) доживјело је бар неки облик насиља након навршене 15. године. Налази указују на то да је психичко насиље најраспрострањеније, са укупном стопом преваленције од 41,9% током живота и 10,8% у току посљедњих годину дана, те да иза њега слиједи физичко насиље, са стопом преваленције на животном нивоу од 24,3%, а током посљедњих годину дана 2,4%. Сексуално насиље доживјело је током одраслог живота 6% жена, док је овакво искуство у току посљедњих годину дана имало 1,3% жена. Најшире је распрострањено насиље које над женама врше њихови садашњи или бивши партнери, јер су они починиоци у 71,5% случајева. У цјелини гледано, сфера интимних партнерских и породичних односа далеко је већи извор опасности од насиља за жене него што је то шири заједница. Младе жене више су изложене насиљу него старије (стопа преваленције код жена старости 18–24 године износи 56,38%, а код старијих од 65 година 44,2%). УНЕЦЕ-ови индикатори, заправо, указују на то да су физичком насиљу током актуелног периода највише изложене младе жене, али да се на животном нивоу региструје већа преваленција физичког насиља код старијих жена, осим у РС, гдје стопе остају највише за категорије најмлађих жена.“

3. на питање “Које су посљедице насиља над женама, поготово по здравље жена?”, одговори су били слични, а најдетаљнији је био:

“Жене слабијег здравља и са инвалидитетом нису поштеђене насиља – њихове стопе преваленције су исте као и у подзорку здравих жена и жена без инвалидитета. Подаци о инциденцији насиља говоре да није ријеч о појединачним инцидентима, него о праксама које се понављају. Поред различитих психосоматских тегоба, важне посљедице насиља представљају повреде које жене задобијају приликом физичког или сексуалног злостављања. У цијелом узорку, 11,4% жена доживјело је неку врсту физичке повреде, но то је 96% оних жена код којих је утврђено да су биле изложене физичком насиљу на животном нивоу. Повреде женама најчешће носе актуелни и бивши партнери, а након њих очеви.”

На питање: “Да ли постоје неки други подаци из истраживања (квалитативне студије, административни подаци,) о родно-заснованом насиљу у Републици Српској?” 17,6% испитаника одговорило је „да“, 35,3% „не“, а 47,1% није дало одговор.

“Да Анализа усклађености законодавства и јавних политика у Босни и Херцеговини са Конвенцијом Савјета Европе о спречавању и борби против насиља

над женама и насиља у породици, доступно на:
<http://www.potpisujem.org/bih/553/analiza-uskladenost-i-zakonodavstva-i-javnih-politika-u-bih-sa-konvencijom-savjeta-evrope-o-sprecanju-i-borbi-protiv-nasilja-nad-zenama-i-nasilja-u-porodici.>"

ДИО II: ПРАВНИ И ПОЛИТИЧКИ ОДГОВОР НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ

А) ЗАКОНСКИ ОКВИР

На питање: **"Који облици насиља су инкримисани у законодавству Републике Српске?"** двије установе нису дале одговор, а остали су се изјаснили како слиједи:

- Силовање и сексуално насиље: 70,6%
- Насиље у породици 70,6%
- Сексуално узнемиравање на радном мјесту: 70,6%
- Дјечији брак: 47,1%
- Присилни брак: 41,2%
- Насиље интимног партнера: 35,3%
- Присилна стерилизација: 35,3%
- Присилни абортус: 29,4%
- Сакаћење женских гениталија: 29,4%
- Насиље у сукобу / пост-конфликтним ситуацијама: 29,4%
- Насиље у институционалном окружењу: 23,5%
- Злочини у име чести: 23,5%
- Отмица младе: 11,8% (Напомена: овдје је коришћење недовољно прецизно дефинисаног појма у упитнику могло довести до забуне)
- Родно пристрасан полни избор у корист дјечака: 11,8% (Напомена: овдје је коришћење недовољно прецизно дефинисаног појма у упитнику могло довести до забуне)

На питање: **"Да ли постоје законске мјере како би се заштитиле жртве родно заснованог насиља?"** 88,2% испитаника одговорило је „да“, 0% „не“, а 11,8% није дало одговор.

На питање: **"Да ли законодавство предвиђа налоге за заштиту у корист оних који су преживели насиље?"** 58,9% испитаника одговорило је „да“, 5,8% „не“, а 35,3% није дало одговор.

Питање у упитнику није било јасно, јер одговор на захтјев да се наведу услови и процедуре за добијање налога није дао нико, осим што је у једном упитнику написан слиједећи коментар:

"Није јасно на шта се под „налог за заштиту“ мисли. Ако се мисли на „мандатно изрицање – на лицу мјеста“, онда је одговор на ово питање: не. Уколико се, пак, мисли на заштитне мјере, видјети одговор на претходно питање."

На питање: **"Набројте законе који регулишу одговор на родно засновано насиље?"**, набројани су: Кривични закон, Закон о заштити од насиља у породици,

Породични закон, Закон о прекршајима, Закон о социјалној заштити, Закон о здравственој заштити, Закон о бесплатној правној помоћи.

На питање: **"Свеукупно гледајући да ли су ови закони ефикасни?"**, 11,8% испитаника одговорило „да“, 11,8% „не“, 52,9% „дјелимично“, а 23,5% није дало одговор.

Б) АКЦИОНИ ПЛАНОВИ, СТРАТЕГИЈЕ ИЛИ ДРУГИ ПЛАНСКИ ДОКУМЕНТИ

На питање: **"Је ли Влада Републике Српске донијела акциони план, стратегију или неки други плански документ за борбу против насиља над женама?"** 52,9% испитаника одговорило је „да“, 0% „не“, а 47,1% није дало одговор. Сви испитаници који су дали потврдан одговор навели су да се ради о насиљу у породици, а неки су јасно нагласили да се ради о Стратегији за сузбијање насиља у породици Републике Српске (2014–2019) („Службени гласник Републике Српске“, број 63/14), уз напомену да је Влада Републике Српске предложила, а Народна скупштина Републике Српске усвојила ову Стратегију.

Сви испитаници који су дали потврдан одговор навели су да су врсте предвиђених интервенција: превенција, заштита и подршка, истрага и гоњење.

На питање: **"Да ли плански документ дефинише улогу здравственог система у реаговању на родно засновано насиље?"** 58,8% испитаника одговорило је „да“, 11,8% „не“, а 29,4% није дало одговор. Испитаници који су дали потврдан одговор набројали су: следеће мјере: бесплатна здравствена заштита, превенција, едукација, евиденција, сарадња са другим установама, упућивање на даље лијечење, упућивање у центар за социјални рад, обавјештавање полиције, а двије установе су написале да је потребно да усвоје своје смјернице и протоколе.

ДИО III: МАПИРАЊЕ РАЗЛИЧИТИХ АКТЕРА НА ПОДРУЧЈУ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА

На питање: **"Које организације које пружају опште услуге раде директно са особама које су преживјеле родно засновано насиље у Републици Српској?"** набројани су: здравствене установе и НВО, а најдетаљнији одговор гласио је: "За пружање општих услуга подршке које омогућавају опоравак од насиља надлежне су здравствене установе и установе социјалне заштите, чија мрежа чини институционални оквир за пружање заштите и подршке жртвама, која може обухватати новчану помоћ, додатак за помоћ и његу другог лица, подршку у изједначавању могућности дјецe и омладине са сметњама у развоју, смјештај у установу, збрињавање у хранитељску породицу, помоћ и његу у кући, дневно збрињавање, једнократну новчану помоћ и савјетовање.

Поред мреже здравствених установа које пружају

услуге породичне медицине и специјалистичке медицинске услуге, неопходно је поменути и центре за ментално здравље, који имају улогу у лијечењу болести овисности, а што је нарочито важно кад је присутан алкохолизам партнера.”

На питање: “Које организације, осим директних пружалаца услуга, раде на подручју родно заснованог насиља у Републици Српској?” набројани су: „Удружене жене“ Бања Лука, „Будућност“ Модрича, „Лара“ Бијељина, „Мост“ Вишеград, „Женски центар“ Требиње.

На питање: “Постоје ли мреже организација које раде на проблему родно заснованог насиља у Републици Српској?” 23,5% испитаника одговорило је „да“, 23,5% „не“, а 53% није дало одговор. Испитаници који су дали потврдан одговор, навели су да је статус тих организација: јавна установа и НВО, помоћ женама као мандат, и да раде од 2005. године.

Б) МАПИРАЊЕ СПЕЦИЈАЛИЗОВАНИХ СЛУЖБИ ЗА ПОДРШКУ ЖЕНАМА

1) Склоништа за жене

На питање: “Постоје ли у Републици Српској склоништа за жене (сигурне куће)?” 64,7% испитаника одговорило је „да“, 5,9% „не“, а 29,4% није дало одговор. 5,9% испитаника који су дали потврдан одговор, навело је да постоји једна сигурна кућа, 5,9% да постоје двије, а 88,2% три. Навели су да се налазе у Бањој Луци, Бијељини и Модричи, да је боравак бесплатан, да су им бројеви телефона заштићени, да им је главна циљна група жене жртве насиља и да им се приступа уз налог центра за социјални рад.

2) СОС телефони за жене

На питање: “Постоји ли национални СОС телефон за жене?” 58,8% испитаника одговорило је „да“, 11,8% „не“, а 29,4% није одговорило. Сви испитаници који су дали потврдан одговор навели су да је позив на телефон број 1264 бесплатан и да ради непрекидно.

На питање: “Постоји ли локални СОС телефон за жене?” 11,8% испитаника одговорило је „да“, 88,2% није одговорило. Сви испитаници који су дали потврдан одговор навели су да је позив на телефон број 080050305 бесплатан и да ради сваки дан од девет до 17 часова.

3) Програми за починиоце

На питање: “Постоје ли намјенски осмишљени програми интервенције, које проводе професионалци, а који се нуде мушкарцима – починиоцима насиља над женама?”, 29,4% испитаника одговорило је „да“,

17,6% „не“, а 53% није одговорило. Испитаници који су дали потврдан одговор објаснили да се ради о два програма који се не нуде на добровољној бази, а најдетаљнији је опис једне установе:

1) Колико их има?

Двије. Методологија спровођења ових мјера детаљно је разрађена правилницима: Правилником о начину спровођења заштитне мјере – обавезан психосоцијални третман („Службени гласник Републике Српске“, број 111/14) и Правилник о начину и мјесту спровођења заштитне мјере обавезног лијечења зависности од алкохола и опојних дрога („Службени гласник Републике Српске“, број 5/15).

2) Нуде ли се ти програми починиоцима на добровољној бази?

Да Не

У погледу програма третманског рада с учиниоцима насиља у породици, Закон о заштити од насиља у породици прописује могућност изрицања заштитних мјера обавезног психосоцијалног третмана и обавезног лијечења од зависности починиоцу насиља, коју суд изриче у случају насиља у породици“.

Међутим, чињеница је да постоје два програма који НВО нуде на добровољној бази, јер се они тако искључиво и нуде. Према поменутим правилницима, ова мјера се спроводи само у здравственој установи и суд и не може упутити на извршење у невладину организацију.

Ц) СИСТЕМ УПУЋИВАЊА

На питање: “Постоји ли систем упућивања за особе које су преживјеле родно засновано насиље у Републици Српској?”, 35,3% испитаника одговорило је „да“, 11,8% „не“, а 53% није дало одговор. Међу потврдим одговорима, најдетаљнији је сљедећи: „Општим протоколом о поступању у случајевима насиља у породици („Службени гласник Републике Српске“, број 104/13) којег су потписали у Бањој Луци, 25. новембра 2013. године, на Међународни дан борбе против родно заснованог насиља над женама, Министарство правде Републике Српске, Министарство унутрашњих послова Републике Српске, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Министарство просвјете и културе Републике Српске и Министарство породице, омладине и спорта Републике Српске, настоји се обезбиједити координисан, ефикасан и свеобухватан рад потписника у циљу тренутне помоћи, подршке и заштите жртава насиља у породици, сузбијања и спречавања понављања насиља.

На питање: “Да ли постоји систем упућивања за особе које су преживјеле родно засновано насиље на локалном нивоу?”, 35,3% испитаника одговорило је „да“, 11,8% „не“, а 53% није дало одговор. Међу потврдим одговорима, најдетаљнији је сљедећи: “До краја 2013. године, у 36 општина у Републици Српској су потписани протоколи о мултисекторској сарадњи и поступању у случајевима насиља у породици.“

На питање: **“Јесте ли већ успоставили неке контакте или радне односе са неком организацијом која ради на подручју родно заснованог насиља”,** 41,2% испитаника одговорило је „да“, 29,4% „не“, а 29,4% није дало одговор.

На питање: **“Јесте ли се састали са представницима других организација које раде на подручју родно заснованог насиља да утврдите начин на који можете сарађивати у пружању њега и подршке особама које су преживјеле родно засновано насиље?”,** 29,4% испитаника одговорило је „да“, 29,4% „не“, а 41,2% није дало одговор.

УПИТНИК ЗА АНАЛИЗУ СИТУАЦИЈЕ ОЦЈЕНА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

ДИО I: ОСНОВНИ ПОДАЦИ– ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ

На питање: **“Како се финансира здравствени систем?”,** одговори су били:

- Опште опорезивање у држави, земљи или општини: 17,6%
- Обавезно здравствено осигурање: 94,1%
- Добровољно или приватно здравствено осигурање: 41,2%
- “Out of pocket” плаћања: 23,5%
- Донације у добротворне сврхе: 29,4%
- Остало (молимо навести): републички буџет и буџет локалне самоуправе, акцизе

На питање: **“Које од следећих здравствених радника и сарадника жене или дјевојке у подручју рада ваше установе редовно посјећују?”,** одговори су били:

- Докторе породичне медицине: 94,1%
- Гинекологе/акушере: 82,4%
- Медицинске сестре-техничаре: 76,5%
- Бабице: 23,5%
- Стручњаке из области менталног здравља (психијатри, психолози...): 58,8%
- Особље у службама хитне медицинске помоћи: 76,5%
- Остало (молимо навести): према потреби сви остали специјалисти у здравственом систему, доктори стоматологије и специјалисти стоматологије, трансфузиолози, особље у лабораторијама и центрима базичне рехабилитације.

На питање: **“Да ли пацијенти морају прво да посјете доктора породичне медицине да би могли да оду код другог специјалисте?”,** сви су одговорили: “да, изузев за педијатра и гинеколога”

На питање: **“Које су неке од препрека за жене у подручју рада ваше установе за посјећивање здравственог радника?”,** одговори су били:

- Непостојање превоза: 53%
- Велика удаљеност: 47,1%
- Страх од стигматизације, страх од лоше репутације,

стид: 70,6%

- Партнер/муж/породица можда не дозвољавају жени да тражи помоћ: 23,5%
- Недостатак служби у подручју рада ваше установе: 5,9%
- Финансијска ограничења: 58,8%
- Пол (није јој дозвољено да посјети мушког доктора): 0%
- Остало (молимо наведите): нема ко да брине о дјечи у домаћинству: 5,9%

На питање: **“Постоје ли неке секторске здравствене политике, планови и/или програми за рјешавање питања родно заснованог насиља?”,** 29,4% испитаника одговорило је „да“, 47,1% „не“, а 23,5% није дало одговор.

На питање: **“Јесу ли те политике/планови/програми имплементирани?”,** 17,6% испитаника одговорило је „да“, 23,5% „не“, 5,9% “донекле”, а 41,2% није дало одговор.

На питање: **“Какве су законске обавезе пружаоца здравствених услуга у вашој земљи у вези са ситуацијама родно заснованог насиља?”,** 23,5% испитаника није дало одговор, а остали одговори су били: пружање бесплатне здравствене заштите, тајност и повјерљивост, обавјештавање МУП-а, центра за социјални рад. Најдетаљнији одговор: “Здравствена установа је дужна сазнати што више чињеница и околности везаних за повреде, односно здравствено стање жртве, осигурати адекватну атмосферу ради очувања физичког и менталног здравља жртве, пријавити сумње или сазнања о насиљу полицији, извјештавати о предузетим радњама Министарство породице у року прописаном Законом о заштити од насиља у поодици, упутити жртву на даљу обраду, уписати у медицинску документацију чињенице добијене прегледом без наплате, документовати насиље.”

На питање: **“Да ли се од пружалаца здравствених услуга захтијева да случајеве родно заснованог насиља пријављују полицији?”,** 94,1% испитаника одговорило је „да“, 0% „не“, а 5,9% није дало одговор.

На питање: **“Које је дозвољено да прикупља форензичке, писане и фотографске доказе тако да се исти могу презентовати као правно ваљани докази на суду?”,** 23,5% испитаника није дало одговор, а остали одговори су били: полиција, правосудни органи, тужилаштво, доктори...

На питање: **“С киме здравствени радници смију да дијеле информације о својим пацијентима (шта је прописано законом)?”** 5,9% испитаника није дало одговор, а остали одговори су били: полиција, тужилаштво, центар за социјални рад, чланови

породице, ни са ким без судског налога, са пацијентом, законским заступником и на захтјев суда.

