

УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ – СКОПЈЕ



МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ  
МАГИСТЕРСКИ СТУДИИ ПО ЈАВНО ЗДРАВСТВО

Проценка на одговорот на здравствениот систем при родово-базирано насилство во  
Република Северна Македонија  
- Индикатори за пристапност и квалитет -  
(МАГИСТЕРСКИ ТРУД)

МЕНТОР  
Проф.д-р. Моме Спасовски

КАНДИДАТ  
Мила Царовска  
дипл. Социјален работник  
индекс. Бр. 190

*Скопје, Октомври 2023 година*

## БЛАГОДАРНОСТ

Голема благодарност кон мојот ментор Проф. д-р Моме Спасовски, за несебичната и целосна поддршка, мотивација и едукација, како и константна посветеност во целиот процес на изработка на мојот магистерски труд. Голема благодарност до мојата мајка, мојот сопруг и син за секојдневната поддршка и разбирање во текот на моето студирање, како и верба во мене, во моите цели и планови.

## Contents

РЕЗИМЕ .....	4
ABSTRACT .....	9
КРАТЕНКИ .....	13
1. ВОВЕД .....	14
1.1 Опис на темата .....	14
1.1.1 Потребата од проценка на одговорот на здравствениот систем при родово-базирано насилство .....	14
1.2 Теоретски карактеристики .....	15
1.2.1 Концептот на родово-базирано насилство и неговата врска со здравствениот систем .....	15
1.2.2. Зошто насилството врз жените е важно јавно-здравствено прашање .....	18
1.2.3 Последици по здравјето од родово-базираното насилство .....	20
1.3 Законски прописи и мерки за превенција и реагирање на родово-базираното насилство .....	23
1.3.1 Меѓународна правна рамка за зајакнување на одговорот на здравствените системи на родово-базирано насилство .....	23
1.3.1.1 Обврски на државата во рамки на меѓународното право за човекови права .....	23
1.3.1.2 Домашна правна рамка за зајакнување на одговорот на здравствениот систем на родово-базирано насилство .....	31
1.4 Основни индикатори за одговор на здравствениот систем во случаи на насилство врз жени во Република Северна Македонија .....	34
1.5 Трендови на родово – базирано насилство во Европа и Северна Македонија .....	36
2. МОТИВ ЗА ИЗРАБОТКА .....	40
3. ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО .....	41
4. ХИПОТЕЗИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО .....	42
5. МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ .....	43
5.1. Студиска популација на истражувањето .....	43
5.2. Одредување на примерокот .....	43
5.3. Дизајн на студијата и инструмент на истражувањето .....	44
5.4. Согласност .....	44
6. РЕЗУЛТАТИ .....	45

6.1	Анализа на достапноста и квалитетот на здравствените услуги за жртвите на родово-базирано насилство.....	45
6.2	Проценка на ефикасноста на законските прописи и мерки за превенција и реагирање на родово-базираното насилство .....	68
7.	ДИСКУСИЈА.....	74
7.1	Правните и институционалните капацитети на здравствениот систем.....	74
7.2	Механизми за следење на основни индикатори за здравствени услуги во случај на родово-базирано насилство.....	76
7.3	Комуникацијата и меѓусекторска соработка помеѓу здравствените работници и останатите засегнати страни (полиција, центри за социјална работа, образовни институции, јавно обвинителство) во врска со родово-базирано насилство .....	79
7.4	Податоци од други истражувања за одговор на јавно здравствениот систем на родово-базирано насилство.....	80
7.5.	Одговор на јавните здравствени системи на развиените држави .....	82
7.6.	Ограничувања на студијата.....	86
8.	ЗАКЛУЧОЦИ .....	88
9.	ПРЕПОРАКИ.....	93
10.	ЛИТЕРАТУРА.....	94
	ПРИЛОЗИ: .....	97

## РЕЗИМЕ

**ВОВЕД:** Според студијата на Светската здравствена организација, 25,4% од жените во Европа и Централна Азија доживеале физичко или сексуално насилство од интимен партнер или сексуално насилство од неинтимен партнер (СЗО и други, 2013).

Здравствениот сектор е клучна влезна точка за идентификување на РБН, обезбедување здравствена заштита на жени и девојки кои се жртви на насилство, како и нивно упатување до други неопходни услуги, како што се засолништа, советувалишта или специјализирана медицинска нега.

Зајакнувањето на капацитетите на здравствените работници за идентификување и поддршка на жените и девојките - жртви на насилство, е од клучно значење за спречување и реагирање на РБН. Многу земји во Источна Европа и Централна Азија (ЕЕСА) постигнаа значителен напредок во препознавањето на проблемот со РБН и во преземањето чекори за спречување и одговор на ова прашање преку здравствените системи.

**ГЛАВНА ЦЕЛ:** Главна цел на истражувањето е да се направи проценка на одговорот на здравствениот систем при родово-базирано насилство во Република Северна Македонија, со цел да се дадат препораки за унапредување на истиот.

**МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ:** Истражувањето е дизајнирано како проспективна аналитичка студија која е изработена врз основа на анализа на секундарни податоци и податоци кои се добиени со анкетно истражување за достапност и квалитет на здравствени услуги при одговор на РБН, односно од одговорите на здравствените работници од здравствените установи, како и интервјуа со здруженија на граѓани кои работат во оваа област, жртви на РБН во Република Северна Македонија и раководителите на центрите за упатување на жртви на сексуално насилство. Истражувањето е спроведено во периодот мај – јули 2023 година.

*Примерокот* на истражувањето претставува намерен примерок на здравствените работници во јавни и приватни здравствени установи на примарно и секундарно ниво на здравствена заштита, ангажирани лица во здруженија на граѓани, и жртви на РБН. Примерокот е одреден преку специфично дефинирани критериуми за вклучување и исклучување. Во студијата се вклучени само оние здравствени работници кои досега

пружиле здравствена заштита на жртви на РБН или се на работно место на кое може да се сретнат со случај на РБН, а кои се согласиле да бидат анкетирани и да учествуваат во истражувањето. Со анкетното истражување се опфатени 36 здравствени работници, 7 здравствени соработници (социјален работник, психолог, административни работници), 2 раководители на јавни здравствени установи од секундарно ниво, 10 ангажирани лица од здруженија на граѓани и 2 жртви на РБН.

Како *инструмент на истражување* користен е анкетниот прашалник “Проценка на одговорот на здравствените институции на родово базирано насилство” на WAVE (Women Against Violence Europe), подготвен врз основа на IPPF2010 и PRO TRAIN 2009 и официјалната алатка за мониторинг на имплементацијата на препораките од Совет на Европа (2002) за заштита на жените од насилство во земјите членки на Совет на Европа (СоЕ 2007) и 3 различни прашалника за интервју со жртви на насилство, претставници на здруженија на граѓани кои работат на проблематиката и раководителите на центрите за упатување на жртви на сексуално насилство. Прашалникот се пополнуваше доброволно и анонимно од сите испитаници.

**РЕЗУЛТАТИ:** Резултатите се анализирани во две целини, анализа на достапноста и квалитетот на здравствените услуги за жртвите на РБН и проценка на ефикасноста на законските прописи и мерки за превенција и реагирање на РБН. Во примерокот 19% од испитаниците здравствени работници се гинеколози, а 81% семејни лекари, 58% работат надвор од Скопје, останатите 42% во Скопје. Дополнително, со интервјуа се опфатени раководителите на трите центри за упатување на жртви на сексуално насилство, како и жртви и претставници на граѓански организации кои работат на РБН. Според резултатите од истражувањето, повеќето установи не дистрибуираат писмени информации за правни прашања (правила за доверливост, закони за криминализација на РБН и др.) до своите членови на персоналот. Од 36 испитаници, само 12 (33%) одговариле дека ги дистрибуираат овие информации. 44% од учесниците во истражувањето соопштиле дека медицинскиот персонал има воспоставено систем за безбедносно планирање со жените жртви, додека 45% одговориле дека тоа не е случај. Оваа изедначеност на спротивставени одговори може да укажува на несигурност на персоналот во справувањето со случаи на РБН, како и недостаток на обука и протоколи за справување со РБН. Податоците

покажуваат дека одговорите за правилата на доверливост во установите не се конзистентни. Отсуството на одговори на прашањето за доверливост од 53% од испитаниците укажува на недостаток на јасност околу правилата за доверливоста на информациите, или пак недостаток на свест кај здравствените работници за значењето на доверливоста и нивната одговорност за заштита на личните информации на пациентите. 64% од испитаниците ги наведуваат законските обврски и процесот на пријавување за давателите на здравствени услуги во случај на РБН. Повеќето (78%) од испитаниците изјавиле дека нивната установа не нуди обука за персоналот во областа на РБН, родова рамноправност и човекови права. Сепак, 19% од испитаниците изјавиле дека нивната установа го нуди овој вид обука. Иако е позитивно што некои установи нудат обуки во овие области, бројките покажуваат дека има потреба за поголем фокус и напори во обука на персоналот за РБН. Само 8 од испитаниците или 22%, потврдиле дека постојат писмени документи, како памфлети или постери, прикажани во чекалните за информирање на пациентите за РБН. Околу една третина (36%) од учесниците, соопштиле дека обуките кои ги посетиле биле мултидисциплинарни, додека за 19% обуката била само за здравствени професионалци. Околу половина од учесниците не дале одговор на ова прашање.

**ДИСКУСИЈА:** Резултатите од трудот покажува дека повеќето установи не дистрибуираат писмени информации за правни прашања (правила за доверливост, закони за криминализација на РБН и др.) до своите членови на персоналот. Некои установи немаат официјален протокол за овие информации, додека други наведуваат недостаток на интерес за темата како и недостаток на систем и протокол, или недостаток на финансиски ресурси за обука и информирање на персоналот. Овие причини покажуваат потреба од подобрување на системот за обука и информирање на персоналот во врска со правните прашања поврзани со РБН. Повеќето од медицинскиот персонал кој бил вклучен во истражувањето е свесен за мерките за заштита од РБН достапни според законодавството на земјата. Недостатокот на јасност околу правилата за доверливост на информациите, и/или недостатокот на свест кај здравствените работници за значењето на доверливоста и нивната одговорност за заштита на личните информации на пациентите, може да биде проблем за жртвите на РБН, бидејќи нивната приватност и безбедност може да биде

компромитирана. Во однос на механизмите за следење на основните индикатори за здравствени услуги во случај на РБН, причините поради кои жените не ги посетуваат здравствените служби се различни и комплексни, со разни социоекономски и културни фактори кои влијаат на пристапот до здравствените услуги. За да се овозможи пристап до здравствени услуги, потребни се подобрувања во инфраструктурата и адекватно информирање и образование на жените за значењето на редовните здравствени прегледи. Дополнително 44% од испитаниците соопштиле дека медицинскиот персонал има воспоставено систем за безбедносно планирање со жените жртви, додека 45% одговориле дека тоа не е случај. Оваа изедначеност на спротивставени одговори укажува на несигурност на персоналот во справувањето со случаи на РБН, како и недостаток на обука и протоколи за справување со РБН, што може да има сериозни последици за безбедноста на жртвите и може да ги изложи на дополнителни ризици.

Комуникацијата и меѓусекторска соработка помеѓу здравствените работници и останатите засегнати страни (полиција, центри за социјална работа, образовни институции, јавно обвинителство) во врска со РБН не е на задоволително ниво согласно податоците од истражувањето. Здравствениот систем во Република Северна Македонија има проблеми со прифаќање и препознавање на родовата динамика и последиците од РБН. Иако постојат законски и институционални механизми за справување со насилството врз жени, честопати тоа е недоволно. Иако има здравствени работници кои се обучени и се посветени на работа со жртви на насилство, многумина се соочуваат со проблеми при препознавање на насилството и пружање адекватни услуги на жртвите. Ова може да придонесе за инсуфициентно пријавување на случаи на РБН во здравствениот систем. Резултатите од ова истражување се слични со наодите од други истражувања спроведени во земјата и странство, кои се прикажани во ова поглавје. Прикажан е и одговорот на јавните здравствени системи на развиените држави: Шведска, Шпанија, Канада и Австрија.

**ЗАКЛУЧОК:** Резултатите од истражувањето покажуваат дека постои недостаток на институционални и правни капацитети во здравствениот систем во Северна Македонија за справување со насилство врз жените, а здравствените работници не демонстрираат пристап кој ја препознава родовата динамика, влијанието и



последниците од родово-базирано насилство.

**ПРЕПОРАКИ:** Континуирана обука на здравствениот кадар за аспектите на РБН вклучувајќи препознавање, комуникација и поддршка; потребен е континуиран развој на интерни политики во здравствените установи и ревизија на постојните протоколи и стандардни оперативни процедури во насока на нивна подобра операционализација, што ќе придонесе за подобар одговор на здравствениот систем на РБН; да се подобри документирањето, евидентирањето и пријавувањето на РБН во здравствениот систем, како што е и една од препораките на извештајот од ГРЕВИО.

**КЛУЧНИ ЗБОРОВИ:** родово-базирано насилство, одговор на јавниот здравствен систем, обука на здравствените работници, сексуално насилство.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** According to a study by the World Health Organization, 25.4% of women in Europe and Central Asia experienced physical or sexual violence by an intimate partner or sexual violence by a non-intimate partner (WHO et al 2013). The health sector is a key entry point for identifying GBV, providing health care to women and girls who are victims of violence, and referring them to other necessary services, such as shelters, counseling centers or specialized medical care. Strengthening the capacities of health professionals to identify and support women and girls - victims of violence is of crucial importance for preventing and responding to GBV.

Many countries in Eastern Europe and Central Asia (EECA) have made significant progress in recognizing the problem of GBV and in taking steps to prevent and respond to this issue through health systems.

**MAIN OBJECTIVE:** The main objective of the research is to assess the response of the health system to gender-based violence in North Macedonia in order to provide recommendations for its improvement.

**MATERIALS AND METHODS:** The research is designed as a prospective analytical study, which is based on the analysis of secondary data and data obtained by a questionnaire about the availability and quality of health services in response to the RBN, from the answers of health workers from health institutions, as well as interviews with associations of citizens working in this area, victims of RBN in the Republic of North Macedonia and the heads of referral centers for victims of sexual violence. The research was conducted in the period May - July 2023.

The sample of the research are health workers in public and private health institutions at the primary and secondary level, persons engaged in CSO's and victims of RBN. The sample was determined through specifically defined inclusion and exclusion criteria. Only those health workers who have provided health care to victims of RBN or are in a workplace where they may encounter a case of RBN and who agreed to participate in the research are included in the study. The survey included 36 health workers, 7 health co-workers (social worker,

psychologist and administrative workers), 2 heads of secondary level public health institutions, 10 people engaged from citizens' associations and 2 victims of RBN.

As a main research instrument is survey questioner "Assessment of the response of health institutions to gender-based violence" of WAVE (Women Against Violence Europe), prepared on the basis of IPPF2010 and PRO TRAIN 2009 and the official tool for monitoring the implementation of the recommendations from the Council of Europe (2002) on the protection of women from violence in the member states of the Council of Europe (CoE 2007) and 3 different questionnaires for interviews with victims of violence, representatives of CSO's working on the problem and heads of referral centers for victims of sexual violence. The questionnaires were filled out voluntarily and anonymously by all respondents.