ДИО II: ОДГОВОР ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

А) ПОЛИТИКЕ И ПРОТОКОЛИ

На питање: “Постоји ли писана политика и/или проткол у вашој институцији који се баве родно-заснованим насиљем?”, 29,4% испитаника одговорило „да“, 58,8% „не“, а 11,8% није дало одговор. Испитаници са потврдним одговором, на питање: “Ако постоји, који је главни фокус тог протокола?” дали су сљедеће одговоре:

Форме насиља	Интервенције
- Силовање и сексуално насиље: 17,6%	- Идентификујте симптоме родно заснованог насиља: 29,4%
- Насиље у породици: 23,5%	- Поставите питања о родно-заснованом насиљу у случају са постоји сумња: 29,4%
- Насиље интимног партнера: 17,6%	- Дајте пацијенту информације о родно-заснованом насиљу и његовим посљедицама по здравље жена: 29,4%
- Насиље које је починила особа која није партнер: 23,5%	- Створите пријатељско и повјерљиво окружење: 29,4%
- Сексуално узнемиравање на радном мјесту: 5,9%	- Њега и прегледи жртве: 29,4%
- Генитално сакаћење жена: 5,9%	- Документација о родно-заснованом насиљу: 29,4%
- Насиље у конфликтним/ постконфликтним ситуацијама: 5,9%	- Оцјена ризика и сигурносно планирање: 17,6%
- Насиље у институционалном окружењу: 5,9%	- Упућивање: 29,4%
- Присилна стерилизација	- Остало (молимо навести): координација са полицијом и центром за социјални рад
- Присилни абортус	
- Присилни брак	
- Отмица младе	
- Родно пристрасан избор пола у корист дјечака	
- Дјечији брак	
- Злочини у име части	
- Остало (молимо навести)	

На питање: “Јесу ли они доступни свом особљу?”, 17,6% испитаника одговорило је „да“, 0% „не“, а 82,4% није дало одговор.

На питање: “Постоји ли процес праћења и евалуације имплементације ових докумената и прикупљања повратних информација од оних који их примјењују?”, 29,4% испитаника одговорило је „да“, 23,5% „не“, а 47,1% није дало одговор. На питање: “Ако постоји, ко је задужен за праћење, евалуацију и прикупљање повратних информација?”, одговори су били: Центар за

ментално здравље, психијатар, координатор за питања породичног насиља (један дом здравља).

Б) ЈАЧАЊЕ КАПАЦИТЕТА ОСОБЉА О РОДНО ЗАСНОВАНОМ НАСИЉУ

На питање: “Да ли је установа дистрибуисала писане информације о правним питањима (нпр. правила повјерљивости, закони који инкриминишу родно засновано насиље) свим члановима особља?”, 0% испитаника одговорило је „да“, 47,1% „не“, а 52,9% није дало одговор. Нико није одговорио на питање: “Ако није објасните зашто?”.

На питање: “Да ли је ваша установа уложила неке напоре на сензибилизацији руководства по питању родно заснованог насиља као питања које се тиче јавног здравства и људских права?”, 41,2% испитаника одговорило је „да“, 35,3% „не“, а 23,5% није дало одговор. На питање: “Ако јесте, молим Вас опишите”, наведено је: протоколи и правилници у установи.

На питање: “Да ли ваша установа пружа обуке особљу из области родно заснованог насиља, равноправности полова и људских права?”, 29,4% испитаника одговорило је „да“, 53% „не“, а 17,6% није дало одговор. На питање: “Ако је одговор „да“, које су главне теме обуке?”, није било одговора.

На питање: “Да ли ове обуке пружају и теоретско знање и практичне вјештине за идентификацију, преглед, лијечење и пружање њега женама које су преживјеле родно засновано насиље?”, 23,5% испитаника одговорило је „да“, 17,6% „не“, а 58,8% није дало одговор.

На питање: “Која је била циљна група ове обуке?”, одговори су били:

- доктори породичне медицине: 29,4%
- гинеколози / акушери: 17,6%
- медицинске сестре-техничари: 23,5%
- бабице: 5,9%
- стручњаци из области менталног здравља (психијатри, психолози...): 23,5%
- особље у службама хитне медицинске помоћи: 23,5%
- Остало (молимо навести): педијатри, хирурзи, социјални радници, правници, стоматолози, једна установа је навела: „сви запослени“.

На питање: “Да ли је та обука била само за здравствене стручњаке или мулти-дисциплинарне стручњаке?”, 17,6% је одговорило само за здравствене раднике, 11,8% за мултидисциплинарне, а 70,6% није дало одговор.

На питање: “Колико је трајала ова обука?”, одговори су

били: један дан, три дана и пет дана.

На питање: **“Да ли је то био једнократни догађај или се ове обуке редовно одржавају?”**, 17,6% је одговорило једнократно, 11,8% редовно, а 70,6% није дало одговор.

На питање: **“Ко пружа обуку?”**, одговори су били:
 - здравствени професионалци из установа: 11,8%
 - екстерни здравствени професионалци: 11,8%
 - екстерни експерти који раде на родно-заснованом насиљу (молимо навести): 11,8% психолози, правници, социолози
 - Остало (молимо навести): 0%

На питање: **“Јесте ли идентификовали појединце и/или организације које би могле подржати ваше напоре у сензибилизацији и обуци пружаоца здравствених услуга о питањима везаним за родно засновано насиље?”**, 29,4% испитаника одговорило „да“, 29,4% „не“, а 41,2% није дало одговор.

На питање: **“Чак и ако ваша установа не пружа обуке, је ли ико од вашег особља на неки други начин прошао обуку о родно-заснованом насиљу?”**, 58,8% испитаника одговорило је „да“, 29,4% „не“, а 11,8% није дало одговор. На питање: **“Ако јесте, наведите те чланове особља (они су потенцијални експерти за даље обуке),”** наведени су: психолози, социјални радници, особље центра за ментално здравље, доктори породичне медицине.

Ц) ОДГОВОРИ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСОБЉА НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ

1) Обезбјеђивање сигурности

На питање: **“Да ли медицинско особље ради сигурносно планирање са преживјелим женама?”**, 41,2% испитаника одговорило је „да“, 41,2% „не“, а 11,8% није дало одговор.

На питање: **“Зна ли ваше медицинско особље за мјере заштите које постоје по законима ваше земље?”**, 70,6% испитаника одговорило је „да“, 17,6% „не“, а 11,8% није дало одговор.

2) Осигурање околине која пружа подршку и уважавање и поштује достојанство пацијента

На питање: **“Да ли медицинско особље пита своје пацијенте о родно-заснованом насиљу када сумња да су те особе преживјеле такво насиље?”**, 82,4% испитаника одговорило је „да“, 11,8% „не“, а 5,8% није дало одговор.

На питање: **“Да ли медицинско особље добија обуке о начину на који треба да комуницира са особама**

које су преживјеле родно засновано насиље?”, 29,4% испитаника одговорило је „да“, 53% „не“, а 17,6% није дало одговор.

3) Осигуравање приватности и повјерљивости

На питање: **“Која правила важе у вашој установи у вези приватности и повјерљивости?”**, 17,6% испитаника није дало одговор, а остали одговори су били: она која су одређена законом, писане процедуре, интерно упутство; једна установа је написала: Политика безбједности информација и писана упутства о чувању и заштити повјерљивих информација и података о пацијентима.

На питање: **“Са ким је медицинском особљу дозвољено да дијели информације о пацијенту?”**, одговори су били: законски старалац или овлашћени члан породице, субјекти заштите, здравствени професионалци, чланови породице.

На питање: **“Да ли здравствена установа има довољно простора да осигура приватност разговора, прегледа и сл.?”**, 94,1% испитаника одговорило је „да“, 5,9% „не“.

На питање: **“Може ли се пацијент примити у неком другом простору?”**, 70,6% испитаника одговорило је „да“, 5,9% „не“, а 23,5% није дало одговор.

На питање: **“Да ли је и другим особама дозвољено да буду у просторији за разговор и преглед (партнер, супруг, мала дјеца или друга родбина)?”**, 58,8% испитаника одговорило је „да“ (уз објашњење: родитељ малолетног дјетета, старалац, законски заступник, 29,4% испитаника одговорило је: „не без сагласности пацијента“, а 11,8% није дало одговор.

На питање: **“Да ли је медицинска документација и евиденција похрањена на сигурном мјесту?”**, 94,1% испитаника одговорило је „да“, 0% „не“, а 5,9% није дало одговор.

На питање: **“Које особље има приступ медицинској документацији и евиденцији?”**, 17,6% испитаника није дало одговор, а остали одговори су били: доктори, тимови, медицинско особље, овлаштено особље. Једна установа је навела: “Ограничен приступ – електронска документација доступна преко шифри у Клиничком информационом систему; а писана документација под кључем – доступна доктору и осталим члановима медицинских тимова.”

4) Осигуравање оснаживања самосталности и учешћа пацијента

На питање: **“Постоје ли у чекаоницама изложени писани документи којима се пацијенти обавјештавају о родно заснованом насиљу, као нпр. брошуре или**

постери?”, 82,5% испитаника одговорило је „да“, а 23,5% „не“.

На питање: **“Да ли медицинско особље у вашој установи има списак организација којима може упутити особе које су преживјеле родно засновано насиље?”**, 53% испитаника одговорило је „да“, 41,2% „не“, а 5,8% није дало одговор.

5) Упућивања

На питање: **“Да ли медицинско особље упућује особе које су преживјеле родно засновано насиље некој другој организацији?”**, 82,5% испитаника одговорило је „да“, 0% „не“, а 23,5% није дало одговор. На питање: **“Ако упућује, којој организацији /организацијама?”**, одговори су били: центри за ментално здравље, болнице, центри за социјални рад, невладине организације, сигурне куће у Републици Српској.

8. СМЈЕРНИЦЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ РАДНИКЕ У ЈАЧАЊУ ОДГОВОРА ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ

РЗН је проблем јавног здравства, са значајним утицајем на физичко, психичко и сексуално здравље жена и дјевојака. То утиче на жене током цијелог животног циклуса, те је важан узрок повреда, инвалидности и смрти међу женама.

Здравствени радници су често прва контакт тачка за жене које су преживјеле насиље. Дословно скоро свака жена користи систем здравствене заштите у неком тренутку у свом животу – било да се ради о редовној здравственој заштити, трудноћи и порођају, болести, повреди или њези дјеце или старијих особа (Национална скупштина за Wales, 2001). За жене жртве насиља интимног партнера које преживљавају изолацију и контролу од стране насилног партнера, здравствени радници можда су и једина контакт тачка. Здравствени радници уживају велики степен повјерења међу женама као стручњаци којима оне откривају злостављање. Осим тога, статистике показују да жене које су преживјеле насиље чешће користе здравствене услуге од оних које нису преживјеле насиље (СЗО 2013). **С обзиром на специфичан однос здравствених радника према пацијентима – жртвама родно заснованог насиља њихова улога у спречавању и сузбијању свих облика родно заснованог насиља је изузетна. Препознаје је и законодавац, који је у члану 12. Закона о заштити од насиља у породици предвиђа обавезу пријављивања насиља у породици одмах након сазнања да је оно почињено или ако постоје основи сумње да је почињено, не само за здравствене установе као субјекте заштите од насиља у породици, већ и за све запослене у здравственим установама. При том, доктори и други запослени у здравственим установама дужни су да пријаве и свако друго кривично дјело за које сазнају у вршењу своје професије. Обавеза пријављивања кривичног дјела произилази из одредаба члана 221. и 222. Закона о кривичном поступку Републике Српске. Тиме неће бити нарушено право пацијента на повјерљивост личних информација које предвиђа Закон о здравственој заштити, јер доктор те податке открива на основу обавезе предвиђене законом. Поред тога, откривањем таквих података доктор не врши кривично дјело одавање професионалне тајне из члана 173. Кривичног закона Републике Српске, јер се тајна открива у општем интересу који је претежнији од интереса чувања тајне.**

Судска медицина игра важну улогу у прикупљању доказа за подршку кривичном процесуирању учиниоца, посебно кроз евидентирање историјата напада, обављање медицинских и психолошких прегледа, различитих лабораторијских налаза и документовање повреда.

Познавање личне ситуације сваке жене, пацијенткиње, у контексту насиља може помоћи у дијагностиковању и лијечењу многих стања, као што су хронична бол или рекурентне полно преносиве болести (IPPF 2010).

Одговор на РЗН може побољшати укупни квалитет здравствене заштите. Према подацима Међународне федерације планираног родитељства (IPPF), интензивирање одговора здравства на РЗН води до свеукупно бољег квалитета заштите, промовише приватност и повјерљивост, повећава поштовање женских права и подстиче интегрисану и свеобухватну визију здравља жена (IPPF 2010).

Едукација здравствених радника и сарадника у сфери РЗН је важна. Када здравствени радници не траже или не препознају симптоме РЗН, могућа је погрешна дијагностика или неадекватна помоћ. Здравствени радници могу несвјесно узроковати штету изражавањем негативних ставова према силованом пацијенту или говорећи о повредама жена тако да разговор чује насилни партнер који чека изван ординације (IPPF 2010).

Кроз медицинско усавршавање и образовање, уважава се традиционална улога пружалаца здравствених услуга као: “дијагностиковање и лијечење пацијента” (UNFPA 2001). Међутим, овај приступ досеже своје границе када је ријеч о пружању заштите и подршке потрбне жртвама РЗН. Дакле, пружаоци здравствених услуга, уз институционалну подршку здравствених установа, треба да преиспитају своју улогу и примијене шире схватање медицинске заштите, која обухвата “дијагностиковање, лијечење, третирање, превенцију, или уклањање било које физичке, менталне или емоционалне болести појединца” (Civic Research Institute 2000, цитирано у UNFPA 2001). Овај шири приступ медицинској заштити може послужити за побољшање процеса идентификације РЗН, те помоћи жртвама да затраже потребну помоћ у рјешавању здравствених посљедица насиља (UNFPA 2001).

8.1. УЛОГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У ОДГОВОРУ НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ

Важно је имати на уму да важну улогу у препознавању и одговору на РЗН немају само доктори. Дакле, стручно усавршавање и друге напоре на интензивирању одговора здравственог система на РЗН треба усмјерити и на медицинске сестре/техничаре и физиотерапеуте, који с пацијентом вјероватно проводе и више времена него доктори. Жртве некада радије разговарају са здравственим сарадницима, клиничким социјалним радницима и пријемним особљем. Пријемно и административно особље може упозорити докторе и медицинске сестре/техничаре на проблеме уколико очи одређено понашање у чекаоници или приликом заказивања прегледа, при чему сумњају на РЗН (Johnson 2010).

Сљедећа листа садржи преглед кључних елемената улоге здравственог особља у одговору на РЗН:

- »» разумијевање симптома РЗН,
- »» осигуравање информација за пацијента о РЗН и његовим посљедицама по здравље жене,
- »» постављање питања о РЗН у случају клиничких симптома који указују на могуће искуство РЗН,
- »» стварање пријатног и повјерљивог окружења, слушање пацијента и пружање потврђујућих порука,

- »» узимање анамнезе и вршење прегледа,
 - »» пружање одговарајуће медицинске и психолошке помоћи,
 - »» документовање здравствених посљедица РЗН,
 - »» информисање пацијента и упућивање другим пружаоцима услуга, по потреби (попут специјализованих женских склоништа, кризних центара),
 - »» подршка пацијенту у планирању заштите,
 - »» осигуравање додатне његе (праћење).
- Руководство здравствених установа одговорно је за осигуравање институционалног оквира који здравственим радницима омогућава да испуне своју улогу.

Конкретно, то укључује сљедеће:

- увођење писаних смјерница и протокола о начину рада са случајевима РЗН, упознавање свих запослених са овим смјерницама и протоколима, као и процедурама за спровођење смјерница у свакодневном раду (WAVE 2006). У табели 3. наведене су врсте клиничких политика и протокола који се препоручују здравственим установама.

ВРСТА ПОЛИТИКЕ ИЛИ ПРОТОКОЛА	ЗНАЧАЈ И САДРЖАЈ Ж ПОЛИТИКЕ ИЛИ ПРОТОКОЛА
Политика против сексуалног узнемиравања	<p>Свака здравствена установа треба имати писану политику која забрањује сексуално узнемиравање пацијената и запосленика од стране других запосленика. Политика треба да прецизира:</p> <ul style="list-style-type: none"> • забрањене поступке, • дефиницију полног узнемиравања, • поступке за пријављивање случајева сексуалног узнемиравања, и • посљедице кршења политика. <p>Здравствена установа неће моћи адекватно ријешити питање РЗН уколико не обезбиди поштовање права својих запосленика и пацијената. Политика против сексуалног узнемиравања садржи јасну процедуру поступања у случају непоштовања</p>
Политике и протоколи за заштиту приватности и повјерљивости информација о пацијенту	<p>Здравствена установа треба да има писане политике, у којима се наводи начин заштите приватности и повјерљивост информација о пацијенту. Између осталог, у овим политикама разматрају се сљедећа питања:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гдје у установи и под којим околностима је запосленицима дозвољено да разговарају о пацијенту разговарају са колегама или пацијентом, • околности под којима пружаоци услуга информације о пацијенту смију открити другим особама, укључујући и чланове породице, • повјерљивост медицинске документације, • да ли су пружаоци услуга дужни добити пристанак родитеља за одређене услуге, и • да ли је адолесцентима дозвољено да личне и повјерљиве медицинске податке не откривају родитељима.
Протоколи за поступање у случају насиља над женама, укључујући сексуално злостављање и силовање	<p>У идеалном случају, здравствена установа има протокол за збрињавање жена које су доживјеле РЗН, укључујући и силовање. Овај протокол пружаоцу услуге може помоћи адекватно реагују, на брижан начин и уз подршку збрину жену, уз поштовање њених законских права. У случајевима сексуалног насиља, протокол би требао укључивати смјернице о пружању хитне контрацепције и тестирања на полно преносиве болести. Такви протоколи могу повећати шансе да ће жене имати адекватан третман, посебно када здравствени радници имају заблуде о питањима као што су сексуално злостављање, хитна контрацепција и полно преносиве инфекције.</p>
Протоколи за управљање у опасним и кризним ситуацијама	<p>Здравствене установе које желе унаприједити свој одговор на питање насиља над женама требају развити протоколе за бригу о женама које су у кризним и високоризичним ситуацијама. То укључује пацијенте код којих је процијењени ризик од самоубиства, убиства и повреда висок или су у екстремној емоционалној опасности. Протокол за ризичне и кризне ситуације треба да садржи сљедећа упутства:</p> <ul style="list-style-type: none"> • како препознати факторе ризика, • како осигурати да жене добију основну помоћ, и • ко пружа психолошко савјетовање и планирање заштите.