**RESULTS:** The results have been analyzed in two chapters, analysis of the availability and quality of health services for victims of GBV and assessment of the effectiveness of legal regulations and measures for prevention and response to GBV. In the sample, 19% of the respondents are gynecologists and 81% are family doctors, 58% work outside Skopje, the remaining 42% in Skopje. In addition, the managers of the three referral centers for victims of sexual violence, as well as victims and representatives of civil society organizations working on RBN, were also interviewed. According to the survey results, most institutions do not distribute written information on legal issues (confidentiality rules, laws on the criminalization of RBN, etc.) to their staff members. Out of 36 respondents, only 12 (33%) answered that they distribute this information. 44% of the survey participants said that the medical staff had a safety planning system in place with female victims, while 45% said that this was not the case. This conflicting responses may indicate staff insecurity in dealing with GBV cases, as well as a lack of training and protocols for dealing with GBV. The data shows that the answers about confidentiality rules in institutions are not consistent. The absence of answers to the question of confidentiality from 53% of respondents indicates a lack of clarity about the rules for the confidentiality of information or a lack of awareness among health professionals about the meaning of confidentiality and their responsibility for protecting patients' personal information. 64% of respondents cite the legal obligations and reporting process for healthcare providers in case of GBV. Most (78%) of the respondents stated that their institution does not offer training for staff in the area of GBV, gender equality and human rights. However, 19% of respondents stated that their institution offers this type of training. While it is positive that

some facilities offer training in these areas, the figures show that there is a need for greater focus and effort in training staff for GBV. Only 8 of the respondents or 22%, confirmed that there are written documents, such as pamphlets or posters, displayed in waiting rooms to inform patients about GBV. About one third (36%) of the participants said that the trainings they attended were multidisciplinary, while for 19% the training was only for health professionals. About half of the participants did not answer this question.

**DISCUSSION:** The results show that most institutions do not distribute written information on legal issues (confidentiality rules, laws on the criminalization of GBV, etc.) to their staff members. Some facilities do not have an official protocol, while others cite a lack of interest in the topic as well as a lack of financial resources for training and informing staff. These reasons indicate a need to improve the system for training and informing staff regarding legal issues related to GBV. Most of the medical staff involved in the research is aware of the measures for protection from GBV available under legislation. Lack of clarity around information confidentiality rules, and lack of awareness among healthcare professionals about the meaning of confidentiality and their responsibility to protect patients' personal information, can be a problem for victims of GBV, as their privacy and security can be compromised. In terms of mechanisms for monitoring basic indicators of health services in the case of GBV the reasons why women do not visit health services are varied and complex, with various socioeconomic and cultural factors affecting access to health services. To enable access to health services, infrastructure improvements and adequate information and education of women about the importance of regular health examinations are needed. An additional 44% of respondents reported that medical staff had established a system for safety planning with female victims, while 45% responded that this was not the case. This conflicting response indicates staff uncertainty in dealing with GBV cases, as well as a lack of training and protocols for dealing with GBV, which can have serious consequences for the safety of victims and may expose them to additional risks.

Communication and intersectoral cooperation between health workers and other stakeholders (police, social work centers, educational institutions, and public prosecutor's office) in relation to GBV is not at a satisfactory level according to the research data. The health system in the Republic of North Macedonia has problems with accepting and recognizing gender dynamics and the consequences of GBV. Although there are legal and institutional mechanisms to deal

with violence against women, it is often insufficient. This may contribute to the under-reporting of RBN cases in the health care system. The results of this research are similar to the findings of other research conducted in the country and abroad, which are presented in this chapter. The response of the public health systems of the developed countries is also shown: Sweden, Spain, Canada and Austria.

**CONCLUSION:** The results of the research show that there is a lack of institutional and legal capacities in the health system in North Macedonia to deal with violence against women and health workers do not demonstrate an approach that recognizes gender dynamics, the impact and consequences of gender-based violence.

**RECOMMENDATIONS:** Continued training of health staff on aspects of GBV including recognition, communication and support; continuous development of internal policies in health institutions and revision of existing protocols and standard operating procedures in the direction of their better operationalization is needed, which will contribute to a better response of the health system of GBV; to improve the documentation, recording and reporting of GBV in the health system, as is one of the recommendations of the GREVIO report.

**KEY WORDS:** gender-based violence, public health system response, training of health workers, sexual violence

## **КРАТЕНКИ**

РБН Родово-базирано насилство

ОН Обединети нации

УНИЦЕФ Фонд за деца на Обединети нации

ИК Истанбулска конвенција (Конвенција на Советот на Европа за спречување и борба против насилството врз жените и домашното насилство)

ЦЕДАВ Конвенција за елиминација на сите форми на дискриминација врз жените

ЕКЧП Европска конвенција за човекови права

ЕСЧП Европски суд за човекови права

СН Семејно насилство

ЦСР Центар за социјална работа

ЈЗУ Јавна здравствена установа

ОЈО Основно јавно обвинителство

НП Народен правобранител

ПС Полициска станица

МВР Министерство за внатрешни работи

МТСП Министерство за труд и социјална политика

ГО Граѓански организации

ЗСЗ Закон за социјална заштита

КПТ Комитет за превенција на тортура

КПД Конвенција за правата на детето

## 1. ВОВЕД

### 1.1 Опис на темата

Тема на овој труд е проценката на одговорот на здравствениот систем при родово-базирано насилство (РБН) во Република Северна Македонија, со фокус на индикаторите за достапност и квалитет на здравствените услуги. Родово-базираното насилство е еден од најсериозните облици на насилство против жените и девојките, што има сериозни последици врз нивното здравје и добробит, како и врз заедниците во кои живеат. Според студија на Светската здравствена организација, 25,4% од жените во Европа и Централна Азија, доживеале физичко или сексуално насилство од страна на интимен партнер или сексуално насилство од страна на неинтимен партнер (1).

Истражувањето има за цел да ја процени ефикасноста на здравствениот систем во препознавањето, интервенцијата и лекувањето на жртвите на родово-базирано насилство, како и да го идентификуваат индикаторот за достапност и квалитет на здравствените услуги за овој проблем. Истражувањето се фокусира на Република Северна Македонија, каде што проблемот со родово-базирано насилство се смета за значаен предизвик за здравствениот систем.

Истражувањето ќе придонесе за подобрување на квалитетот на здравствените услуги за жртвите на родово-базирано насилство во Северна Македонија. Резултатите од истражувањето ќе бидат корисни за здравствените установи и организации, како и за донесување политики за подобрување на одговорот на здравствениот систем при родово-базирано насилство во Република Северна Македонија.

#### 1.1.1 Потребата од проценка на одговорот на здравствениот систем при родово-базирано насилство

Здравствениот сектор е клучна влезна точка за идентификување на РБН, обезбедувајќи здравствена грижа на жените и девојчињата – жртви на насилство, упатувајќи ги на други неопходни услуги, како што се засолништа, центри за советување, или за

специјализирана медицинска нега. За многу жртви на насилство, посетата од медицински работник е првиот, а понекогаш и единствениот чекор што им овозможува пристап до потребната поддршка и грижа.

Поради тоа, зајакнувањето на капацитетите на здравствените работници за идентификување и поддршка на жените и девојките – жртви на насилство, е од клучно значење за спречување и одговорна РБН.

Многу земји во Источна Европа и Централна Азија (ЕЕСА) имаат постигнато значителен напредок во признавањето на проблемот на РБН и во преземањето чекори за спречување и одговорна ова прашање.

Иако владите и здравствените установи имаат усвоено политики и програми за улогата на здравствениот сектор, на пример, преку развивање здравствени протоколи и упатства или дизајнирање и спроведување програми за обука на здравствените работници, РБН сè уште се третира како грижа на полицијата, наместо како прашање на јавното здравје. Во многу земји, постои потреба за понатамошно подобрување на политичката рамка за зајакнување на одговорот на здравствениот систем. Значајно е оваа рамка да се пренесе во институционализиран одговор на ниво на здравствени установи со соодветни референтни насоки, поддржани со соодветни знаења и вештини од страна на давателите на здравствена грижа за да се препознае и да се одговори на родово базираното насилство.

## **1.2 Теоретски карактеристики**

### **1.2.1 Концептот на родово-базирано насилство и неговата врска со здравствениот систем**

Насилството врз жените е дефинирано со Резолуцијата на Генералното собрание на Обединетите нации во 1993 година и Декларацијата за елиминација на насилството врз жените, како „секој акт на родово-базирано насилство кој резултира или има голема веројатност дека ќе резултира во физичко, сексуално или психолошко страдање или повреда на жената, вклучувајќи и закани со ваков вид насилство, присила или повреда на слободата, како во јавниот, така и во приватниот живот“.(2)



Насилството врз жените, треба да се сфати како:

- а) Физичко, сексуално и психолошко насилство во рамките на семејството, вклучувајќи насилство и сексуална злоупотреба на девојчињата во семејството, силување во брак, обичаи на осакатување на гениталии, не брачно насилство и насилство при експлоатација;
- б) Психолошко, сексуално и психолошко насилство во заедница, вклучувајќи силување, сексуална злоупотреба, сексуално малтретирање и застрашување на работа, во образовни и други институции, трговија со жени и присилна проституција;
- в) Физичко, сексуално и психолошко насилство, спроведено или поддржано од државата, кога и да се случи. (3)

Во Република Северна Македонија, во јануари 2021 година е донесен Закон за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство.

Со овој Закон се уредува постапувањето на институциите со должно внимание при преземањето мерки за превенција од родово-базирано насилство врз жените и семејното насилство, постапувањето на институциите за заштита на жените од родово-базирано насилство и семејното насилство, меѓусебната координација на институциите и организациите, услугите за заштита на жртвите и собирањето податоци за родово-базирано насилство врз жените и семејното насилство.

Целта на Законот е превенција и спречување на родово-базирано насилство врз жените и семејното насилство, ефективна заштита на жртвите од каков било облик на родово-базирано насилство врз жените, како и на жртвите на семејно насилство, со почитување на основните човекови слободи и права загарантирани со Уставот на Република Северна Македонија и меѓународните договори ратификувани во согласност со Уставот на Република Северна Македонија. Целта на законот се заснова на принципот на еднаквост и елиминирање на стереотипите за родовите улоги.

Според Законот, насилство врз жените е кршење на човековите права, дискриминација врз жените, и ги означува сите дејствија на родово-базирано насилство што доведуваат или веројатно ќе доведат до физичка, сексуална, психичка или економска повреда, или

страдање на жените, вклучувајќи и директни и индиректни закани и заплашување за такви дејствија, изнуда, произволно ограничување и/или лишување од слобода, без оглед дали се случуваат во јавниот или приватниот живот;(4)

„Родово-базирано насилство врз жените“ е насилство насочено против жената затоа што е жена или кое што несразмерно ја погодува.

Родово-базираното насилство врз жените ги опфаќа причините и резултатот од нееднаквиот однос на моќта помеѓу жените и мажите како резултат на општествен, а не индивидуален проблем;

„Семејно насилство“ е малтретирање, навредување, загрозување на сигурноста, телесно повредување, полово или друго психичко, физичко или економско насилство со кое се предизвикува чувство на несигурност, загрозување или страв, вклучувајќи и закани за такви дејствија, спрема брачен другар, родителите или децата или други лица кои живеат во брачна или вонбрачна заедница или заедничко домаќинство, како и спрема сегашен или поранешен брачен другар или вонбрачен партнер или лица кои имаат заедничко дете или се наоѓаат во блиски лични односи, без оглед дали сторителот го дели или го делел истото живеалиште со жртвата или не.

Главните причини за родовото насилство се родовата нееднаквост и дискриминација. Сепак, тоа е исто така обликувано од интеракција на широк спектар фактори, вклучително и историјата на колонијализам и постколонијална доминација, иницијативи за градење нации, вооружени конфликти, раселување и миграција.

Дополнително, специфичните изразувања на насилство врз жените во различни контексти се под влијание на економскиот статус, раса, етничка припадност, класа, возраст, сексуална ориентација, попреченост, националност, религија и култура. Родовото насилство има многу форми, вклучувајќи насилство од интимен партнер, брачно силување, сексуално насилство, насилство поврзано со мираз, женско чедоморство, сексуална злоупотреба на женски деца, осакатување/сечење женски гениталии и други традиционални практики штетни за жените, малолетнички брак, принуден брак, насилство извршено против домашни помошнички, трговија со луѓе и други форми на експлоатација (1). Најчестиот облик на насилство доживеан од страна

на жените и девојките на глобално ниво е семејното насилство, што најчесто го врши машки партнер врз партнерка.

Светската здравствена организација (СЗО) во Студија на повеќе земји за женското здравје и домашно насилство, покажа дека доживотна преваленца на физичко или сексуално насилството од партнерот, или и двете, варира помеѓу 15 проценти и 71 процент во десет земји (5).

Очигледно е дека жените, исто така вршат насилство врз мажите, и тоа насилството може да се случи и кај истополови парови. Сепак, огромно бreme за насилство од интимен партнер се носи од страна на жените. Дополнително, жените имаат многу поголема веројатност да претрпат повреди како резултат на насилство од машки партнер, отколку кога мажите трпат насилство од партнерка (6).

### **1.2.2. Зошто насилството врз жените е важно јавно-здравствено прашање**

Едно од темелните права на човекот е и правото на квалитетна здравствена заштита, што секако, подразбира и безбедност на пациентот. Прв приоритет на македонскиот здравствен систем, според Законот на здравствена заштита на Република Северна Македонија, е правото за квалитетот и сигурноста во здравствената дејност (7).

„Во светот, се проценува дека насилството врз жените е исто толку сериозна причина за смрт и неспособност кај репродуктивните жени како што е ракот, а сè почеста појава причина за лошо здравје кај жените, отколку сообраќајните несреќи и маларијата заедно“ (8).

Родово-базираното насилство е голем јавно-здравствен проблем кој може да се спречи. Институциите од здравствениот систем се единствените кои комуницираат со речиси секоја жена во државата во одреден момент од нејзиниот живот.

Меѓународните истражувања постојано покажуваат дека жените изложени на насилство ги посетуваат здравствените служби почесто од жените кои не биле злоупотребени. Даватели на здравствени услуги – особено оние кои служат во одделенијата за итни

случаи, женско здравје, мајки и деца и пренатални прегледи, имаат клучна улога во откривањето, упатувањето и грижата за жените кои живеат со насилство.

Интервенции од страна на давателите на здравствени услуги, потенцијално можат да ги ублажат кратките и долгорочни здравствени ефекти на родово-базирано насилство врз жените и нивните семејства.

Исто така, од витално значење е да се напомене дека нема здравствен систем во било која земја, кој е имун на внатрешно родово-базирано насилство.

Како што истакнува Фондот за население при Обединетите нации, прекршувањето на репродуктивните права во здравствениот сектор (како недостапност или нарушување на средства за контрацепција, осудувачки или пристрасен третман врз основа на репродуктивен статус или избор, принудно семејно планирање и советување, одбивање на контрацептивни средства и присилна стерилизација) се форми на родово-базирано насилство (9).