Табела 3: Врсте клиничких политика и протокола који се препоручују здравственим установама
Пренесено из: UNFPA и WAVE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package" -
Извор: IPPF 2010

- **Осигуравање подршке руководства са врха на бази (енг. top-down), укључујући и финансијске подршке** ради обезбјеђивања дугорочне одрживости напора на интеграцији РЗН у одговоре здравственог система (С30 2013).

- **Промовисање начела људских права и недискриминације у пружању услуга** за жене и дјевојчице. Услуге морају бити прихватљиве, што значи да се "пружају тако да се води рачуна о томе да жена дâ пристанак као обавијештена страна, да се поштује њено достојанство, гарантује повјерљивост и сензибилност на потребе и перспективе". То значи да су развијени системи, процеси и услуге, и да се спроводе и евалуирају на темељу потребе и жеља жене или дјевојке којој се пружа заштита (CEDAW ГП 24).

- **Обезбјеђивање адекватне инфраструктуре ради обезбјеђивања приватности, сигурности и повјерљивости**, нпр. осигуравањем приватне просторије за консултације, код захтјева да се консултације одрже без присуства партнера, увођење система за повјерљиво вођење евиденције или инструкције здравственим радницима за информисање пацијента о законским ограничењима у погледу повјерљивости података, уколико постоје (UNFPA 2001).

- **Сензибилизација особља и изградња њихових вјештина, тј. препознавање** и одговор на РЗН, с циљем да се створи клима у "о РЗН овдје може говорити". Стручно усавршавање треба да се организује за све раднике. Осим побољшања практичних клиничких вјештина, као што су препознавање знакова РЗН или документовање повреда, здравствени радници такође треба да схвате појам РЗН, као и специфичан локални контекст, на примјер: ставове локалне заједнице према РЗН или ријечи које се користе када се говори о РЗН (UNFPA 2001). Програме усавршавања не треба организовати изоловано, него заједно с другим промјенама у систему заштите и путевима упућивања (Lo Fo Wong и сар. 2006, Garg и сар. 2006, све цитирано у С30 2013). У рубрици 3. сажете су смјернице С30 за стручно усавршавање пружалаца здравствених услуга.

Здравствени радници и сарадници треба да пробу кроз стручну обуку на тему насиља интимног партнера и сексуалног насиља над женама. На стручним семинарима:

- говори се о подршци прве линије пацијентима који су преживјели насиље;
- здравствени радници стичу одговарајуће вјештине, на примјер: када и како поставити питања о насиљу, како препознати насиље и клинички збринуту жртву, те како водити прикупљање форензичких доказа по потреби;
- здравствени радници и сарадници стичу основна знања о насиљу и релевантним законима, постојећим службама подршке, непримјереним ставовима здравствених радника (нпр. окривљавање жене за насиље), и размјењују

власита искуства насиља;

- проблем насиља интимног партнера и сексуалног насиља интегрисан је у програм обуке с обзиром на тематска преклапања ових питања и ограничене расположиве ресурса; и

- обухватају се различити аспекти одговора на насиље, као што су: идентификација, процјена заштите и планирање, комуникација и клиничке вјештине, документовање и обезбјеђивање рефералних путева.

Рубрика 3: Смјернице С30 за стручно усавршавање пружалаца здравствених услуга

Пренесено из: UNFPA и WAVE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package"

- **Писани информативни материјали за здравствене раднике и сараднике и пацијенте**, као што су контролне листе за докторе и медицинске сестре/техничаре са прегледом корака у интервјуу, леци или информативни листићи у којима су наведена законска права и услуге, истицање постера на тему РЗН у чекаоницама, просторијама за консултације или тоалетима (UNFPA 2001, С30 2013) или именик пружалаца услуга којима пацијент може бити упућен.

- **Подршка здравственим радницима у збрињавању жртве** (С30 2013). Рад са жртвама РЗН је емоционално тежак. Здравствени радници некада доживљавају жртве РЗН као тешке, пасивне и зависне пацијенте који се увијек враћају насилном партнеру. Честа осјећања, попут бриге за безбједност и стање пацијента, страх од насилника и бојазан за себе и породицу или ранија власита искуства насиља могу довести до исцрпљености, па чак и трауме код пружаоца здравствене заштите. Како би здравственим радницима помогле да заштите себе и да се носе с тешким ситуацијама, здравствене установе треба да организују обуку за особље на тему динамике и посљедицама РЗН, као и програма превенције сагоријевања на послу (Perttu и сар. 2006).

- **Умрежавање и изградња механизма сарадње с другим институцијама, установама и организацијама које раде на истом проблему, с циљем осигуравања мултисекторског, координисаног одговора.** Као дио укупног рефералног механизма, могуће је укључити и друге докторе или здравствене установе у истој заједници, полицију, социјалне или психосоцијалне службе, женска склоништа (сигурне куће) или кризне центре. Умрежавање и изградња механизма сарадње могу допринијети повећању ефикасности у пружању услуга. Друге институције, установе и организације могу постати партнери којима се пацијенти упућују, а заједнички рад може помоћи да се пацијенту омогући најбоља могућа подршка без дуплирања услуга. Овакав вид умрежавања представља форум за размјену

знања и инструмената које други партнери користе у свом раду. Такође се могу користити у заједничком залагању за увођење позитивних промјена постојећих или усвајање нових закона и политика. Протоколи су ефективно средство за прецизирање улога и одговорности различитих институција, установа и организација у садејству, као и процедура за интервенције и упућивање (UNFPA 2001, СЗО 2013).
- Увођење система за праћење и оцјену утицаја интервенција са циљем бољег одговора установе на РЗН (СЗО 2013). Праћење и оцјена представљају важан аспект осигуравања квалитета у пружању услуга, гдје се обезбјеђује одговорност пружалаца услуга према

корисницима, установи у којој раде и друштву у цјелини (WAVE 2006).

У табели 4. дат је преглед кључних елементи квалитета здравствене заштите за жене жртве родно заснованог насиља.

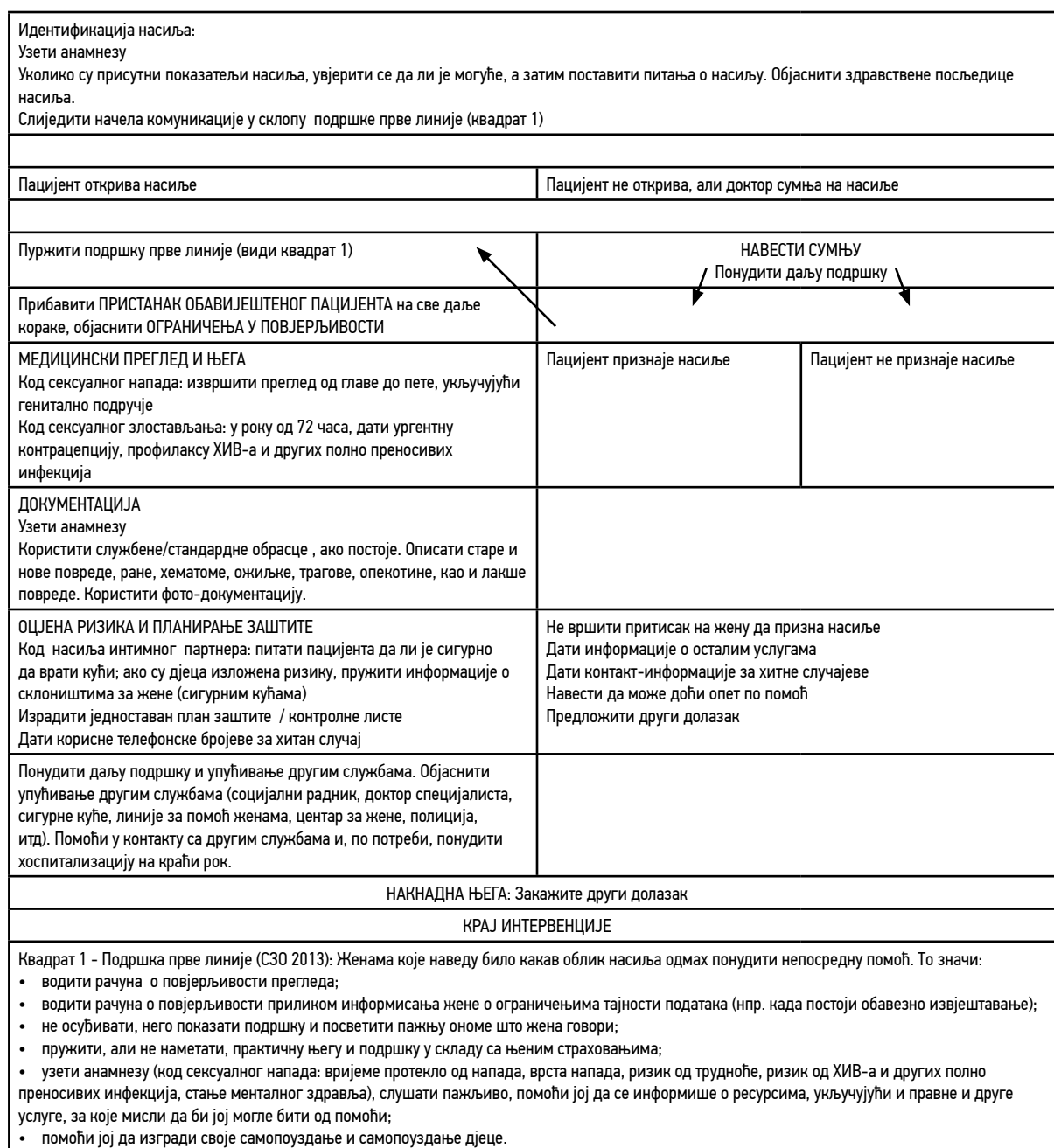
КЉУЧНИ ЕЛЕМЕНТИ	ЗНАЧАЈ ЕЛЕМЕНТА
Институционалне вриједности и посвећеност	Вриједности, мисија и укупна преданост институција, установа и организација могу имати огроман утицај на професионалну културу пружања услуга на првој линији код било које институције, установе и организације. Неисе и други сматрају да ће здравствене службе најефикасније одговорити на насиље над женама ако се цијела установа посвети том питању ("системски приступ"), а не само здравствени радници понаособ. У идеалном случају, руководство треба бити свјесно родно заснованог насиља као проблема јавног здравља и кршења људских права, те изразити подршку напорима да се постигне бољи одговор здравствене установе на насиље.
Савези и мреже упућивања	Прије него што подстакну особље да разговарају са пацијентима о насиљу, здравствене установе имају обавезу да се упознају са установама у локалној заједници којима могу упутити пацијенте и ту информацију преточе у практичан инструмент. Мреже и савези са другим организацијама важни су и из других разлога. На примјер: омогућавају здравственом сектору да учествује у дебати о широј политици информисања о насиљу над женама као јвноздравственом проблему.
Приватност и повјерљивост	Приватност и повјерљивост су од суштинског значаја за сигурност жена у здравственим установама с обзиром на то да здравствени радници могу угрозити сигурност жена ако осјетљиве информације подијеле са партнерима, члановима породице или пријатељима без пристанка жене. Непоштовање повјерљивости података о трудноћи, силовању, контрацепцији, HIV статусу, абортусу, или историји сексуалног злостављања може довести жени у ризик и изложити је додатном емоционалном, физичком или сексуалном насиљу. Осим тога, жена која је претрпјела насиље мора бити заштићена како би здравственим радницима могла да говори о преживљеном искуству без страха од освете починоца. Да би се заштитила повјерљивост и приватност, здравствене установе морају да имају адекватну инфраструктуру и проток пацијената, као и јасне политике у којима се наводи када и гдје је здравственим радницима дозвољено да разговарају о осјетљивим информацијама.
Познавање републичког законодавства и локалних политика, програма и мјера	Упознавањем са законима који се односе на РЗН, здравственим радницима и сарадницима омогућава да жену информишу о њеним правима и ублаже њену забринутост у погледу покретања поступка након пријаве насиља. И руководство и здравствени радници морају бити упознати са важећим републичким законима и правилницима о родно заснованом насиљу; између осталог, морају познавати шта се тачно сматра кривичним дјелом или прекршајем, како сачувати форензичке доказе, која су права жртве у погледу пријаве учиниоца и заштите од будућег насиља, те које кораке може да предузме како би се ослободила насилног партнера. Исто тако, једнако је важно познавати локалне политике и стратешке документе из ове области. Здравствени радници морају познавати своје законске обавезе, укључујући обавезно пријављивање надлежним органима, и прописе којима је уређен приступ медицинској документацији (на примјер: да ли родитељи имају право на приступ медицинској документацији адолесцента).

Континуирана сензибилизација и усавршавање здравствених радника и сарадника	Ставови здравствених радника и сарадника, знања и вјештине могу имати велики утицај на квалитет заштите. Здравствени радници који неадекватно одреагују на пријављено физичко или сексуално насиље могу нанијети велику емотивну штету пацијенту ако га, на примјер, осуђују или криве. Осим тога, здравствени радници који приликом савјетовања жене о контрацепцији, сексуално преносивим инфекцијама или другим здравственим питањима не узимају у обзир могуће насиље мање су ефикасни. Непознавање веза између здравља и насиља може довести до погрешне дијагнозе одређених стања и занемаривања ризика са којима се неке жене суочавају. Свака установа мора одредити свој ниво сензибилизације и обуке. У најмању руку, особље треба бити свјесно здравствене димензије насиља, треба познавати основна људска права и позитивне правне прописе из ове области. Здравствени радници морају бити устању да саосјећајно одговоре на потребе жртве и збрину жену у кризи.
Протоколи за збрињавање жртава насиља	Протоколи за идентификацију, збрињавање и упућивање жртава РЗН су инструменти од кључног значаја за здравствене установе. Израда протокола уз шире учешће запослених омогућава да се до најбољег начина унапређења одговора здравства у лошој финансијској ситуацији дође кроз дијалог. Писани протоколи надхват руке здравственим радницима могу помоћи да одреагују на одговарајући начин. Осим тога, докази из праксе указују на то да јасне политике и протоколи смањују ризик да ће пацијенту бити нанесена штета због негативних ставова здравствених радника.
Ургентна контрацепција и друга средства	Ургентна контрацепција је важна када се ради о жени која је доживјела силовање или други облик присилног секса без заштите. Истраживања показују да жене које живе у физички насилном односу и често доживљавају сексуално насиље имају проблем са контрацепцијом и код њих се јавља већа стопа нежељене трудноће у односу на жене које нису изложене насиљу. Здравствене установе треба да обезбиједје ургентну контрацепцију.
Информативни и едукативни материјали	Материјал о родно заснованом насиљу (на примјер, у облику постера, летака и картица) у здравственој установи један је од важних начина на који установа може да покаже одређеност за борбу против насиља. Овај материјал може подићи свијест о проблему, информисати пацијенте о неприхватљивости РЗН и упознати жене са њиховим правима и локалним службама којима се могу обратити за помоћ.
Медицинска документација, евиденција и информациони системи	Информациони системи играју важну улогу у одговору на насиље, и то на неколико начина. На примјер: здравствене установе имају обавезу да здравствени раднике упуте у начин евидентирања осјетљивих информација о случајевима РЗН. Документовање информација о насиљу и вођење медицинске евиденције важно је за комплетирање здравственог картона жртве, а у неким случајевима може служити као доказ у будућем судском поступку. У циљу заштите сигурности и благостања жене, медицинску документацију треба чувати на сигурном мјесту. Информациони системи су такође важни за праћење рада здравствене установе на подручју РЗН. На примјер: здравствене организације могу водити статистичке податке о пруженим услугама идентификованим жртвама насиља, а те информације могу помоћи да се утврди ниво потребе за другим услугама.
Праћење и оцјењивање	Праћење и оцјењивање квалитета заштите је још један важан начин да се обезбиједи адекватан одговор здравствених установе на РЗН. Управа добија повратне информације од здравствених радника и тако идентификује проблеме и начине унапређења рада. Информације које дају жене жртве насиља могу бити кључне за успјешно конципирање здравствених услуга.
Редовна размјена информација између здравствених радника и управе	Пракса је показала неопходност сталног дијалога руководиоца и здравствених радника са прве линије. Из искуства IPPF/WHO, промјене уведене у установу заживјеле би када су здравствени радници могли да учествују у доношењу одлука и унапређењу пошто су промјене тако реализоване у пракси. Здравствени радници су често прва степенница у процесу упућивања и непостојање формалног система за праћење жена које су пријавиле насиље може изазвати незадовољство.

Табела 4: Кључни елементи квалитета здравствене заштите за жене жртве родно заснованог насиља Извор: UNFPA и WAVE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package", Anex 1

8.2. КОРАЦИ ЕФЕКТИВНОГ ОДГОВОРА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ

Дијаграм 1. илуструје могући слијед различитих интервентних корака у одговору здравственог система на родно засновано насиље, на темељу међународних примјера. У свакодневној пракси, здравствени радници морају слиједити све протоколе и смјернице своје земље и здравствене установе.



Дијаграм 1

Извор: UNFPA и WABE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package", Anex 2

8.3. ФОРЕНЗИЧКИ ПРЕГЛЕД И ОБЕЗБЈЕЂИВАЊЕ ДОКАЗА НА СУДУ

Форензички преглед дефинише се као “медицински преглед у сврху будућих поступака пред судом за које је потребно медицинско мишљење”. Примарни циљ форензичког прегледа је прикупљање доказа о повезаности појединаца и/или појединаца и објеката или мјеста (СЗО, 2003). У свим случајевима РЗН, почињен је прекршај или кривично дјело, па се, као и у свакој другој истрази, морају поштовати начела узимања узорака, како слиједи:

»» узорке узети пажљиво, избјегавајући контаминацију;
 »» узорке узети што је прије могуће (вриједност доказног материјала драстично се смањује 72 часа након напада);

»» исправно означити све узорке;

»» посушити све мокре узорке;

»» водити рачуна да су узорци сигурни и заштићени од непрописног руковања;

»» одржавати континуитет; и

»» документовати узимање узорака и поступке руковања. (СЗО 2003).