Ова треба да се земе предвид при национални мерки и акции за градење на институционални капацитети за одговор на родово-базирано насилство. Покрај зголемените докази за сериозни здравствени последици од родово насилство, здравствени системи во многу земји не се насочени кон решавање на ова прашање. Истражувањата покажуваат дека здравствените работници во многу земји не добиваат обука за постапување при родово-базирано насилство и не ја препознаваат нивната улога во справување со овој проблем (10).

Давателите на здравствени услуги се членови на дадено општество и ги рефлектираат доминантните социо-културни ставови на заедницата, што може да придонесе за родово-базирано насилство. Во здравствениот систем, како и секаде на друго место, неизбежно има и жртви и сторители на родово-базирано насилство. Затоа, постои голема потреба да се сензибилизираат здравствените работници за род и родово насилство. Понатаму, многу е важно да се работи на подобрување на капацитетот на здравствените системи за да тие реагираат ефикасно и чувствително на родово-базирано насилство.

Препознавањето дека родово-базираното насилство е јавно-здравствен проблем, не значи дека треба да се очекува само здравствениот систем да се сам справи со овој проблем. Справувањето со родово-базирано насилство може да биде ефикасно само со

усогласен и координиран напор од низа сектори, вклучувајќи ги социјалните служби, судството, полицијата, медиумите, верските организации и бизнисот. Затоа, здравствениот сектор треба да има важна улога во рамките на мултисекторската рамка за справување со родово-базирано насилство.

Дополнително, во Законот за евиденции во здравството, е предвидено да се пополни Пријавата-образец за повреди од насилство, во три копии, и да се следи жртвата во натамошниот третман, каде што се дополнуваат податоци од соодветните служби: Полиција и Центар за социјална работа, со цел да се спречи секундарната виктимизација на жртвите на насилство.

Здравствениот работник, документацијата со којашто располага во однос на состојбата во којашто се наоѓа жртвата на семејното насилство, во согласност со жртвата, ја проследува до релевантните институции коишто се вклучени во интегрираниот и координираниот систем на интервенции за помош на жртвите на семејно насилство, согласно важечките законски прописи, а тие се должни добиените податоци да ги третираат како доверливи, во согласност со Законот за заштита на пациентите и Законот за заштита на личните податоци. Здравствените работници се должни да го почитуваат правото на избор на жртвата во сите случаи, освен во случаите во кои здравствениот работник ќе оцени дека животот на жртвата се доведува во опасност поради ризик од можно насилство и/или сторено насилство или во случаи на опасност за траен тежок инвалидитет. На барање на судските органи, здравствените работници/вештите лица имаат обврска да обезбедат во рамките на судските постапки, проценка на насилството/повредата и начинот на кој тоа настанало.

### **1.2.3 Последици по здравјето од родово-базираното насилство**

Родовото насилство има широк спектар на последици по физичкото, менталното и репродуктивното здравје кои најчесто се рефлектираат долго по извршеното насилство(11).

### **Физичко здравје**

Физичкото родово-базирано насилство од интимен партнер маж, често предизвикува сериозни телесни повреди, вклучувајќи модринки, исеченици, помодрени очи, изгореници, потрес на мозокот, скршени коски, повреди од ножеви и други предмети, вклучувајќи трајни повреди, како и физичко обезличување од изгореници или каснувања. Насилството врз жените и девојките во семејството може да биде дури и фатално. Ова го покажуваат и податоците од низа земји каде повеќето убиени жени се жртви на актуелни или поранешни партнери (12). Покрај тоа, се случува жените да посегнат и по самоубиство, како последно средство за излез од насилството.

Жените кои често се жртви на физичко насилство имаат помалку дефинирани соматски поплаки, вклучително хронични главоболки, болки во стомакот и карлицата и мускулни болки (13).

### **Ментално здравје**

Постојаното родово насилство врз жените може да ја наруши нивната отпорност и ги ставаат во ризик да развијат психолошки проблеми, како што се страв, анксиозност, замор, нарушувања на спиењето и исхраната, депресија и пострауматско стресно нарушување. Пронајдени се и врски помеѓу физичкото насилство и повисоки стапки на психијатриски третмани, обиди за самоубиство, како и зависност од алкохол и дрога.

Жените кои преживеале насилство најчесто појавуваат психолошки тешкотии, како што се зголемен страв, лутина, анксиозност, депресија, вина, самообвинување, губење на довербата, повлекување и пострауматски синдром (14).

### **Репродуктивно здравје**

Физичкото и психолошкото родово насилство имаат директни последици и врз репродуктивното здравје непосредно преку ризиците настанати од принуден сексуален однос или индиректно преку психолошки ефекти кои доведуваат до ризично однесување. Студии во САД укажуваат на тоа дека жените жртви на физичко насилство, за време на бременоста имаат двојно поголем ризик од спонтан абортус и четирипати поголем ризик да имаат бебе со ниска родилна тежина од жените кои не се

жртви на насилство (15). Во голем број други земји утврдено е дека физичкото насилство е поврзано со повисоки стапки на абортуси, спонтани абортуси, мртвородени и одложен влез во антенатална грижа. Истражувањата, исто така, покажуваат дека жените кои доживуваат насилство од интимен партнер за време на бременоста се изложени на поголем ризик од обиди за самоубиство, отколку жените кои не се бремени (16).

Жените жртви на насилство имаат повеќе несакани бремености, повисоки нивоа на плодност и намалена способност за постојано користење контрацептивни средства.

Ова укажува дека жените кои доживеале насилство имаат помала контрола врз нивниот избор за репродуктивно здравје (17).

Жените кои доживеале сексуално насилство се со зголемен ризик од несакана бременост, небезбеден абортус, сексуално преносливи инфекции, вклучително и ХИВ, неплодност, карлична болка или карлично воспаление и инфекции на уринарниот тракт. Таквото насилство е поврзано и со тешки сексуални проблеми и нарушувања на менталното здравје (18).

### **Здравствени ризици за децата**

Истражувањата покажуваат дека девојките кои доживуваат сексуалната злоупотреба може да развијат низа проблеми со менталното здравје, вклучувајќи депресија, ПТСД, ниска самодоверба, анксиозност, самоповредување и самоубиствени идеи (19).

Истражувањата, исто така, укажуваат дека може да има други долгорочни здравствени последици по девојче кое доживеало сексуално насилство, како што се, лошо физичко здравје, злоупотреба на супстанции и тешкотии во воспоставување на меѓучовечки односи, вклучително и зголемен ризик од сексуално насилство во текот на животот (20).

Влијанието на домашното насилство е исто така значајно врз децата. Децата кои се сведоци на насилство во домот може да претрпат значителни негативни социјални, емоционални, бихевијорални и едукативни последици.

Последиците може да вклучуваат проблеми во развојот и учењето, слаба концентрација и ограничени социјални вештини, агресивно и неусогласено однесување, ниска самодоверба, депресија и анксиозност (21).



Табела 1: Здравствени последици од насилство врз жени и девојки, извор: WHO, World report on violence and health. 2002, World Health Organisation: Geneva. Стр. 101

### 1.3 Законски прописи и мерки за превенција и реагирање на родово-базираното насилство

#### 1.3.1 Меѓународна правна рамка за зајакнување на одговорот на здравствените системи на родово-базирано насилство

##### 1.3.1.1 Обврски на државата во рамки на меѓународното право за човекови права

Родово-базираното насилство претставува кршење на човековите права на жените. Според меѓународното право за човекови права, државите со тоа се обврзани да ги



спречат, вршат истрага и кривично да ги гонат таквите прекршоци и да им обезбедат правен лек на жените жртви на насилство, што вклучува заштита, поддршка и надомест на штетата. Оваа обврска, исто така ја вклучува и должноста да се подобри одговорот на здравствениот сектор на РБН. Содржината на обврските на државите е наведена во голем број меѓународни конвенции и декларации за човекови права. Ова подпоглавје дава преглед на селектирани документи за човековите права за водење на системот за здравствена заштита во одговор на РБН во регионот на Источна Европа и Централна Азија.