Здравствени радници морају познавати могућности и потребе форензичких лабораторија; нема сврхе узимати узорке који не могу бити анализирани (СЗО, 2003).

Прилог 4. садржи образац СЗО за документовање сексуалног насиља.

Здравствени радници могу бити позвани да дају исказ, било у облику писаног извјештаја или као свједоци на суду. Дакле, од њих се очекује (СЗО 1999, цитирано у СЗО 2003):

»» да буду на располагању;

»» да буду упознати с основним начелима и праксом правног система, обавезама учесника у систему, а посебно својим обавезама и обавезама полиције, јер се односе на њихову надлежност;

»» да врше основана клиничка запажања, која ће представљати основу за разумну процјену и вјештачење; и

»» да поуздано узму узорке од жртве (правилна анализа форензичких узорака даће резултате који се могу користити као доказ у истрази и процесуирању).

Истовремено, здравствени радници морају бити свјесни сљедећих замки и потенцијално проблематичних подручја:

»» давање мишљења које је на самој граници, или излази изван граница стручних знања свједока;

»» давање мишљења на основу погрешних претпоставки и непотпуно утврђеног чињеничног стања;

»» давање мишљења на темељу непотпуних или неадекватних научних или медицинских анализа; и
 »» давање мишљења које је свјесно или несвјесно пристрасно, у корист једне или друге стране у поступку (СЗО, 2003).

Приликом писања извјештаја или давања доказа на суду, од изузетне важности је да здравствени радник истинито и непристрасно пренесе оно што је уочио или закључио, те да уравнотежено протумачи налазе (СЗО 2003). Смјернице за писање извјештаја и давање доказа дате су у табели 4.

ПИСАЊЕ ИЗВЈЕШТАЈА	СВЈЕДОЧЕЊЕ
1. Објаснити шта је речено и уочено.	1. Припремити се.
2. Користити прецизну терминологију.	2. Пажљиво слушати.
3. Сачувати објективност.	3. Говорити разговјетно.
4. Држати се свог стручног подручја.	4. Користити једноставан и прецизан језик.
5. Одвојити чињенице и мишљење.	5. Држати се свог стручног подручја.
6. Водити рачуна о појединостима свих узетих узорака.	6. Одвојите чињенице и мишљење.
7. Навести само чињенице које се могу поновити под заклетвом на суду.	7. Задржати непристрасност.

Табела 4: Пружање доказа у случајевима сексуалног насиља: Смјернице за здравствене раднике Пренесено из: UNFPA и WAVE “Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package” - Извор: СЗО 2003

8.4. ДЕФИНИСАЊЕ РЕФЕРАЛНИХ ПУТЕВА ИНТЕГРИСАНИХ У ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

8.4.1. ДЕФИНИЦИЈА РЕФЕРАЛНОГ СИСТЕМА

Жртве које су преживјеле РЗН имају вишеструке и комплексне потребе. То укључује и медицинску његу, сигуран смјештај, психосоцијално савјетовање, полицијску заштиту и/или правни савјет. С обзиром да је скоро немогуће да једна институција, установа или организација пружи све услуге одговарајућег квалитета и специјализације, мултисекторски одговор који координише пружање услуга од стране свих релевантних пружаоца услуга помаже осигуравању доступности свеобухватне подршке за жртве РЗН. Реферални систем може се дефинисати као свеобухватни институционални оквир који повезује различите субјекте с добро дефинисаним и утврђеним (иако се у неким случајевима преклапају) мандатом, одговорностима и овлаштењима у мрежи сарадње, с општим циљем осигуравања заштите и помоћи жртвама, као помоћ у њиховом потпуном опоравку и оснаживању, превенцији РЗН и процесуирању починиоца. Да би сарадња међу судионицима почивала на одрживом структурама, а не зависила од ангажовања посвећених појединаца, рад рефералних механизма треба бити утемељен у законима или стандардизованим протоколима, који дефинишу улоге и одговорности свих укључених институција, установа и организација.

Реферални систем жртви омогућава свеобухватну и специјализовану заштиту и подршку прилагођену њеним индивидуалним потребама. Из перспективе здравствених радника, дефинисање јасних и једноставних рефералних путева

»»**може им олакшати свакодневни рад**, јер могу рачунати на подршку осталих институција, установе или организација као рефералних партнера;

»»**може им повећати самопоуздање приликом разговора са пацијентом**,

»»**омогућава им адекватно поступање код препознавања РЗН**, мада треба имати у виду да је услов за то постојање система упућивања жртава другим службама У пракси, здравствени радници, с обзиром на ограничено вријеме и ресурсе могу сматрати да је поступак упућивања пацијената који су преживјели РЗН компликован и временски захтјеван. Тада РЗН треба приступити као и било ком другом здравственом проблему у оквиру редовног рада у смислу анализе, дијагностике и упућивања на

специјалистички ниво.

У ефективном рефералном систему, здравствени радници:

»»**могу да препознају и једноставно утврде РЗН и пружити подршку прве линије;**

»»**могу да процијене индивидуалну ситуацију и потребе пацијента**, а посебно опасност од даљег насиља или ескалације, те адекватно упуте пацијента. Уколико је процијењени ризик висок, жртви је потребна хитна интервенција, нпр. медицинска или психолошка подршка и/или смјештај у склониште (сигурну кућу), о чему одлучује надлежни центар за социјални рад. Ако процијењени ризик није висок, упућивање другој социјалној, психолошкој или правној служби може бити одговарајуће рјешење.

»»**познају постојећи реферални систем и услуге, те помажу пацијенту да дође до најбоље опције**. У том смислу, здравствени радници треба да имају контакт-податке надлежних институција, посебно склоништа и полиције. Користан је и именик рефералних институција.

»»**познају домаћи правни оквир за РЗН**, укључујући дефиниције релевантних кривичних дјела, постојеће мјере заштите и све обавеза пријављивања.

»»**прибављају пристанак жртве прије достављања информација** другим службама и слиједи поступак који штити приватност жртве.

НА НИВОУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА, ПРЕДНОСТИ ЕФИКАСНОГ УПУЋИВАЊА су сљедеће:

»»**континуирана изградња капацитета здравствених радника са циљем ефикасног упућивања реферали и пружања услуга**. Заједнички стручни семинари са другим ресорима могу бити први корак ка успостављању сарадње у раду, као и развој и одржавање капацитета за пружање услуга и ефикасно упућивање.¹

»»**координисан механизам мониторинга**, као што је заједничка база података за праћење система одговора и побољшање квалитета услуга за жртве. Анализа података омогућиће праћење начина на који се жртве користе различите услуге и идентификовање жртава којима је подршка потребна током дужег временског периода, и жртава које су одустале од услуга. Исто тако, даће корисне информације за евентуално унапређење управљања и планирање услуга. Посебан нагласак треба ставити на прикупљање повратних информација од жртава које користе пружене услуге, као и заштиту и повјерљивост личних података жртве.

8.4.2. СУДИОНИЦИ УКЉУЧЕНИ У РЕФЕРАЛНИ СИСТЕМ

Реферални систем за РЗН треба да обухвати широк спектар судионика, укључујући и представнике владиних и невладиних организација, као и специјализоване женске организације. У земљама у којима су присутне међународне организације које дјелују у сфери развоја или изградње/очувања мира, могу се укључити и релевантне организације. Међуресорне иницијативе најбоље функционишу на локалном нивоу, уз учешће агенцијама које иначе свакодневно сарађују (WAVE 2006).

8.4.2.1. Специјализоване службе за подршку жртвама

Судјеловање женских организација у међуресорном одговору на РЗН је од посебног значаја. Ове организације често имају дугогодишње искуство у одговору на РЗН. Надаље, због своје улоге пружалаца директних и специјализованих услуга, ове организације добро су позиционирани не само у контексту пружања бројних услуга него праћења жртве у cjелокупном процесу. Оне се у свом раду надопуњују, али не могу бити замјена службама опште подршке у јавном сектору. Специјализоване службе подршке жртвама РЗН могу пружити широки спектар услуга, укључујући женска склоништа, женске линије за помоћ, женске центре, различите врсте нерезиденцијалне подршке, као и посебно конципиране услуге жртвама сексуалног насиља.

8.4.2.2. Опште службе подршке за жртве

Опште службе подршке односе се на помоћ која се организује и финансира у јавном сектору. Ова помоћ је дугорочна и није усмјерена само на жртве, него становништво уопште. Осим здравствених услуга, ове услуге обухватају: стамбено збрињавање, финансијску подршку и друге социјалне услуге, услуге запошљавања, школовања или накнаде за дијете. Конкретно, здравствене и социјалне службе често су прва контакт тачка за жртве РЗН. Из тог разлога, морају бити адекватно оспособљене за задовољавање њихових дугорочних потреба. Запослени треба да буду упознати са различитим облицима РЗН, специфичним потребама жртве и начинима реаговања (члан 20. Истанбулске конвенције и Извјештај с објашњењима).

8.4.2.3. Полиција и правосудје

Полиција и систем правосудја истражују и процесуирају случајеве РЗН који представљају кривична дјела или прекршаје према важећим законима и утврђују одговорност оптуженог лица. Због тога је важна обука полицајаца, тужилаца и судија у области РЗН и одговора на насиље. Жртве треба да имају приступ одговарајућој заштити, бесплатној правној помоћи. Исто тако, с њима се мора поступати и разговарати на сензибилан, уљудан начин како би се избјегао ризик од даље трауматизације. Суочавање са починиоцем могуће је избјећи увођењем одвојених чекаоница у судовима.

8.4.3. РАЗВОЈ ЕФИКАСНОГ РЕФЕРАЛНОГ СИСТЕМА

8.4.3.1. Спровођење анализе стања и мапирање постојећих услуга

Потребно је спровести свеобухватну ситуациону анализу у циљу процјене свеукупног правног и институционалног окружења рефералног система. Такође, развој рефералног система не мора значити успостављање нове службе, већ идентификовање постојећих институција, установа и организација које ће бити укључене у реферални систем. Ова процјена настоји утврдити полазне тачке и потенцијалне партнере за судјеловање у рефералном систему. Такође може открити недостатке у пружању услуга, капацитетима и ресурсима рефералног система. Потребно је имати и анализирати сљедеће податке:

- »»природа и узроци РЗН;
- »»законски оквир, укључујући кривични закон и посебне законе о РЗН, уколико постоје, као и законе који регулишу мјере заштите;
- »» улога, капацитет и евиденције о поступању полиције и система правосуђа у одовору на РЗН;
- »» организација здравственог система;
- »»постојање посебних политика и протокола који регулишу одговор здравствене установе на РЗН; и
- »» доступност постојећих специјализованих и општих служби за жртве РЗН.

Квалитативни интервјуи и дискусије са фокус групама с пружаоцима услуга утврђеним кроз истраживање за столом (секундарно истраживање) и са корисницима услуга, препоручују се приликом спровођења анализе стања. За специфична упутства о планирању и спровођењу ових методологија истраживања у контексту здравства и РЗН, погледајте С30/PATH 2005. При планирању интервјуа или дискусија са фокус групама, треба имати на уму да сâм процес идентификације партнера/учесника у разговору може пружити корисне увиде. Тражење одговарајућих владиних и невладиних партнера у разговору може показати мјеру у којој су одговорности за РЗН јасно додијељене унутар јавних служби, ниво приоритета који је додијељен улози здравственог сектора у рјешавању РЗН, или ниво техничких и кадровских ресурса унутар НВО које дјелују на подручју РЗН и здравства. Надаље, процес постављања питања сâм по себи је важан дио подизања свијести на страни партнера у разговору. Може се анкетирати писаним путем, што обезбјеђује већу објективност.

Прилози 2. и 3. садрже два упитника који нуде смјернице за мапирање и анализу услуга за жртве РЗН путем истраживања за столом и разговора или анкетирања писаним путем, с циљем развијања рефералног система. Корисници се подстичу да прилагоде и промијене упитнике према локалном контексту.

8.4.3.2. Успостављање именика институција

Након мапирања пружаоца услуга РЗН у релевантном географском подручју, прикупљене информације треба организовати у именик институција. Ту конкретно треба унијети контакт-податке, податке о услугама које се пружају, популацији којој се пружају и о свим критеријумима подобности. Именик институција пружаоцима здравствених услуга даје постојеће опције у смислу упућивања. Прилози 5. и 6. садрже два обрасца који се могу користити у изради именика институција. Здравствени радници који раде са пацијентима треба да имају и користе овај именик код упућивања. У случају ограничених ресурса, установа треба имати барем један примјерак на свима доступном мјесту (IPPF 2010).

Руководство установе треба да тражи повратне информације од здравствених радника о томе да ли је именик користан, да ли је формат именика функционалан и да ли постоје потешкоће у погледу упућивања. Важно је да се именик редовно ажурира како жртве не би добиле погрешне информације и тако биле изложене неугодностима. (IPPF 2010).

8.4.3.3. Формализовање партнерстава

Реферални системи за жртве РЗН најефикаснији су када су засновани на формалном споразуму о сарадњи између свих укључених институција, установа и организација. Такав споразум може бити у облику меморандума о разумијевању или протокола. Главни циљ таквог документа је да се формализује сарадња међу институцијама, установама и организацијама и да се дефинишу одговарајуће улоге и одговорности, основна начела пружања услуга, као и реферални путеви (нпр. коме упутити жртву, када, гдје и како). Споразум треба бити производ заједничког договора свих судионика у рефералном систему, а потписују га одговорна лица укључених институција, установа и организација.

Прије усвајања протокола, партнерима у рефералном систему потребно је вријеме за развијање сарадње на основу узајамног повјерења. То захтијева, између осталог, да се сви чланови договоре о заједничком схватању и визије одговора на РЗН. На примјер: мора се водити рачуна о томе да све рефералне организације насиље над женама схвате као РЗН. Сви партнери треба да буду спремни да своје сараднике информишу о начину на који њихова институција, установа или организација поступа у случајевима РЗН и прихвате повратне информације од других чланова у смислу евентуалне промјене ради унапређења пружања услуга и заједничког рада (Hagemester и сар. 2003). Важно је да се протоколи ажурирају у складу са законским оквиром и постојећом ситуацијом.

8.4.3.4. Материјал за особље и пацијенте

Информисање пацијената о услугама је важно како

би могли да изаберу најбољу опцију. Информативни материјал мора бити дискретан како га учинилац не би пронашао у посједу жртве.

Ту спадају, на примјер:

»» постери с којих се информативни дијелови могу одцијепити, леци или брошуре у просторијама у којима се врши преглед и женским тоалетима, тако да их пацијенти могу узети или прочитати у приватности (СЗО 2013);

»» џепни списак корисних телефонских бројева (СЗО 2013);

»» телефонски бројеви штампани у облику бар-кода на наљепницама, балзаму за усне или другим ситницама које жене носе у торбици, а на којима су на сигуран начин садржане информације о услугама подршке; и
»» привјесци за кључеве са скривеним информацијама о службама подршке или персонализованим алармом и батеријом.

8.4.3.5. Шта здравствени радници могу учинити у одсуству формалних рефералних система

Иако је постојање формалног рефералног механизма важан предуслов ефикасног упућивања, он не постоји у свим земљама. У неким земљама, реферални механизми постоје, али повезани пружаоци услуга немају довољно кадровских ресурса и/или инфраструктуру, те нису у могућности пружити цијели низ или квалитет потребних услуга. У недостатку формалног рефералног механизма, здравствени радници могу:

»» користити контролне прегледе како би дискретно провјерили стање пацијента;

»» размотрити оснивање одређених служби унутар установе, на примјер: кризне интервенције или групе подршке (IPPF 2010). Када за жену није сигурно да иде кући, а не постоји склониште, жена може бити примљена у болницу преко ноћи ;

»» упутити пацијента познатим пружаоцима услуга, према имену институција. (Прилог 5).

9. ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

(1) Нормативни оквир у Републици Српској ослања се на међународне стандарде за јачање одговора здравственог система на родно засновано насиље и подржава их. Неопходно је да сви руководиоци здравствених установа и здравствени радници и сарадници познају тај оквир и поступају у складу са њим.

(2) Општи протокол за поступање у случају насиља у породици у Републици Српској представља једну врсту републичког рефералног система (свеобухватни институционални оквир који повезује различите субјекте са дефинисаним мандатима, одговорностима и овлаштењима у мрежи сарадње, с општим циљем осигуравања заштите и помоћи за жртве насиља, како би им се помогло у њиховом опоравку и оснаживању, превенцији насиља и процесуирању починиоца насиља) и треба да послужи као основ за дефинисање и ажурирање рефералних система у градовима и општинама Републике Српске.

(3) Руководиоци здравствених установа, у сарадњи са здравственим радницима, треба да користесмјернице за здравствене раднике у јачању одговора здравственог система на родно засновано насиље, нормативни оквир у Републици Српској, Општи протокол за поступање у случају насиља у породици у Републици Српској, и друге расположиве информације приликом осигуравања институционалног оквира који омогућава здравственим радницима обављање њихове улоге. Конкретно, то укључује слиједеће: увођење писаних смјерница и протокола за поступање у случајевима РЗН и упознавање свих запослених са њима и процедурама за примјену смјерница у свакодневном раду; осигуравање подршке руководства како би се осигурала дугорочна одрживост напора за интеграцију РЗН у одговоре здравственог система; промовисање начела људских права и недискриминације код пружања услуга, те усмјереност на жртве насиља (услуге морају бити прихватљиве, што значи да се приликом пружања услуга води рачуна о томе да жртва да пуни пристанак као обавијештена страна, поштује њено достојанство, гарантује повјерљивост информација и сензибилност на њихове потребе и перспективе, што подразумева постојање система, процеса и услуга, и примјена и евалуацијана темељу потребе и жеља жртве насиља којој се пружа заштита); обезбјеђивање адекватне инфраструктуре како би се осигурала пацијентова

приватност, заштита и повјерљивост (осигуравањем посебне просторије за консултације код захтјева да се консултације одрже без присутности партнера, увођење система за повјерљиво вођење евиденције, инструкције особљу како да објасне законска ограничења у погледу заштите података); сензибилизација особља и изградња њихових знања и вјештина препознавања и одговора на РЗН (сво особље мора проћи кроз обуку; припрема информативног материјала за особље и пацијенте; пружање подршке здравственим радницима у пружању подршке и њега; умрежавање и сарадња с другим организацијама које раде на истом проблему с циљем осигуравања мултисекторског, координисаног одговора у истој заједници; увођење система за мониторинг и евалуацију за процјену утицаја интервенција које су предузете у циљу побољшања одговора установе на РЗН (мониторинг и евалуација представљају важан аспект осигуравања квалитета у пружању услуга, с циљем осигуравања одговорности пружалаца услуга према корисницима услуга, њиховој установи и друштву у цјелини).

10. ПРИЛОЗИ

ПРИЛОГ 1: ЧЛАНИЦЕ И ЧЛАНОВИ РАДНЕ ГРУПЕ

УЖА РАДНА ГРУПА:

1. ДР АМЕЛА ЛОЛИЋ, ПОМОЋНИЦА МИНИСТРА ЗДРАВЉА И СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ У ВЛАДИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ У РЕСОРУ ЗА ЈАВНО ЗДРАВСТВО, МЕЂУНАРОДНЕ ОДНОСЕ И ЕВРОПСКЕ ИНТЕГРАЦИЈЕ, ПРЕДСЈЕДНИЦА САВЈЕТА ЗА ДЈЕЦУ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

2. ПРОФ. DR. SCI. ИВАНКА МАРКОВИЋ, ПРЕДСЈЕДНИЦА САВЈЕТА ЗА БОРБУ ПРОТИВ НАСИЉА У ПОРОДИЦИ И ПОРОДИЧНОЈ ЗАЈЕДНИЦИ У РЕПУБЛИЦИ СРПскоЈ, РЕДОВНИ ПРОФЕСОР НА ПРАВНОМ ФАКУЛТЕТУ УНИВЕРЗИТЕТА У БАЊОЈ ЛУЦИ

3. DR.SCI. НАТАЛИЈА ПЕТРИЋ, МИНИСТАРСТВО ПОРОДИЦЕ, ОМЛАДИНЕ И СПОРТА У ВЛАДИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

4. MR.SCI. ТИЈАНА АРАМБАШИЋ ЖИВАНОВИЋ, ВЛАДА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ GENDER ЦЕНТАР – ЦЕНТАР ЗА ЈЕДНАКОСТ И РАВНОПРАВНОСТ ПОЛОВА

5. MR.SCI. ДРАГАНА ГРУЈИЋ ВУЈМИЛОВИЋ, ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВСТВО РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

ШИРА РАДНА ГРУПА:

МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА И СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ У ВЛАДИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ:

6. ЉУБОМИР СЛАДОЈЕВИЋ, ШЕФ КАБИНЕТА МИНИСТРА

7. ДР МИЛАН ЛАТИНОВИЋ ПОМОЋНИК МИНИСТРА, РЕСОР ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

8. ДР ЈАСМИНКА ВУЋКОВИЋ, РУКОВОДИЛАЦ ОДСЈЕКА ЗА ПРИМАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

9. АНКА ШЕРАНИЋ, НАЧЕЛНИЦА ОДЈЕЉЕЊА ЗА СОЦИЈАЛНУ ЗАШТИТУ

10. САЊА ЈОВАНОВИЋ, ВИШИ СТРУЧНИ САРАДНИК ЗА АНАЛИТИЧКЕ ПОСЛОВЕ

11. ДР АЛЕКСАНДРА РОДИЋ, РЕПУБЛИЧКИ КООРДИНАТОР ЗА РЕ ПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ

МИНИСТАРСТВО ПОРОДИЦЕ, ОМЛАДИНЕ И СПОРТА У ВЛАДИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ:

12. СЛАЂАНА АНИЧИЋ, ВИША СТРУЧНА САРАДНИЦА ЗА СТУДИЈСКО-АНАЛИТИЧКЕ И ИСТРАЖИВАЧКЕ ПОСЛОВЕ У ОБЛАСТИ ДЕМОГРАФИЈЕ

13. МАРИЈАНА АЋИМОВАЦ, ВИША СТРУЧНА САРАДНИЦА ЗА СТУДИЈСКО-АНАЛИТИЧКЕ И ИСТРАЖИВАЧКЕ ПОСЛОВЕ У ОБЛАСТИ ДЕМОГРАФИЈЕ **САВЈЕТ ЗА СУЗБИЈАЊЕ НАСИЉА У ПОРОДИЦИ И ПОРОДИЧНОЈ ЗАЈЕДНИЦИ У РЕПУБЛИЦИ СРПскоЈ:**

14. MR.SCI. ГОРДАНА ДАВИДОВИЋ, ЧЛАНИЦА САВЈЕТА ИЗ МИНИСТАРСТВА УНУТРАШЊИХ ПОСЛОВА У ВЛАДИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

15. ТАМАРА МАРИЋ, ЧЛАНИЦА САВЈЕТА ИЗ МИНИСТАРСТВА ПРАВДЕ У ВЛАДИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

16. DR. SCI. ЉУБО ЛЕПИР, ЧЛАН САВЈЕТА ИЗ МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА И СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ У ВЛАДИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ, ДОЦЕНТ НА ФАКУЛТЕТУ ПОЛИТИЧКИХ НАУКА УНИВЕРЗИТЕТА У БАЊОЈ ЛУЦИ **МИНИСТАРСТВО ПРОСВЈЕТЕ И КУЛТУРЕ У ВЛАДИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ:**

17. СЛАВИЦА КУПРЕШАНИН, САВЈЕТНИЦА МИНИСТРА ЗА ОБРАЗОВАЊЕ

МИНИСТАРСТВО УНУТРАШЊИХ ПОСЛОВА У ВЛАДИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ:

18. СВЈЕТЛАНА БИЈЕЛИЋ, **МИНИСТАРСТВО ЗА ЕКОНОМСКЕ ОДНОСЕ И РЕГИОНАЛНУ САРАДЊУ У ВЛАДИ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ:**

19. MR.SCI. ДАНИЈЕЛА ИЊАЦ, ШЕФ ОДСЈЕКА ЗА ИНСТИТУЦИОНАЛНУ САРАДЊУ

ВЛАДА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ GENDER ЦЕНТАР – ЦЕНТАР ЗА ЈЕДНАКОСТ И РАВНОПРАВНОСТ ПОЛОВА:

20. МИРЈАНА ЛУКАЧ, ДИРЕКТОРИЦА

21. ГОРАН ТУРУДИЈА, **ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ:**

22. ДР МИЛЕНКО ПАЂЕН, ИЗВРШНИ ДИРЕКТОР, **ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВСТВО РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ:**

23. MR.SCI. МИОДРАГ МАРЈАНОВИЋ, ВД ДИРЕКТОР, **КОМОРА ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ:**

24. ПРОФ. DR.SCI. НЕБОЈША ЈОВАНИЋ, ПРЕДСЈЕДНИК КОМОРЕ, ПРОФЕСОР НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛТЕТУ УНИВЕРЗИТЕТА У БАЊОЈ ЛУЦИ,

25. ДР МЛАДЕН ШУКАЛО, ПРЕДСЈЕДНИК ИЗВРШНОГ ОДБОРА КОМОРЕ

ПРИЛОГ 2: УПИТНИК ЗА АНАЛИЗУ СИТУАЦИЈЕ У СФЕРИ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА И МАПИРАЊЕ РЕПУБЛИЧКОГ ОДГОВОРА³

Циљ овог упитника: обезбједити здравственим установама инструмент за мапирање преваленције родно заснованог насиља, правни и институционални одговор на насиље, као и могуће правце за побољшање одговора здравственог система на насиље у њиховој земљи. Прикупљени подаци пружају вриједне информације о иницијативама за јачање одговора здравствених радника на родно засновано насиље.

Циљна група: Главна циљна група овог инструмента за оцјену је руководство у здравственим установама. Овај инструмент такође могу користити владине организације (посебно министарства здравља,

регионалне или локалне здравствене управе), невладине или међународне организације које планирају интервенције за побољшање одговора здравственог система на родно засновано насиље.

Методологија за прикупљање података: анализа литературе. Опција: да се допуне интервјуима организација које раде на родно заснованом насиљу, било кроз усмене разговоре или кроз захтјев колегама да одговоре доставе у писаном облику.

ДИО I: ОПСЕГ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

1. Да ли су било каква истраживања обављена у Републици Српској за мјерење распрострањености родно заснованог насиља?

Да Не

Ако је одговор да, сумирајте резултате

- Који облици насиља над женама су проучавани?
- Колико су распрострањени?
- Које су посљедице насиља над женама, поготово по здравље жена?

2. Да ли постоје неки други подаци из истраживања (квалитативне студије, административни подаци,) о родно-заснованом насиљу у Републици Српској?

Да Не

Ако је одговор да, молимо вас да сумирате резултате:

- Који облици насиља над женама постоје?
- Које су посљедице насиља над женама, поготово по здравље жена?

³ Овај упитник припремила је мрежа „Жене против насиља Европа“ (WAVE), и представља надградњу сет упитника IPPF 2010 I, који је припремила Sabine Bohne за WAVE у 2011. години, који је заснован на PRO TRAIN-у 2009 и службеном инструменту за праћење реализације Препорука Савјета Европе (2002)5. у погледу заштите жена од насиља међу чланицама Савјета Европе
Извор: UNFPA и WAVE “Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package”, Anex 4

ДИО II: ПРАВНИ И ПОЛИТИЧКИ ОДГОВОР НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ

А) ЗАКОНСКИ ОКВИР

3. Који облици насиља над женама су инкриминисани у законодавству Републике Српске?

- Силовање и сексуално насиље
 - Насиље у породици
 - Насиље интимног партнера
 - Сексуално узнемиравање на радном мјесту
 - Сакаћење женских гениталија
 - Насиље у сукобу / пост-конфликтним ситуацијама
 - Насиље у институционалном окружењу
 - Присилна стерилизација
 - Присилни абортус
 - Присилни брак
 - Отмица младе
 - Родно-пристран полни избор у корист дјечака
 - Дјечији брак
 - Злочини у име части
-

4. За сваки облик насиља који је инкриминисан,

- а) Како се дефинише кривично дјело?
 - б) Које су санкције?
-

5. Да ли постоје законске мјере како би се заштитиле жртве родно заснованог насиља?

- Да Не Ако је одговор да, наведите
-

6. Да ли законодавство предвиђа налоге за заштиту у корист оних који су преживели насиље?

- Да Не

Ако је одговор да, наведите захтјеве и процедуре за добијање налога за заштиту

7. Набројте законе који регулишу одговор на родно засновано насиље?

8. Свеукупно гледајући да ли су ови закони (питања 1-6) ефикасни?

- Да Дјелимично Не

Ако је одговор дјелимично или да, које су то препреке и изазови у имплементацији?

Б) АКЦИОНИ ПЛАНОВИ, СТРАТЕГИЈЕ ИЛИ ДРУГИ ПЛАНСКИ ДОКУМЕНТИ

9. Је ли Влада Републике Српске донијела акциони план, стратегију или неки други плански документ за борбу против насиља над женама?

Да Не

Ако је одговор да,

а) молимо навести облик/е родно заснованог насиља који су обухваћени

- Силовање и сексуално насиље
- Насиље у породици
- Насиље интимног партнера
- Сексуално узнемиравање на радном мјесту
- Сакаћење женских гениталија
- Насиље у сукобу/пост-конфликтним ситуацијама
- Насиље у институционалном окружењу
- Присилна стерилизација
- Присилни абортус
- Присилни брак
- Отмица младе
- Родно-пристрасан избор пола у корист дјечака
- Дјечији брак
- Злочини у име части
- Остало (молимо наведите)

б) наведите и врсте предвиђених интервенција:

- Превенција
 - Заштита и подршка
 - Истрага и гоњење
 - Остало (молимо наведите)
-

10. Да ли плански документ дефинише улогу здравственог система у реаговању на родно засновано насиље?

Да Не

Ако је одговор да, које су мјере предвиђене?

ДИО III: МАПИРАЊЕ РАЗЛИЧИТИХ АКТЕРА НА ПОДРУЧЈУ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА

11. Које организације које пружају опште услуге раде директно са особама које су преживјеле родно засновано насиље у Републици Српској?

Овдје наведите те организације, а остале појединости наведите у питању бр. 14.

12. Које организације, осим директних пружаоца услуга, раде на подручју родно заснованог насиља у Републици Српској?

Овдје наведите те организације, а остале појединости наведите у питању бр. 14.

13. Постоје ли мреже организација које раде на проблему родно заснованог насиља у Републици Српској?

Да Не

14. За сваку од ових организација или мрежа (питања 11-13), молимо Вас да наведете:

а) Статус организације

- Јавна институција
 Организација цивилног друштва / невладина организација
 Приватна институција (за профит)
 Приватна институција (непрофитна)
 Остало, молим наведите.

б) Мандат и главне активности

с) Колико дуго оне раде на подручју родно заснованог насиља?

д) Ако оне пружају директне услуге, молимо вас да наведете врсту тих услуга.

Б) МАПИРАЊЕ СПЕЦИЈАЛИЗОВАНИХ СЛУЖБИ ЗА ПОДРШКУ ЖЕНАМА

1) Склоништа за жене

15. Постоје ли у Републици Српској склоништа за жене (сигурне куће)?

Да Не

Ако постоје,

- 1) Колико таквих склоништа постоји?
- 2) Како се зову и који су им бројеви телефона?
- 3) У којим градовима су лоцирани?
- 4) Раде ли бесплатно? Постоје ли неки услови за приступање том склоништу?
- 5) Која је главна циљна група ових склоништа?

2) СОС телефони за жене

16. Постоји ли национални СОС телефон за жене?

Да Не

Ако постоји,

1) Је ли бесплатан?

Да Не

2) Ради ли нон-стоп?

Да Не

3) Који је то број телефона?

17. Постоји ли локални СОС телефон?

Да Не

Ако постоји,

1) Је ли бесплатан?

Да Не

2) Ради ли нон-стоп?

Да Не

3) Који је то број телефона?

3) Програми за починиоце

18. Постоје ли намјенски осмишљени програми интервенције, које проводе професионалци, а који се нуде мушкарцима – починиоцима насиља над женама ?

Да Не

Ако постоје,

1) Колико их има?

2) Нуде ли се ти програми починиоцима на добровољној бази?

Да Не

Ц) СИСТЕМ УПУЋИВАЊА

19. Постоји ли систем упућивања за особе које су преживјеле родно засновано насиље у Републици Српској?

Да Не

Ако постоји, молимо вас да га опишете: ко су главни актери, које су им улоге, какви механизми координације постоје, како је формализована та сарадња, итд.

20. Да ли постоји систем упућивања за особе које су преживјеле родно засновано насиље на локалном нивоу?

Да Не

Ако постоји, молимо вас да га опишете: ко су главни актери, које су им улоге, какви механизми координације постоје, како је формализована та сарадња, итд.

21. Јесте ли већ успоставили неке контакте или радне односе са неком организацијом која ради на подручју родно заснованог насиља (погледајте питања 11-17)?

Да Не

Ако јесте, молимо да их наведете. Ако нисте, наведите зашто нисте.

22. Јесте ли се састали са представницима других организација које раде на подручју родно заснованог насиља (погледајте питања 11-17) да утврдите начин на који можете сарађивати у пружању њега и подршке особама које су преживјеле родно засновано насиље?

Да Не

ПРИЛОГ 3: УПИТНИК ЗА АНАЛИЗУ СИТУАЦИЈЕ – ОЦЈЕНА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА⁴

Циљ овог упитника: да здравственим установама пружи инструмент за оцјену мјере у којој је одговор на родно засновано насиље интегрисан у њихову институцију. Руководство здравствених установа може прикупљене податке користити као полазну тачку приликом израде интервентног програма за јачање одговора на родно засновано насиље у њиховим установама.

Циљна група: Руководство здравствених установа. Методологија за прикупљање података: анализа литературе. Алтернатива: да се допуни постављањем питања организацијама које раде на родно заснованом насиљу, било усменим постављањем питања или тражењем од колега да своје одговоре доставе писменим путем.

ДИО I: ОСНОВНИ ПОДАЦИ– ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ

1. Како се финансира здравствени систем?

- Опште опорезивање у држави, земљи или општини
- Обавезно здравствено осигурање
- Добровољно или приватно здравствено осигурање
- "Out of pocket" плаћања
- Донације у добротворне сврхе
- Остало (молимо навести)

2. Које од следећих здравствених радника и сарадника жене или дјевојке у подручју рада ваше установе редовно посјећују?

- Доктори породичне медицине
- Гинеколози/акушери
- Медицинске сестре-техничари
- Бабице
- Стручњаци из области менталног здравља (психијатри, психолози..)
- Особље у службама хитне медицинске помоћи
- Остало (молимо навести)

3. Да ли пацијенти морају прво да посјете доктора породичне медицине да би могли да оду код другог специјалисте?