- Конвенција на Обединетите нации за елиминација на сите форми на дискриминација на жените (CEDAW)

Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација врз жените (CEDAW) беше усвоена од страна на Генералното собрание на Обединетите нации во 1979 година. Таа обезбедува законска обврзувачка рамка за државните мерки за ставање крај на дискриминацијата на жените во сите сфери на животот: политичка, економска, социјална, културна и граѓанска, или секоја друга област. Сите држави во Источна Европа и Централна Азија ја имаат ратификувано оваа Конвенција и затоа се обврзани да ги спроведуваат нејзините одредби во нивните земји.

Интересно е тоа што Конвенцијата не го споменува експлицитно насилството врз жените. Причината за овој пропуст е тоа што во 1970 година, кога бил изготвен текстот за Конвенцијата, РБН, особено насилството во домот, сèуште не се сметало како прашање на човековите права. Комитетот на CEDAW го затвори овој јаз во 1992 година, кога се донесе Општата препорака бр.19 за насилството врз жените. Овој документ појаснува дека РБН врз жените претставува еден вид „дискриминација“, и поради тоа е опфатено во Конвенцијата (за дефиницијата на Комитетот за РБН, види поглавје 1.1). Во 1994 година, Комитетот на CEDAW донесе уште еден важен документ, Општата препорака бр.24 за жените и здравјето, со која се утврдуваат обврските на државите да стават крај на дискриминацијата на жените во областа на здравствената заштита и да се обезбеди еднаков пристап на жените до здравствените услуги. Она што е важно е дека Општата препорака бр.24, исто така, се однесува и на улогата на здравствениот сектор

во одговор на РБН. И двете Општи препораки ги утврдуваат обврските на земјитечленки од Конвенцијата за елиминирање на РБН, вклучително и преку зајакнување на одговорот на системот за здравствена заштита.

Стандарди на CEDAW за ефективен одговор на државата на РБН (Општа препорака бр.19):

- Проверете дали законите против РБН обезбедуваат соодветна заштита за сите жени. Ефективните правни мерки вклучуваат казнени санкции, граѓански правни лекови и компензаторни одредби.
- Спроведување обука за родова чувствителност на јавните службеници, вклучувајќи ги судиите и полицијата.
- Да ги обезбедат жените поранешни жртви со ефективни процедури на поднесување тужби и правни лекови, вклучувајќи и барање надоместок.
- Воспоставување или поддршка на соодветни заштитни услуги и служби за поддршка на жените кои доживеале или се изложени на ризик од насилство, силување, сексуална злоупотреба и други форми на РБН. Ова ја вклучува и обврската да се обезбедат засолништа, специјално обучени здравствени работници, рехабилитација и советодавни услуги, и да се осигура дека таквите услуги се достапни за жените од руралните области.
- Да се преземат превентивни мерки, вклучувајќи информации од јавен карактер и образовни програми за надминување на ставовите, обичаите и практиките кои го одржуваат РБН.
- Собирање статистички податоци и истражување на степенот, причините и последиците од РБН, и за ефикасност на мерките за превенција и одговор на насилството. (22)

CEDAW стандарди за зајакнување на одговорот на здравствениот систем на РБН (Општа препорака бр.24):

- Донесување и спроведување закони, политики, протоколи и процедури за справување со насилството врз жените и девојките и обезбедување соодветни здравствени услуги.

- Спроведување сеопфатна национална стратегија за унапредување на здравјето на жените во текот на нивниот животен век, вклучувајќи и интервенции како одговор на РБН и обезбедување пристап до висококвалитетна и достапна здравствена заштита, вклучувајќи и служби за полово и репродуктивно здравје.
  - Отстранување ги сите пречки за пристап на жените до здравствени услуги, образование и информации.
  - Обезбедување пристап на жените до службите за здравствена заштита во согласност со човековите права на жените, вклучувајќи го и нивното право на автономија, приватност, доверливост, информирана согласност и избор. Понатаму, услугите треба да бидат доставени на начин на којшто ќе се почитува достоинството на жените и ќе биде чувствителен на потребите и перспективите на жените. (22)
- Програма за акција на меѓународната конференција за население и развој (ICPD)

Програмата за акција усвоена на Меѓународната конференција за население и развој (ICPD) во Каиро, во 1994 година, ги истакна необјаснивите врски помеѓу населението и развојот, како и важниот придонес за еманципацијата на жените и пристапот на луѓето до образованието и здравството, вклучувајќи го и репродуктивното здравје на жените и индивидуалниот напредок и рамномерен развој. Унапредувањето на родовата еднаквост, елиминирањето на насилството врз жените и обезбедувањето можност на жените да ја контролираат својата плодност се признаваат како камен-темелници на политиките за население и развој. За таа цел, земјите кои се посветени на ова прашање, меѓу другото, ги елиминираат сите форми на експлоатација, злоупотреба, насилство и малтретирање врз жени, адолесцентки и девојки. Важен аспект на Платформата за акција е нејзиниот фокус на репродуктивните права и репродуктивното здравје, и ја изразува посветеноста на владите да го направат системот за примарна здравствена заштита на репродуктивното здравје да биде достапен за сите лица на соодветната возраст. Документот го дефинира репродуктивното здравје како *„состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба на сите аспекти поврзани со репродуктивниот систем и неговите функции и процеси. Тоа значи дека луѓето се*

*способни да се размножуваат и слободно да одлучуваат дали, кога и колку често ќе го сторат тоа.*“ Репродуктивното здравје, исто така, го вклучува и сексуалното здравје, со цел подобрување на животот и личните односи. Концептот на репродуктивни права вклучува: право на поединци и двојки да одлучуваат слободно и одговорно за бројот, растојанието и времето на раѓање на своите деца и да имаат средства и информации за тоа; право да го достигнат највисокиот стандард на сексуално и репродуктивно здравје; како и право да одлучуваат за репродукција без дискриминација, принуда и насилство (UNDPI 1995). (22)

- Договорени заклучоци на 57. Седница на Комисијата за статусот на жените

Комисијата за статусот на жените (ЦСР) на својата 57. Седница во 2013 година ги усвои Договорените заклучоци за „отстранување и превенција на сите форми на насилство врз жени и девојки“. Делот А, од документот, се повикува на подобро спроведување на постоечките закони и политики за да се стави крај на насилството врз жените, со овозможување пристап на жените до правда, развој и имплементација на ефективни мултисекторски политики и стратегии и распределба на доволно средства за нивна реализација. Во дел Б, се наведени мерките за справување со дискриминацијата и структурното насилство како коренски причини и фактори на ризик за насилство врз жените. Делот В, содржи многу детални одредби за решавање на проблемот и ја споменува, меѓу другото, потребата од независни засолништа за жени и други услуги. Таквите услуги треба да бидат достапни, сеопфатни и да вклучуваат координација на сите релевантни актери, вклучително и полицијата, судството, правна помош, здравствена заштита и советодавни услуги. Таквите центри, исто така, го поттикнуваат здравствениот сектор да одговори на РБН и да обезбеди достапни и квалитетни здравствени услуги. Исто така, апелира до владите да одговорат на последиците по физичкото, менталното, сексуалното и репродуктивното здравје од насилството врз жените и девојките преку обезбедување на достапна здравствена заштита. Таквите служби треба да одговорат на ургентни ситуации (траума) и да вклучуваат прифатливи, безбедни, ефикасни и со добар квалитет лекови, првостепена поддршка, третман на повредите и психосоцијална и ментална поддршка, ургентна контрацепција, безбеден