- Да Не

⁴ Овај упитник је припремила мрежа Жене против насиља Европа (WAVE), надовезујући се на Међународну Федерацију за планирано родитељство, 2010. (IPPF, 2010.) и сет упитника које је за Жене против насиља Европа (WAVE) припремила Sabine Vohne 2011. године, на основу PRO TRAIN-а 2009 и званичног инструмента за праћење примјене Препорука Савјета Европе (2002) 5 у погледу заштите жена од насиља у земљама чланицама Савјета Европе. (Савјет Европе, 2007.).

Извор: UNFPA i WAVE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package", Anex 5

4. Које су неке од препрека за жене у подручју рада ваше установе за посјеђивање здравственог радника?

- Непостојање превоза
- Велика удаљеност
- Страх од стигматизације, страх од лоше репутације, стид
- Партнер/муж/породица можда не дозвољавају жени да тражи помоћ
- Недостатак служби у подручју рада ваше установе
- Финансијска ограничења
- Пол (није јој дозвољено да посјети мушког доктора)
- Остало (молимо наведите)

5. Постоје ли неке секторске здравствене политике, планови и/или програми за рјешавање питања родно заснованог насиља?

Да Не

Ако постоје, молимо да их наведете:

6. Јесу ли те политике/планови/програми имплементирани?

Да Донекле Не

Ако јесу донекле или нису, објасните зашто је тако.

7. Какве су законске обавезе пружаоца здравствених услуга у вашој земљи у вези са ситуацијама родно заснованог насиља?

8. Да ли се од пружаоца здравствених услуга захтијева да случајеве родно заснованог насиља пријављују полицији?

Да Не

Ако имају, молимо да објасните те захтјеве (нпр. околности/тежина дјела, облици насиља)?

9. Кома је дозвољено да прикупља форензичке, писане и фотографске доказе тако да се исти могу презентовати као правно ваљани докази на суду?

10. С киме здравствени радници смију да дијеле информације о својим пацијентима (шта је прописано законом)?

ДИО II: ОДГОВОР ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

А) ПОЛИТИКЕ И ПРОТОКОЛИ

11. Постоје ли писана политика и/или проткол у вашој институцији који се баве родно-заснованим насиљем?

Да Не

Ако постоје,

а) Који је главни фокус те политике/протокола? (одабери све важеће опције)

Форме насиља	Интервенције
<ul style="list-style-type: none"> • Силовање и сексуално насиље • Насиље у породици • Насиље интимног партнера • Насиље које је починила особа која није партнер • Сексуално узнемиравање на радном мјесту • Генитално сакаћење жена • Насиље у конфликтним/постконфликтним ситуацијама • Насиље у институционалном окружењу • Присилна стерилизација • Присилни абортус • Присилни брак • Отмица младе • Родно пристрасан избор пола у корист дјечака • Дјечији брак • Злочини у име части • Остало (молимо навести) 	<ul style="list-style-type: none"> • Идентификујте симптоме родно заснованог насиља • Поставите питања о родно-заснованом насиљу у случају са постоји сумња • Дајте пацијенту информације о родно-заснованом насиљу и његовим посљедицама по здравље жена • Створите пријатељско и повјерљиво окружење • Њега и прегледи жртве • Документација о родно-заснованом насиљу • Оцјена ризика и сигурносно планирање • Упућивање • Остало (молимо навести)

б) Јесу ли они доступни свом особљу?

12. Постоји ли процес праћења и евалуације имплементације ових докумената и прикупљања повратних информација од оних који их примјењују?

Да Не

Ако постоји, ко је задужен за праћење, евалуацију и прикупљање повратних информација?

Ако не постоји, опишите зашто?

13. Да ли је установа дистрибуисала писане информације о правним питањима (нпр. правила повјерљивости, закони о криминализацији родно заснованог насиља) свим члановима особља?

Да Не

Ако није, опишите зашто?

Б) ЈАЧАЊЕ КАПАЦИТЕТА ОСОБЉА О РОДНО-ЗАСНОВАНОМ НАСИЉУ

14. Да ли је ваша установа уложила неке напоре на сензибилизацији руководства по питању родно заснованог насиља као питања које се тиче јавног здравства и људских права?

Да Не

Ако јесте, молимо опишите

Да ли ваша установа пружа обуке особљу из области родно заснованог насиља, равноправности полова и људских права?

Да Не

Ако је одговор да, које су главне теме обуке?

16. Да ли ове обуке пружају и теоретско знање и практичне вјештине за идентификацију, преглед, лијечење и пружање његе женама које су преживјеле родно засновано насиље?

Да Не

17. Која је била циљна група ове обуке?

- доктори породичне медицине
 - Гинеколози / акушери
 - Медицинске сестре-техничари
 - Бабице
 - Стручњаци из области менталног здравља (психијатри, психолози..)
 - Особље у службама хитне медицинске помоћи
 - Остало (молимо навести)
-

18. Да ли је та обука била само за здравствене стручњаке или мулти-дисциплинарне стручњаке?

Само за здравствене За мулти-дисциплинарне

Ако је то била мулти-дисциплинарна обука, који други стручњаци су били присутни осим здравствених?

19. Колико је трајала ова обука?

20. Да ли је то био једнократни догађај или се ове обуке редовно одржавају?

Једнократно Редовно

Ако се обука редовно одржава, колико често се организује?

21. Ко пружа обуку?

- Здравствени професионалци из установа
 - Екстерни здравствени професионалци
 - Екстерни експерти који раде на родно-заснованом насиљу (молимо навести)
 - Остало (молимо навести)
-

22. Јесте ли идентификовали појединце и/или организације које би могле подржати ваше напоре у сензибилизацији и обуци пружаоца здравствених услуга о питањима везаним за родно засновано насиље?

Да Не

Ако јесте, молимо да их наведете.

Ако није, опишите препреке и како их можете ријешити?

23. Чак и ако ваша установа не пружа обуке, је ли ико од вашег особља на неки други начин прошао обуку о родно-заснованом насиљу?

Да Не

Ако јесте, наведите те чланове особља (они су потенцијални експерти за даље обуке)

Ц) ОДГОВОРИ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСОБЉА НА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ

1) Обезбјеђивање сигурности

24. Да ли медицинско особље ради сигурносно планирање са преживјелим женама?

Да Не

Ако не, наведи зашто?

25. Зна ли ваше медицинско особље за мјере заштите које постоје по законима ваше земље?

Да Не

Ако не зна, наведи зашто?

2) Осигурање околине која пружа подршку и уважавање и поштује достојанство пацијента

26. Да ли медицинско особље пита своје пацијенте о родно-заснованом насиљу када сумња да су те особе преживјеле такво насиље?

Да Не

27. Да ли медицинско особље добија обуке о начину на који треба да комуницира са особама које су преживјеле родно засновано насиље?

Да Не

3) Осигуравање приватности и повјерљивости

28. Која правила важе у вашој установи у вези приватности и повјерљивости?

29. Са ким је медицинском особљу дозвољено да дијели информације о пацијенту?

30. Да ли та установа има довољно простора да осигура приватност разговора, прегледа и сл.?

Да Не

Ако нема, објасните зашто?

31. Може ли се пацијент примити у неком другом простору?

Да Не

32. Да ли је и другим особама дозвољено да буду у просторији за разговор и преглед (партнер, супруг, мала дјеца или друга родбина)?

Да Не

33. Да ли је медицинска документација и евиденција похрањена на сигурном мјесту?

Да Не

Ако не, молимо објасните зашто?

34. Које особље има приступ медицинској документацији и евиденцији?

4) Осигуравање оснаживања самосталности и учешћа пацијента

35. Постоје ли у чекаоницама изложени писани документи којима се пацијенти обавјештавају о родно-заснованом насиљу, као нпр. брошуре или постери?

Да Не

36. Да ли медицинско особље у вашој установи има списак организација којима може упутити особе које су преживјеле родно засновано насиље?

Да Не

5) Упућивања

37. Да ли медицинско особље упућује особе које су преживјеле родно засновано насиље некој другој организацији?

Да Не

Ако упућује, којој организацији/организацијама?

ПРИЛОГ 4: ОБРАЗАЦ СЗО ЗА ДОКУМЕНТОВАЊЕ СЕКСУАЛНОГ НАСИЉА⁵

Свјетска здравствена организација - Записник о прегледу пацијента након сексуалног насиља
(Овај записник треба користити у комбинацији са Смјерницама СЗО за здравствено - правно збрињавање жртве сексуалног насиља, које садрже информације о начину обављања прегледа)

ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ

ПРЕЗИМЕ

ИМЕ (НА)

ГОДИНЕ

ПОЛ

ДАТУМ РОЂЕЊА

АДРЕСА (или други лични подаци)

3 Преглед.

ДАТУМ

ВРИЈЕМЕ

МЈЕСТО

ИМЕ ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА (или лични подаци)

ОСТАЛА ПРИСУТНА ЛИЦА ТОКОМ ПРЕГЛЕДА (и својство)

⁵ Извор: UNFPA и WAVE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package", Anex 8

Извјештај

ДАТУМ СЛАЊА:

ПОСЛАТ ЗА:

Напомене о попуњавању обрасца сагласности

Сагласност за преглед је централно питање у медицинско-правној пракси. Сагласност се често назива “сагласност обавијештене стране” јер се очекује да ће пацијент (или његови родитељ или старатељ) бити “обавијештен” о свим релевантним питањима, на основу чега ће моћи да донесе одлуку о оном што је у том моменту најбоље за њега.

Пацијент треба да зна:

- шта подразумијева процес узимања анамнезе;
- питања која ће му бити постављена и разлог из којих се постављају;

На примјер:

“Мораћу Вам поставити неколико питања о нападу. Мораћу да знам гдје су тијело нападача и Ваше тијело били у контакту да бих знао гдје да тражим повреду или трагове нападача.”

- да ће се преглед извршити уз поштовање приватности и достојанства. Пацијент мора лећи на кревет за прегледе ради детаљног прегледа;
- да ће за генитални и анални преглед бити потребно да пацијент легне у положај у коме се то подручје може адекватно видјети уз коректно освјетљење;

На примјер:

“Замолићу вас да на овај кревет за прегледе легнете на леђа, а преко кољена ћу вам ставити покривач. Саставите ноге, савијте у кољенима и подигните их, а затим гурните кољена у страну не раздвајајући стопала. Прегледаћу вам подручје здјелице уз помоћ овога свјетла.”

- да ће особа која врши преглед рукама на којима су рукавице додирнути генитално и анално подручје како би се боље изложиле унутрашње структуре. Приликом прегледа, користи се инструмент за преглед унутрашњости вагине или порођајног канала жене, а зове се спекулум. Такође се користи инструмент за преглед унутрашњости ануса, односно аноскоп;
- да ће ради узимања узорака, лекар штапићем са ватом прикупити материјал са тијела и тјелесних отвора, нпр. косу, стидне длаке, генитални секрет, крв, урин и пљувачку. Узима се и одјећа. Пацијент можда неће добити све резултате форензичке анализе на увид.

Важно је упутити пацијента да ће информације саопштене здравственом раднику и утврђене прегледом бити достављене истражним органима за потребе судског поступка уколико пацијент одлучи да га покрене или уколико се ради о дјелу код којег је пријављивање обавезно. То значи да неће све што каже здравственом раднику остати повјерљиво, већ се може десити да те информације буду изнесене у поступку на суду.

Пацијенту се такође мора рећи у коју сврху се користе фотографије: користе се за потребе судског поступка, а ли НЕ и фотографије гениталног подручја.

Све горе наведене информације дају се на језику који пацијент или родитељи / старатељи размију.

САГЛАСНОСТ ЗА МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД

_____ (навести име здравственог радника) ми је објаснио поступак прегледа, прикупљања доказа и уступања налаза истражним органима.

_____ (навести име пацијената) пристаје на следеће:

(означити)

Преглед, укључујући преглед гениталија и ануса.

Узимање узорака за анализе у сврху дијагностиковања здравствених проблема. Узимање узорака у сврху кривичне истраге.

Фотографије.

Усмени и/ или писмени извјештај полицији или другим истражним органима. Лијечење било којег утврђеног здравственог стања.

Потпис пацијента (или родитеља / старатеља) _____

Потпис свједока: _____

Датум _____

Анамнеза

1. РЕЛЕВАНТНА МЕДИЦИНСКА / ХИРУШКА/ ПСИХИЈАТРИЈСКА АНАМНЕЗА

За дјецу :

- релевантна пренатална/постнатална и развојна анамнеза;
- историја проблема у понашању (ако се сматра релевантним за наводе);
- породична анамнеза.

2. РЕЛЕВАНТНА ГИНЕКОЛОШКА АНАМНЕЗА

Први дан посљедњег редовног менструалног циклуса (дан / мјесец / година):

Просјечан број дана између менструација:

Да ли је пацијентка имала менструацију у вријеме напада?

Да Не Није примјењиво

Је ли пацијентка тренутно трудна?

Да Не Није примјењиво

Историјат трудноће:

Метода контрацепције коју тренутно користи:

Историјат гениталних траума, операција или крварења:

3. АЛЕРГИЈЕ

4. ЛИЈЕКОВИ /СТАТУС ИМУНИЗАЦИЈЕ (нпр хепатитис Б, тетанус)

ЕПИКРИЗА

5. ПОДАЦИ ДРУГИХ СТРАНАКА (нпр. полиције, породице, свједока)

Податке дао (име и презиме): _____

6. ПОДАЦИ КОЈЕ ЈЕ ДАО ПАЦИЈЕНТ

Датум(и) напада (или периода у којем је до напада дошло, број напада и датум последњег напада):

Вријеме: Локација:

Нападач(и) (број и однос с пацијентом, ако га има):

Конзумиран алкохол:

Конзумирана дрога:

Кориштено оружје, пријетње:

Релевантне појединости напада:

7. САДАШЊИ СИМПТОМИ

САЖЕТАК СЕКСУАЛНОГ НАПАДА

ВАГИНАЛНА ПЕНЕТРАЦИЈА	Нападач 1	Нападач 2	Нападач 3	Нападач 4	Нападач 5
Покушана/учињена					
АНАЛНА ПЕНЕТРАЦИЈА	Нападач 1	Нападач 2	Нападач 3	Нападач 4	Нападач 5
Покушана/учињена					
Ејакулирао Да / Не					
ОРАЛНА ПЕНЕТРАЦИЈА	Нападач 1	Нападач 2	Нападач 3	Нападач 4	Нападач 5
Покушана/учињена					
Ејакулирао Да / Не					
ЕЈАКУЛИРАО НА ТИЈЕЛО	Нападач 1	Нападач 2	Нападач 3	Нападач 4	Нападач 5
Ако је одговор 'да', наведите мјесто					
ПЉУВАЧКА НА ТИЈЕЛУ Ако је одговор 'Да' наведите мјесто					
КОРИШТЕН КОНДОМ (Да / Не)					
КОРИШТЕН ЛУБРИКАНТ (Да / Не)					
ПРЕДМЕТ КОРИШТЕН ЗА ПЕНЕТРАЦИЈУ	Нападач 1	Нападач 2	Нападач 3	Нападач 4	Нападач 5
ВАГИНЕ					
АНУСА					
УСТА					

8. НАКОН НАПАДА

Подаци о одјећи ношеној у вријеме напада:

Пресвучена	Да	Не
Очишћена	Да	Не
Окупана / истуширана	Да	Не
Имао/ла полни однос	Да	Не

9. НЕДАВНИ ОДНОС

Однос током протекле седмице Да Не

Детаљи (датум / вријеме / с ким):

Да ли је кориштен кондом / спермицид / лубрикант? Да Не

Детаљи:

Напомене о форензичком прегледу

- Тежиште прегледа је на анамнези и клиничким запажањима. У случају било какве сумње, извршити комплетан вањски преглед.
- Код описа повреда, узети у обзир: мјесто, величину, облик, околину, боју, контуре, смјер, садржај, старост, границе и дубину.
- Класификација повреда:
 - абразија: нарушавање вањског слоја коже;
 - модрица: површинска крварења испод коже;
 - лацерација: цијепање или кидање ткива средње оштрим до тупим предметом;
 - инцизија: тип резне повреде са (обично) јасном, правилном ивицом;
 - убод: рана веће дубине од дужине, начињена оштрим предметом.
- Спекулум (или проктоскоп) користи се за сексуално активне особе. Индикације укључују:
 - генитални бол;
 - крварење;
 - страно тијело (које се користило за вријеме напада, а може бити и даље присутно);
 - напад: 24 часа раније. У таквом случају, потребан је узорак цервикалног канала.
 - Спекулум треба загријати и подмазати водом. Бимануелни преглед се ријетко ради након сексуалног напада.
- Фотографисањем (укључујући колпоскопски снимак) додатно се документују налази. Обратити пажњу на сљедеће:
 - сликање можете извршити ви, полицијски или болнички фотограф;
 - изузетно је битно да пажљиво означите филм / слике;
 - фотографисање гениталног региона може бити неугодно за пацијента; генитално подручје снимати само када пацијент да конкретан пристанак и ако је битно за предмет.
- Методи узимања форензичких узорака наведени су на страницама 23–24. У случају одступања од ове методологије, тражити савјет форензичке лабораторије.