абортус кога таквите услуги се дозволени со националното право, профилакса за ХИВ инфекција по изложувањето, дијагноза и третман на сексуално преносливи инфекции, како и форензички прегледи од страна на соодветно обучени професионалци. Понатаму, здравствените работници треба да се обучени ефикасно да ги идентификуваат и да ги третираат жените поранешни жртви на насилство. Во дел Г, се истакнува потребата за истражување и сеопфатно собирање податоци за насилство врз жените, за да се осигура дека формулацијата на новите закони и политики и адаптацијата или прилагодувањето на постоечките стандарди да се базира на цврсти докази. Неколку одредби од договорените заклучоци ја потенцираат важната улога на работата на женските НВО за да се стави крај на насилството врз жените. (22)

- Конвенцијата на Советот на Европа за превенција и борба против насилството врз жените и семејното насилство (Истанбулска конвенција)

На 7 април 2011 година, Комитетот на министри на Советот на Европа ја усвои Конвенцијата за спречување и борба против насилството врз жените и семејното насилство. Бидејќи е донесена во Истанбул, овој документ е често нарекуван „Истанбулска конвенција“. Конвенцијата стапи на сила на 1 август 2014 година заклучно со 30 јуни 2014 година и беше ратификувана од страна на единаесет земји, вклучувајќи ги следниве ИЕЦА земји: Албанија, Босна и Херцеговина, Црна Гора, Србија и Турција. Бившата Југословенска Република Македонија и Украина ја имаат потпишано, но сè уште не е ратификувана. Истанбулската конвенција е отворена за пристапување и на оние земји кои не се членки на Советот на Европа. Поради тоа, земјите, како што се Белорусија или државите на Централна Азија, исто така, може да пристапат кон Конвенцијата.

Истанбулската конвенција обезбедува детална, сеопфатна и законски обврзувачка рамка за државните мерки за елиминирање на РБН, што ги опфаќа, меѓу другото, следниве области:

Интегрирани политики и собирање на податоци: Ова ја вклучува обврската за донесување и спроведување на сеопфатни и координирани политики за спречување и борба против сите форми на насилство, ги поставува правата на жртвата во центарот и

се спроведува преку ефективна соработка меѓу сите релевантни организации (член 7), обврска за поддршка и ефикасна соработка со соодветните невладини организации (член 9), како и обврска да се соберат расчленетите релевантни статистички податоци и поддршка на истражувањата на насилството врз жените (член 11).

Превенција: Меѓу другото, Конвенцијата воспоставува обврска да се обезбеди обука на релевантните стручни лица кои се занимаваат со жртвите на насилство за родова еднаквост, спречување и откривање на овој вид насилство, потребите и правата на поранешните жртви, и како да се спречи секундарната виктимизација. Ваквата обука, исто така, треба да опфати и координирана мултиагенциска соработка со цел да обезбеди сеопфатни и соодветни упатувања на услугите (член 15).

Заштита и поддршка: Земјите треба да им обезбедат пристап на жртвите до соодветните служби за поддршка за да им помогнат во нивната рехабилитација од насилството. Ова ги вклучува здравствените и социјалните услуги кои се соодветно екипирани и опремени со професионалци, кои се обучени да им помогнат на жртвите и да ги упатат до соодветните служби (член 20). Понатаму, Конвенцијата предвидува соодветни и лесно достапни засолништа и кризни центри за жртви на силување или сексуално насилство што треба да постојат во доволен број (член 23, 25), и национални 24/7 отворени телефонски линии за помош, кои ќе работат бесплатно и ќе обезбедуваат доверливи совети (член 24). Земјите треба да се осигураат дека жртвите ќе добијат соодветни и навремени информации за достапните услуги за поддршка и правни мерки, на јазик што го разбираат (член 19). Конвенцијата, исто така, ги утврдува основните принципи за обезбедување на услуги (член 18, види поглавје 2.5, рубрика 8).

- Министерска Одлука на Советот (Организација за безбедност и соработка во Европа) бр. 15/05 – Спречување и борба против насилството врз жените

Сите земји во Источна Европа и Централна Азија се земји учеснички на Организацијата за безбедност и соработка во Европа (ОБСЕ), а со тоа се и политички обврзани со одлуката на Советот на министри бр. 15/05 „Спречување и борба против насилството врз жените“, донесена во 2005 година.

Декларацијата се однесува на насилството врз жените, како кршење на човековите права и закана за безбедноста на луѓето (Преамбула). Таа ги повикува земјите членки на ОБСЕ да „ги преземат сите потребни законски, политички и програмски мерки за мониторинг и евалуација за промоција и заштита на целосното уживање на човековите права на жените и за спречување и борба против сите форми на родово засновано насилство врз жени и девојки.“ Државите, особено, треба да ги преземат, меѓу другото, следниве мерки:

Заштита и поддршка: да се осигура дека жените поранешни жртви, имаат целосен, еднаков и навремен пристап до правдата и ефективни правни лекови, медицинска и социјална помош, доверливо советување и засолниште; за донесување и спроведување закони кои ќе го криминализираат РБН и за воспоставување на соодветна правна заштита; да се обезбеди навремена физичка и психичка заштита на жртвите, вклучувајќи и соодветни мерки за заштита на сведоците; да врши истрага и да ги гони сторителите (22).

#### Други упатства за здравствените работници

Во 2013 година, Светската здравствена организација (СЗО) објави комплет на упатства базирани на докази, за да се подобри одговорот на системот за здравствена заштита на насилството од интимен партнер и сексуалното насилство, насловен како „Одговор на насилството од интимен партнер и сексуално насилство врз жените. СЗО - клинички и политички насоки“. Целта на овој документ е да обезбеди упатства на здравствените служби за тоа како да одговорат на насилството врз жените. Истовремено, се обраќа и на креаторите на политиките, поттикнувајќи подобра координација и финансирање на службите, како и поголемо внимание да се одговори на насилството врз жените во рамките на програмите за даватели на здравствена заштита. Упатствата ги опфаќаат следниве области:

- Идентификација и клиничка нега на жртви на насилство од интимен партнер;
- Клиничка нега на жртви на сексуален напад;

- Обука од областа на насилство од интимен партнер и сексуално насилство врз жените;
- Политика и програмски пристапи кон обезбедување на услуги; и
- Задолжително пријавување на насилството од интимниот партнер.

### **1.3.1.2 Домашна правна рамка за зајакнување на одговорот на здравствениот систем на родово-базирано насилство**

- Закон за спречување и заштита од насилство врз жените

Законот за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство (4) е важен правен инструмент во борбата против родово-базираното насилство во Република Северна Македонија. Овој закон определува мерки за заштита на жртвите, како и обврски за различни институции и сектори во друштвото, вклучувајќи го и здравствениот систем.

Од аспект на обврските за здравствениот систем, законот ги определува следните мерки:

Здравствените установи имаат обврска да обезбедат незабавна и ефикасна медицинска помош на жртвите на насилство. Тие мора да го препознаат и пријават случајот на насилство, да ја заштитат жртвата, да ги лекуваат повредите и да ги препратат на соодветни услуги, како психолошка и правна помош.