ПРЕГЛЕД

10. ПРИСУТНЕ ОСОБЕ

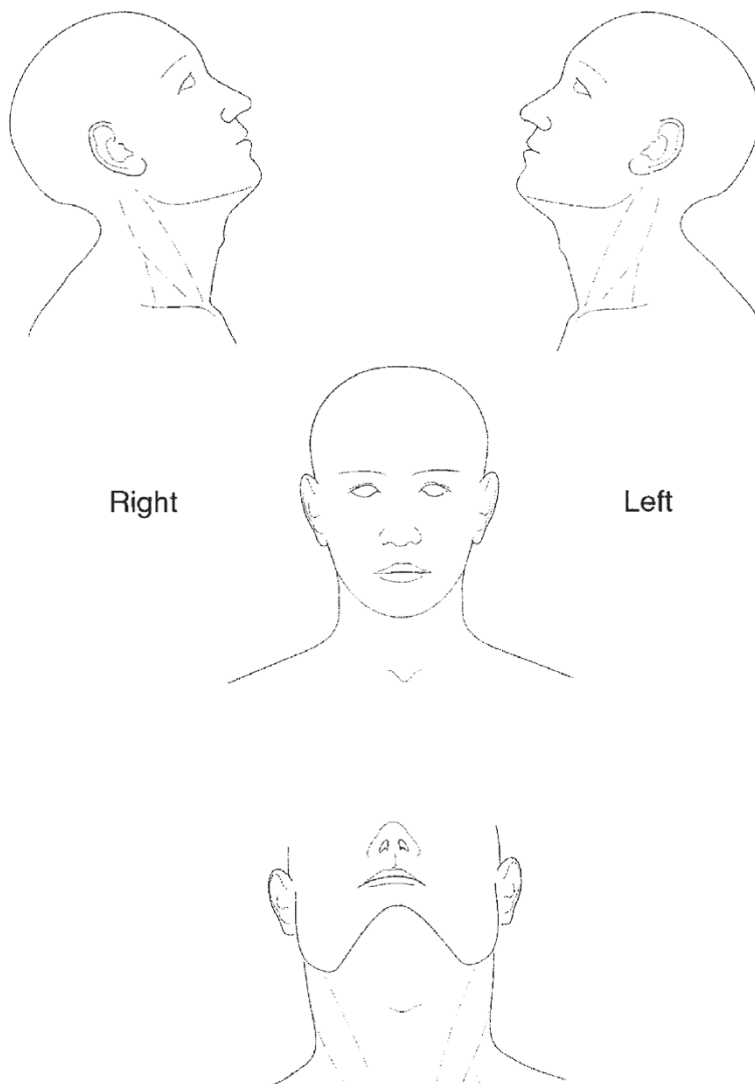
Име:

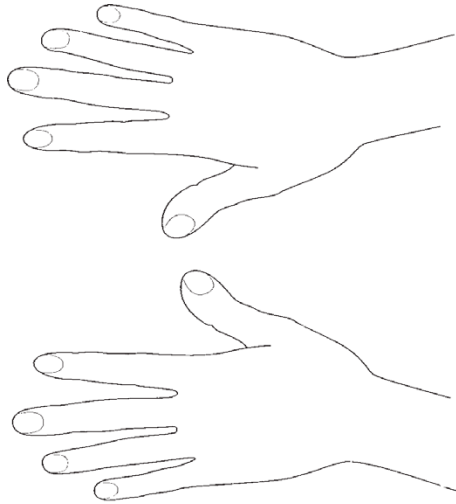
11. ПРВИ УТИСАК (нпр. интелект, физички, сексуални развој, одјећа, емоционално стање, ефекти алкохола/дрога)

12. НАЛАЗИ (унијети забиљешке; уцртати у графикане)

Left L значи лијево

Right R значи десно

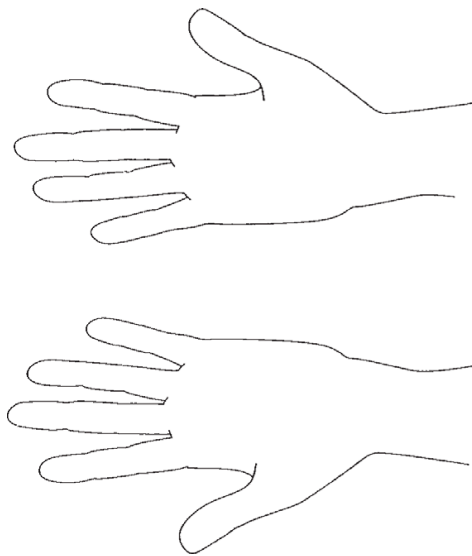




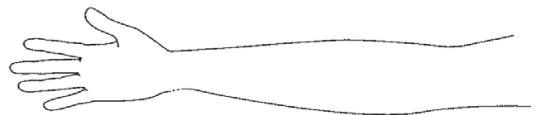
R



L

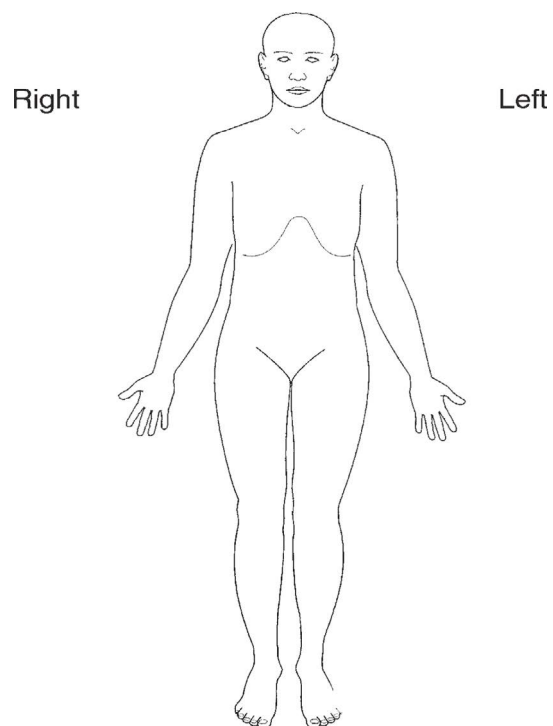


R

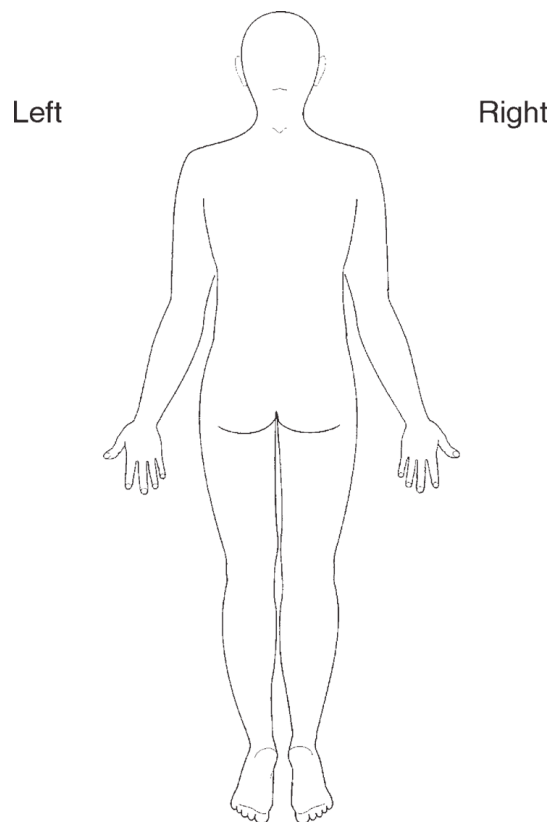


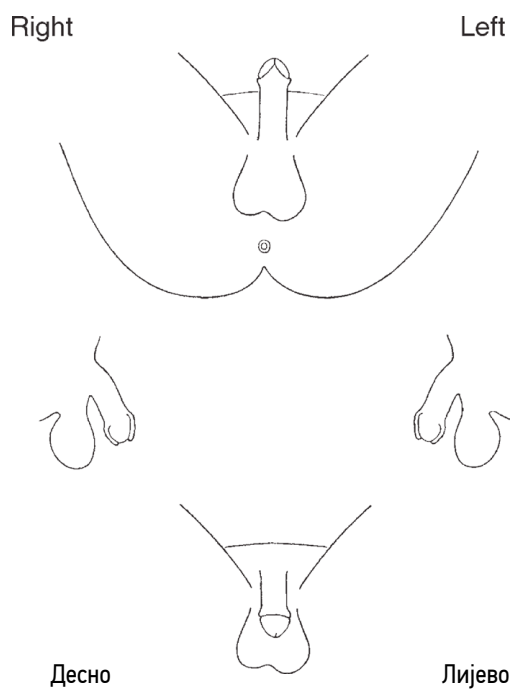
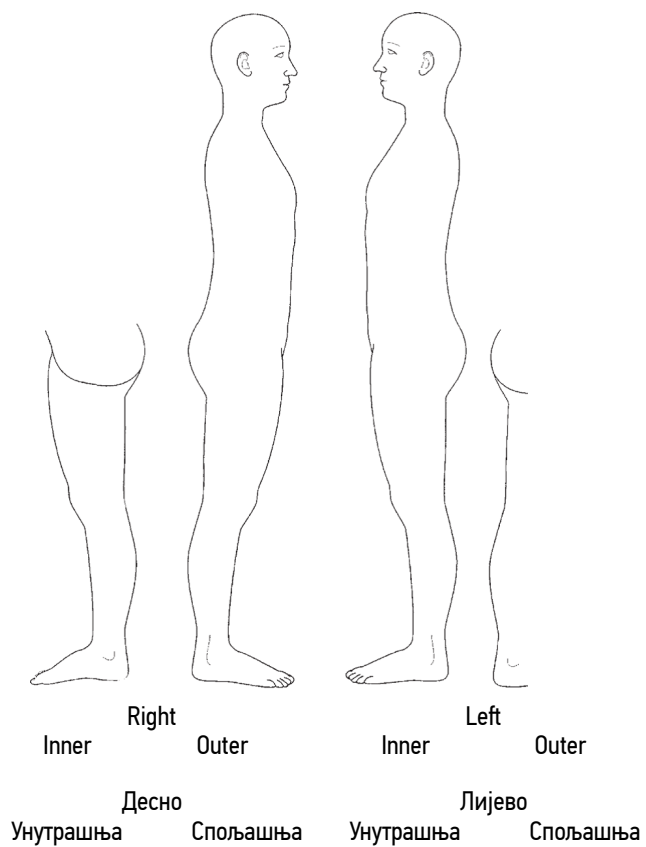
L





Уцртати контуре дојки по потреби.



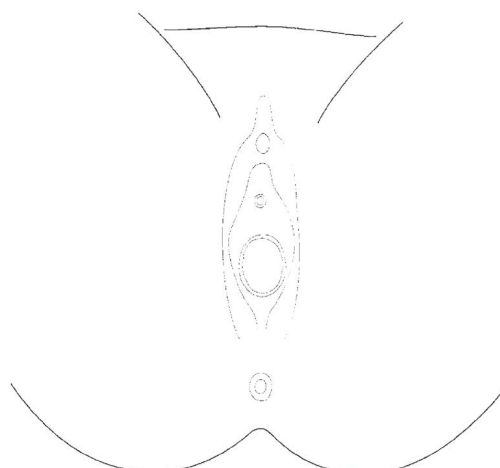


Проктоскопија обављена ДА НЕ

Налази:

Right

Left



Десно

Лијево

Преглед спекулумом обављен ДА НЕ

Проктоскопија обављена ДА НЕ

Налази:

ОСТАЛЕ ПОЈЕДИНОСТИ

13. ФОТОГРАФИСАНО Не Да

Ко је снимео?

Датум и вријеме:

14. ДАТИ ЛИЈЕКОВИ

Ургентна контрацепција Не Да Појединости.

Профилактика полно преносивих болести Не Да Појединости.

ХИВ профилакса Не Да Појединости.

Друго Не Да Појединости

15. БОЛНИЧКА ПАТОЛОГИЈА Не Да

Појединости:

::

16. НАЧИН НАКНАДНОГ ПРАЋЕЊА (нпр. медицински, савјетовање)

17. КОНТАКТ са другим здравственим радницима

Писменим путем Да Не

Телефонски позив Да Не

Појединости

УЗИМАЊЕ ФОРЕНЗИЧКИХ УЗОРАКА

Прибавити и документовати посебан пристанак пацијента као обавијештене стране за узимање узорака.

Објаснити да ће се узорци можда користити за потребе евентуалног судског поступка. Ако није поднесена пријава о нападу (полицији), узорци се узимају и одређено вријеме чувају и у друге сврхе, што пацијенту треба објаснити.

Пацијент неће добит на увид резултате свих анализа (за разлику од дијагностичких тестова).

Са локалном лабораторијом посавјетујте се о врсти и начину узимања узорака. На примјер: не узимају се ДНК материјал ако лабораторија не ради ДНК анализу.

Узети узорци остају у видокругу љекара све до предаје полицији. Овај процес назива се “континуитет доказа” и води се на овај начин због евентуалних навода да су докази контаминирани. Забиљежите име полицајца ком сте предали узорке, датум и вријеме предаје на претпоследњој страници овог обрасца.

ИНСТРУКЦИЈЕ ЗА ПАЦИЈЕНТА

Ако пацијент наводи оралну пенетрацију са могућом ејакулацијом у уста, пијење текућине и чишћење зуба треба одложити док се не узму орални форензички узорци. Ако је пацијент жедан, орални узорак се може узети прије узимања анамнезе и прегледа (види у наставку).

Смирено понашање је важно.

ОПШТЕ МЈЕРЕ ОПРЕЗА

Носите рукавице за преглед и узимање узорака.

Сви тампонални штапићи су суви на почетку и треба да остану суви!


Вратити осушене тампоналне штапиће у оригиналну врећицу и запечатити етикетом са подацима о пацијенту (ако се користе).

У циљу проналажења сперматозоида, лабораторија користи стаклену плочицу и брис.

Стаклена плочица се користи за тражење сперме (на дијаграму је приказано како се узорак ставља на плочицу).

Сперма се затим извлачи из бриса за типизацију ДНК.

Узорке запечатити у торбу са ознаком биолошке опасности.

Како на стаклену плочицу ставити брис сјемена		ОЗНАКА УЗОРКА	
		Име пацијента	Ada Wels
		Датум и вријеме узимања	01.10.02 04:00 часа
		Специфична врста узорка	Ендоцервикални брис
		Име доктора	Др Ana Welborn

Сваки означити идентификацијским подацима (види примјер).

РЕДОСЛИЈЕД УЗИМАЊА УЗОРАКА

Одјећа

Трагови доказа на одјећи сачуваће се ако пацијент скида одјећу стојећи на папиру. Замолити пацијента да стане на лист папира (заштитни папир), иза паравана, и да додаје одјећу како се скида, један по један, коју треба ставити у папирне кесе, сваки комад посебно. Забиљежите која одјећа је узета. Провјерите са полицијом које комаде одјеће треба обавезно узети.

Заштитни папир

На заштитном папиру могу остати трагови починиоца, као што су стидне длаке, власи косе и влакна одјеће. Исто тако, могу се наћи и трагови са са лица мјеста, као што су пијесак, влакна или вегетација. Заштитни папир се слаже тако да се задрже сви трагови, ставља у папирну кесу, печати наљепницом са подацима о пацијенту.

Санитарни уложак / тампон

Осушити и запечатити у дуплу папирну кесу.

Трагови испод ноктију

Ако је жртва гребала нападача, испод ноктију се могу наћи трагови туђе ДНК и влакна. Пополовите дрвени штапић са ватом и сваком половином узмите трагове испод ноктију обје руке, а затим их ставите у стерилну теглу за урин. Или: нокте треба одсјећи и ставити их у бочицу/кутијицу.

Коса за потребе упоређивања

Двадесет репрезентативних длака узети са главе, ставити на комад папира, сложити, запечатити и ставити у кесу.

Орални брис

Сперматозоиди се у устима скупљају на истим мјестима као пљувачка. Најбољи резервоари су гингивалне маргине доњих зуба и испод језика. Овај брис треба урадити ако постоји тврдња да је дошло до оралне

пенетрације у последњих 12-24 часа. Алтернативно, дати пацијенту 20-30 мл стерилне воде да испере уста и прикупити текућину у стерилну посуду.

Пљувачка на кожи

Могуће је извући нападачев ДНК. Техника двоструког бриса значи прећи захваћено подручје : (а) штапићем овлаженим обичном водом, (б) сувим штапићем. Оба штапића осушити на ваздуху и доставити.

Сперма на кожи

Двострука брис-техника може се користити и за кожу, гдје може бити присутна осушена сперма. Од оба бриса -влажног и сувог - израдити стаклене плочице. Користити ову технику кад се сумња на ејакулацију, укључујући и подручје вулве и ануса.

Чешљање стидних длака

Врши се ријетко и само ако се стране длаке примјете на прегледу. Доставите чешаљ и производ. Покупите стране материјале штапићем за брис и ставите у стерилну посуду.

Вагинални брис

Брис узети са или без употребе спекулума, овисно о преференцији пацијента/доктора.

Ендоцервикални брис

Може се узети уз употребу спекулума за директну визуализацију цервикса. Користите топлу воду за подмазивање спекулума.

Анални и ректални брис

Користи се аноскоп или се брис ануса узима директно по виђењу.

ДНК жртве / нападача за упоређивање

Ако нема навода оралне пенетрације, може се узети усни брис. У супротном, крв ће дати ДНК (види испод).

Крв за ДНК тест

Узима се у одговарајућу епрувету.

Крв за тест на дроге

Користити стерилну епрувету.

Урин за тест на дрогу

Пацијент да да пуну стерилну посуду урина.

УЗОРЦИ

ФОРЕНЗИЧКИ УЗОРЦИ

Испуњава здравствени радник

Одјећа (вреће)

Заштитни папир

Санитарни уложак / тампон

ТРАГОВИ СА ТИЈЕЛА

Орални брис и стаклена плочица

Страни материјал на тијелу

Мрље на тијелу налик на сперму

Материјал на длакама на глави налик на сперму

Материјал на стидним длакама налик на сперму

Рашчешљавање стидних длака

Трагови испод ноктију

Тјелесни брис (за пљувачке) (наведите мјесто)

Остало (навести)

ГЕНИТО-АНАЛНИ ТРАГОВИ

Страни материјал

Високи вагинални брис и стаклена плочица

Ендоцервикални брис и стаклена плочица

Анални брис и стаклена плочица

Ректални брис и стаклена плочица

Остало (навести)

ТРАГОВИ ЗА УПОРЕЂИВАЊЕ

Стидне длаке

Длаке са главе

Брис уста за ДНК

Крв за тест на алкохол и дроге (обична епрувета и/или флуоридно/оксалатна флашица)

Урин за тест на дрогу

ДРУГО

Остали узорци (листа)

УКУПАН БРОЈ ЗАПЕЧАЋЕНИХ ВРЕЋИЦА

Наведени трагови су предати:

Име:

Чин / број:

Станица / јединица:

Датум и вријеме:

Потписао/ла:

ФОРЕНЗИЧКИ УЗОРЦИ

Примјерак за лабораторију

(Овај примјерак прилаже се са траговима који се носе у лабораторију)

Датум и вријеме прикупљања:

ТРАГОВИ

Одјећа (вреће)

Заштитни папир

Санитарни уложак / тампон

ТРАГОВИ СА ТИЈЕЛА

Орални брис и стаклена плочица

Страни материјал на тијелу

Мрље на тијелу налик на сперму

Материјал на длакама главе налик на сперму

Материјал на стидним длакама налик на сперму

Рашчешљавања са стидних длака

Трагови испод ноката

Тјелесни брис (за пљувачку) (наведите мјесто)

Остало (навести)

ГЕНИТО-АНАЛНИ ТРАГОВИ

Страни материјал

Високи вагинални брис и стаклена плочица

Ендоцервикални брис и стаклена плочица

Анални брис и стаклена плочица

Ректални брис и стаклена плочица

Остало (навести)

ТРАГОВИ ЗА УПОРЕЂИВАЊЕ

Стидне длаке

Длаке са главе

Брис уста за ДНК

Крв за тест на алкохол и дроге (обична епрувета или флуоридно / оксалатна флашица)

Урин за тест на дрогу

ДРУГО

Остали трагови :(наведите)

ИМЕ ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА:

ПРИЛОГ 5 : ОБРАЗАЦ ЗА ИДЕНТИФИКОВАЊЕ И МАПИРАЊЕ КАПАЦИТЕТА⁶

Назив институције:	Тип институције:
Директор институције:	Радно вријеме- сати и дани
Адреса:	Тел:
	Телефакс:
	Ел. пошта:
Које групе популације опслужујете?	Да ли конкретно помажете особама које су преживјеле родно засновано насиље? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Који је профил преживјелих особа којима пружате своје услуге? Да ли ваша организација има неке критеријуме које потенцијални клијент/ пацијент мора да испуни?	
Да ли директно збрињавате пацијента или га упућујете другој институцији?	Ако пацијента директно збрињавате, на који начин? (правна, медицинска, социјална, психолошка, едукативна помоћ, итд.)
Ако пацијента упућујете, коме?	Да ли зарачунавате неку накнаду? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не Ако је одговор да, да ли је накнада фиксна или можете да коригујете износ?
Који је профил запослених који раде на пријему особа које су преживјеле насиље?	Да ли ваша институција нуди неке друге услуге?
Знате ли за неку другу институцију која збрињава жртве родно заснованог насиља? Ако знате, можемо ли добити те информације како бисмо ступили у контакт с њима?	Да ли сте заинтересовани за унакрсно упућивање особа између наше двије институције? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Да ли сте заинтересовани да budete дио мреже коју чине групе које раде на подручју родно заснованог насиља? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	

⁶ Извор: UNFPA и WAVE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package", Anex 6

ИНСТРУКЦИЈЕ

- Од невладиних организација (НВО), болница, воћа у заједници и људи у општинама, добијте имена потенцијалних ресурса за упућивање.
- По могућности, тражите разговор лицем у лице са потенцијалним ресурсом за упућивање. Горе је наведен узорак сета питања која се могу користити за евалуацију сваке групе с којом се води разговор.
- Понудите да останете у контакту и заједно радите на стварању мреже, ако су они заинтересовани.
- Саставите листу ресурса користећи информације које сте прикупили. Направите подјелу директоријума упућивања по различитим врстама подручја у којима се врши упућивање, стављајући заједно сва релевантна упутства која се односе на исто подручје, нпр. правно, социјално, стамбено, медицинско и психолошко. Ставите то у књигу тако да буде једно упутство по страници, укључујући и релевантне информације о овој институцији које могу бити од користи приликом одлучивања која институција може најбоље помоћи одређеном клијенту/пацијенту.

ПРИЛОГ 6: ОБРАЗАЦ ЗА САСТАВЉАЊЕ ДИРЕКТОРИЈУМА ОРГАНИЗАЦИЈА ЗА УПУЋИВАЊЕ⁷

КОНТАКТ ИНФОРМАЦИЈЕ	
Пуни назив установе:	
Скраћени назив установе:	
Тип установе:	
Адреса:	
Телефон:	
Факс	
Адреса за електронску пошту:	
Име директора:	
Извор информација - име и наслов (особа из институције која је дала ову информацију):	
Датум посљедњег ажурирања информација:	
Приказ институције (мандат, подручје рада):	
ОПИС УСЛУГА ВЕЗАНИХ ЗА РОДНО ЗАСНОВАНО НАСИЉЕ	
Карактеристике популације којој се пружају услуге (као што су пол, узраст, друге карактеристике, као што су припадност мањинској групи или инвалидитет, географско подручје које покрива):	
Врсте услуга:	
Радно вријеме:	
Поступци/захтјеви за услуге:	
Трошкови услуга, уколико постоје:	
Организације којима упућујете клијенте/пацијенте:	
Профил запослених који раде са особама које су преживјеле насиље:	
Остале активности у вези са насиљем:	

⁷ Извор: UNFPA i WAVE "Strengthening Health Systems Responses to Gender Based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package", Anex 7

11. БИБЛИОГРАФИЈА

МЕЂУНАРОДНЕ КОНВЕНЦИЈЕ, ДЕКЛАРАЦИЈЕ И СПОРАЗУМИ

УЈЕДИЊЕНЕ НАЦИЈЕ

1. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, (1979). United Nations General Assembly. Доступно на: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>>.
2. Optional Protocol to the Convention on the Elimination All Forms Discrimination against Women, (1999). A/RES/54/4, United Nations, General Assembly. Доступно на: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/text.htm>>.
3. Општа препорука број 19 Комитета за елиминацију дискриминације жена, (1992). Насиље против жена. General Recommendation No. 19. Violence Against Women. Доступно на: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom19>>.
4. Општа препорука број 24 Комитета за елиминацију дискриминације жена, (1999). Жене и здравље. General recommendation No. 24, 1999 article 12 - women and health. Доступно на: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/index.html>>.
5. Declaration on the Elimination of Violence Against Women, (1993). United Nations General Assembly. <<http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>>.
6. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, General Recommendation No. 25, 2004 - Temporary Special Measures. (CEDAW GR 25)
7. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, General Recommendation No. 26, 2006 - Women Migrant workers. (CEDAW GR 26)
8. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, General Recommendation No. 27, 2010 - Older women and protection of their human rights. (CEDAW GR 27)
9. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, General Recommendation No. 28, 2010 - The Core Obligations of States Parties under Article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. (CEDAW GR 28)
10. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, General Recommendation No. 30, 2013 - Women in Conflict prevention, Conflict and Post-conflict situation. (CEDAW GR 30)
11. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, official website: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/CEDAWIndex.aspx>.
12. Convention on the Rights of the Child, 1989. (CRC 1989)
13. Пекиншка декларација и Платформа за акцију, (1995). Насиље над женама - препрека развоју, Међународни документи, ур. Игњатовић, Тања, Аутономни женски центар, Београд, 2005. 44-58.
14. Commission on the Status of Women, Fifty-seventh session, 4 – 15 March 2013, The elimination and prevention of all forms of violence against women and girls, Agreed conclusions. Dostupno na: <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw57/CSW57_agreed_conclusions_advance_unedited_version_18_March_2013.pdf>.
15. Security Council Resolution 1820 (2008) on Women, Peace and Security. (Security Council 2008) Савјет Европе
15. Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, 2011. (Istanbul Convention)
17. Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Explanatory Report, 2011. (Istanbul Convention Explanatory Report)
18. Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, official website of the Council of Europe Treaty Office: <http://www.conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=210&CM=1&CL=ENG>
19. Parliamentary Assembly, Resolution 1829 (2011) on Prenatal Sex Selection, 2011. (CoE PA 2011)
20. Parliamentary Assembly Resolution 1468 (2005) on Forced marriages and child marriages, 2005. (CoE PA 2005)
21. Препорука Rec(2002)5 Комитета министара државама чланицама о заштити жена од насиља и Меморандум са објашњењима, Савет Европе. Аутономни женски центар, Београд, Програм развоја добрих пракси против насиља у породици. Доступно на: <<http://womenngo.org.rs/images/prevod2002-web.pdf>>.
- Европска унија
22. Directive 2006/54/EC of the European Parliament and of the Council of 5 July 2006 on the implementation of the principle of equal opportunities and equal treatment of men and women in matters of employment and occupation (recast) (Directive 2006/54/EC)
23. Резолуција о борби против мушкога насиља према женама, (2006). Европски парламент, European Parliament resolution on the current situation in combating violence against women and any future action. Доступно на: <<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?reference=P6-TA-2006-0038&language=EN&type=TA>>.

ЧЛАНЦИ, ПРИРУЧНИЦИ, СТУДИЈЕ

1. Bacchus, Loraine J., Bewley, Susan, Fernandez, Carmen, Hellbernd, Hildegard, Lo Fo Wong, Sylbie, Otasevic, Stanislava, Pas, Leo, Perttu, Sirkka, Savola, Tina (2012), Health Sector Responses to Domestic Violence: Promising Reproductive Health Matters, 18 (36): 147-157. (Bacchus et al 2010)
2. Black, Michelle C. (2011), Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians, American Journal of Lifestyle Medicine, 5: 428-439. (Black 2011)
3. Carlshamre, Maria, (2005). Report on the current situation in combating violence against women and any future action (2004/2220(INI)). European Parliament, Committee on Women's Rights and Gender Equality.
4. Center for Health and Gender Equity (1999), Ending Violence Against Women, Population Reports, L(11), December 1999, authors: Lori Heise, Mary Ellsberg, Megan Gottemoeller, Population Information Program of the Johns Hopkins University School of Public Health. (CHANGE 1999)
5. Cibic Research Institute (2000), Sexual Assault Report, March/April 2000, 3(4): 58. (Cibic Research Institute 2000)
5. Commission of The European Communities, (2005). COM (2005) 561 final, Communication from the Commission 2005 enlargement strategy paper. Brussels.
6. European Commission, (2010). Feasibility study to assess the possibilities, opportunities and needs to standardise national legislation on violence against women, violence against children and sexual orientation violence. Daphne, European Commission, Luxembourg, Publication of the European Union.
7. European Women's Lobby, (2007). Reality Check: When Women's NGOs Map Politics and Legislation on Violence against Women in Europe. Дступно на: <<http://www.womenlobby.org/spip.php?article1278>>.
8. Heise, Lorie L., Pitanguy, Jacqueline, Germain, Adrienne (1994), Violence against Women, The Hidden Health Burden, World Bank Discussion Papers, 255. (Heise et al 1994)
9. Heise, Lorie L. (1998), Violence against women: an integrated, ecological framework, Violence against women, 4(3): 262-290. (Heise 1998)
10. Ignjatovic, Tanja (2013), Consequences of Intimate Partner Violence against Women on children and the Response of Public Services, Summary (original in Serbian: Posledice koje ima nasilje prema zenama u partnerskom odnosu na decu i odgovor javnih sluzbi na ovaj problem), Autonomous Women's Center. (Ignjatovic 2013)
11. International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region (2010), Improving the Health Sector Response to Gender Based Violence, authors: Sarah Bott, Alessandra Guedes, Maria Cecilia Claramunt, Ana Guezmes. (IPPF 2010)
12. Logar, Rosa, (2008a). Good Practices and Challenges in Legislation on Violence against Women. (EGM/ GPLVAW/2008/EP.10). Expert Group Meeting on good practices in legislation on violence against women, United Nations Office at Vienna, Austria.
13. Hagemann White, Carol, (2006). Combating violence against women - Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member States. Council of Europe, Directorate General of Human Rights, Strasbourg.
14. Hagemann White, Carol, (2007). Multi-agency co-operation: structures, standards and guidelines. Conference on Support Services for Women Victims of Violence, Strasbourg, 6-7 December 2007. 66-9.
15. Kelly, Liz; Lorna Dubois, (2008). Постављање стандарда: Студија и предлог за минимум стандарда за сервисе за подршку женама које су преживеле насиље, Финални извештај. Савет Европе, Аутономни женски центар, Београд.
16. Николић Ристановић, Весна; Докмановић Мирјана, (2006). Међународни стандарди о насиљу у породици и њихова примена на Западном Балкану. Издавачко графичко предузеће Прометеј, Београд.
17. Марковић Иванка (2013), Приручник за обуку судија и тужиоца о спречавању и сузбијању насиља над женама и насиља у породици у Републици Српској
18. Perttu, Sirkka (2004), Annex 2: Intimate partner violence and its screening at the maternity and child health clinic, in Perttu & Kaselitz, Addressing intimate partner violence. Guidelines for health professionals in maternity and child health care, Finland: University of Helsinki, Palmenia Centre for Continuing Education. (Perttu 2004) Perttu,
19. Петрић Наталија; Галић Ненад (2014), Анализа усклађености законодавства и јавних политика у Босни и Херцеговини са Конвенцијом Савета Европе о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици, <http://www.potpisujem.org/doc/d4aed0dc23cdf704baa66911ec001f1f.pdf> (Фондација удружене жене 2014)
20. PRO TRAIN (2009), Improving multi-professional and health care training in Europe - Building on good practice in violence prevention, Health Care Sector, Training programme. (PRO TRAIN 2009)
21. Republic of Serbia Ministry of Health (2010), Special Protocol for the Protection and Treatment of Women Victims of Violence. (Republic of Serbia 2010)
22. UNFPA, WAVE (2014) Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package. (UNFPA and WAVE 2014)
23. UNFPA (2001), A Practical Approach to Gender-based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers & Managers, author: Lynne Stevens. (UNFPA 2001)
24. UN Secretary-General (2014), Framework of actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development beyond 2015, A/69/62. (UN Secretary-General 2014)
25. UN Secretary-General (2006), In-depth study on all forms of violence against women, A/61/122/Add.1. (UN Secretary-General 2006)
26. UN Secretary-General (2006a), Rights of the child. Note by the Secretary-General. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children,

- A/61/299. (UN Secretary-General 2006a)
27. UN Secretary-General's Study on Violence against Children, <http://www.unviolencestudy.org>.
- WHO (2013), Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy guidelines. (WHO 2013)
28. WHO (2010), Preventing intimate partner and sexual violence against women Tackling action and generating evidence. (WHO 2010)
29. WHO (2007), Preventing injuries and violence, A Guide for Ministries of Health, authors: Alexander Butchart, Alison Phinney Harbey, Etienne Krug, David Meddings, Margie Peden, Laura Sminkey. (WHO 2007)
30. WHO (2005a), Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence, authors: Claudia Garcia- Moreno, Henrica A.F.M. Jansen, Charlotte Watts, Mary Carroll Ellsberg, Lori Heise. (WHO 2005a)
31. WHO (2005b), Online question and Answer, what is the health system? <http://www.who.int/features/qa/28/en/> (WHO 2005b)
32. WHO, Health topics, Health systems, <http://www.who.int/topics/health systems/en/> (WHO health topics)
33. WHO (2003), Guidelines for medico-legal cares of victims of sexual violence, authors: David Wells, Wendy Taylor. (WHO 2003)
34. WHO (2002), World report on violence and health, editors: Etienne G Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano. (WHO 2002)
35. WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013), Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, authors: Claudia Garcia-Moreno, Christina Pallitto, Karen Devries, Heidi Stockl, Charlotte Watts, Naeemah Abrahams. (WHO et al 2013).
36. WHO, PAHO (2012), Understanding and addressing violence against women. Introduction. (WHO/PAHO 2012)
37. WHO, PAHO (2012a), Understanding and addressing violence against women. Health consequences. (WHO/PAHO 2012a)
38. WHO, PAHO (2012b), Understanding and addressing violence against women. Health consequences. (WHO/PAHO 2012b)
39. WHO, PATH (2005), Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists, authors: Mary Ellsberg, Lori Heise. (WHO/PATH 2005)
40. Women against Violence Europe (2013), PROTECT II Guidance Report, authors: Ute Rosemann, Rosa Logar, Branislava Marvanova Vargova, Hazel Kemshall, Sarah Hilder, Hannah Fisher. (WAVE 2013)
41. Women against Violence Europe (2008), Training Manual for Improving Quality Services for Victims of Domestic Violence, DAPHNE Project 2006, authors: Rosa Logar, Alina Zachar, Maria Roesslthumer, 2008. (WAVE 2008)
42. Women against Violence Europe (2006), Bridging Gaps - From Good Intentions to Good Cooperation, Manual for effective inter-agency cooperation in tackling domestic violence, authors: Rosa Logar with Ute Rosemann, Alina Zachar, Maria Roesslthumer. (WAVE 2006)
43. World Bank (1993), World Development Report 1993. (World Bank 1993)



ПОПУЛАЦИЈСКИ ФОНД УЈЕДИЊЕНИХ НАЦИЈА

ЗМАЈА ОД БОСНЕ ББ
71000 САРАЈЕВО
БОСНА И ХЕРЦЕГОВИНА
ТЕЛ: +387 33 293 570
ФАКС: +387 33 552 330
BOSNIA-HERZEGOVINA.OFFICE@UNFPA.ORG

WWW.UNFPA.BA

 UNFPA IN BIH - UNFPA U BIH

COPYRIGHT © UNFPA, 2015