Здравствените установи имаат обврска да ја заштитат приватноста и доверливоста на жртвите на насилство. Овие установи мора да ги заштитат личните податоци на жртвите, да ги заштитат од нови форми на насилство и да ги препратат на соодветни услуги, каде што е неопходно.

Здравствените установи имаат обврска да ги нудат услугите за менталното здравје на жртвите на насилство. Овие услуги може да вклучуваат проценка и терапија, како и советување, со цел да се помогне жртвата да ја надмине траумата.

Здравствените установи имаат обврска да ги документираат случаите на насилство. Ова мора да вклучува документирање на повредите, деталите за насилникот и секоја друга информација која може да биде корисна во случај на правна постапка.

Здравствените установи имаат обврска да го известат компетентниот орган во случај на започнување правна постапка. Ова мора да биде сторено веднаш откако ќе биде



забележан случајот на насилство, а може да се направи и без одобрување на жртвата, освен ако жртвата е малолетна.

Здравствените установи имаат обврска да ги нудат услугите за контрацепција и превенција на болести, како и да им обезбедат информации и услуги за сексуално здравје.

Здравствените установи имаат обврска да ја обезбедат поддршката на жртвите на насилство. Ова мора да вклучува обезбедување на средства за комуникација и поддршка од страна на соодветни експерти.

Здравствените установи имаат обврска да обезбедат обука на своите вработени за препознавање на насилството врз жените и семејното насилство, како и за постапување во случај на забележано насилство. Врз основа на член 12 став 1 од Законот за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство заради сеопфатно, ефикасно и со должно внимание преземање мерки за превенција, спречување и заштита од насилство врз жени и семејно насилство, во согласност со законските овластувања на сите надлежни субјекти во оваа област во 2023 година донесен е Протоколот за меѓусебна соработка за преземање мерки за превенција, спречување и заштита од насилство врз жени и семејно насилство. Со овој протокол треба да се обезбеди системски и координиран пристап во постапувањето на сите надлежни субјекти што работат на заштитата, помошта и поддршката на жртвите на насилство врз жените и семејното насилство. Протоколот ги уредува видовите, начинот и содржината на соработката помеѓу надлежните субјекти при преземањето мерки за превенција, спречување и заштита на жртвите на насилство врз жените и семејното насилство и преземање законски мерки против сторителите на овие форми на насилство (23).

- Закон за здравствена заштита

Член 1 од Законот за Здравствена заштита го дефинира следното: Со овој закон се уредуваат прашањата кои се однесуваат на системот и организацијата на здравствената заштита и вршењето на здравствената дејност, загарантираните права и утврдените потреби и интереси на државата во обезбедувањето здравствената заштита,

здравствените установи, обврските на здравствените работници и здравствените соработници, квалитетот и сигурноста во здравствената дејност, вршењето на здравствена дејност во вонредни услови и надзорот над вршењето на здравствената дејност. Со овој член, се поставуваат начелата на здравствениот систем на Република Северна Македонија, кој се темели на загарантирани здравствени права, обврските на здравствените работници/соработници, квалитетот и сигурноста на услугите, вршење на здравствена дејност како и надзор на вршењето на здравствената дејност. Доколку се водиме само според овој член, за жртвите на родово-базирано и семејно насилство, законот пропишува дека државата на своите граѓани треба да им обезбеди пристап до квалитетни и сигурни здравствени услуги и институции преку обврските на здравствените работници и соработници, и надзор врз вршењето на здравствената дејност. Дефиницијата на здравствената заштита која е под Член 2, опфаќа систем на општествени и индивидуални мерки, активности и постапки и овој член треба да се надополни со родово-базирано/семејно насилство и последиците од оваа негативна општествена појава. Во делот за обезбедување на остварувањето на загарантираните права, утврдени потреби и интереси од страна на Република Северна Македонија, Член 16 предвидува: На сите граѓани на Република Северна Македонија им се обезбедува остварување на со овој закон загарантираните права, утврдени потреби и интереси, по што во самиот закон се наведени мерки и активности преку кои граѓаните ќе ги остварат нивните загарантирани права. Член 17 дава осврт на мрежата на здравствени установи за заштита на примарно ниво, на секундарно ниво на здравствена заштита за вршење на специјалистичко-консултативна и болничка здравствена дејност и терцијарно ниво на здравствена заштита за вршење на најсложените здравствени услуги во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена дејност кои не е можно, или не е добро да се вршат на пониските нивоа на здравствената дејност (7).

- Закон за евиденции во здравството

Во Законот за евиденции во здравството е предвидено да се пополни Пријавата-образец за повреди од насилство во три копии, и да се следи жртвата во натамошниот третман, каде што се дополнуваат податоци од соодветните служби: Полиција и Центар за

социјална работа, со цел да се спречи секундарната виктимизација на жртвите на насилство.

Здравствениот работник, документацијата со којашто располага во однос на состојбата во којашто се наоѓа жртвата на семејното насилство, во согласност со жртвата, ја проследува до релевантните институции коишто се вклучени во интегрираниот и координираниот систем на интервенции за помош на жртвите на семејно насилство, согласно важечките законски прописи, а тие се должни, добиените податоци да ги третираат како доверливи, во согласност со Законот за заштита на пациентите и Законот за заштита на личните податоци. Здравствените работници се должни да го почитуваат правото на избор на жртвата во сите случаи, освен во случаите во кои здравствениот работник ќе оцени дека животот на жртвата се доведува во опасност поради ризик од можно насилство и/или сторено насилство или во случаи на опасност за траен тежок инвалидитет. На барање на судските органи, здравствените работници/вештите лица обезбедуваат, во рамките на судските постапки, проценка на насилството/повредата, начинот на настанување, условите во кои што настанала повредата.

#### **1.4 Основни индикатори за одговор на здравствениот систем во случаи на насилство врз жени во Република Северна Македонија**

Индикатори на здравствена дејност се инструментите или показателите кои ја покажуваат состојбата на здравствената служба и нејзината функционална активност, и се од особена важност за планирање и управување со здравствената служба. Врз основа на индикаторите, може да дојдеме до важни заклучоци за тоа колку е ефективна, ефикасна и квалитетна здравствената заштита (24).

Еден од четирите критериуми поставен од страна на Комитетот за економски, социјални и културни права, кој служи за евалуација на правото на достигнување највисок достиген стандард на здравјето, е достапноста. Под неа се подразбира дека функционалните здравствени установи, добра и услуги, како и програми треба да бидат достапни во доволен квантитет. Ова ги вклучува основните карактеристики на здравјето, како безбедна вода за пиење, адекватна санитација и канализација, клиници и други здравствени установи, обучен медицински персонал и лекови од позитивната листа. Пристапноста, исто така, означува дека сите здравствени установи, добра и

услуги мора да бидат пристапни до сите, без дискриминација. Пристапноста има четири преклопувачки димензии: недискриминација, физичка пристапност, економска пристапност (достапност) и пристап до информации.

Квалитетот на здравствената заштита подразбира збир на мерки кои ќе се преземат во текот на пружањето на здравствената услуга, а со кои мерки ќе се овозможи поволен исход на лекувањето и спречување на несаканите „случувања“. Секако, дека централно место во системот на квалитетна здравствена заштита зазема пациентот, па затоа здравствените установи мора да обезбедат услови и да преземат мерки кои гарантираат здравје и сигурност, односно безбедност на пациентот. Индикаторите за квалитет претставуваат показатели со кои се мери квалитетот на здравствената заштита, и се наменети за извршителите на здравствената заштита за да тие самите имаат преглед и надзор над квалитетот на услугите кои ги пружаат. Индикаторите им даваат информации и на пациентите, за тоа каква услуга ќе добијат и каков е квалитетот на услугите кои ги пружа одредена здравствена установа.

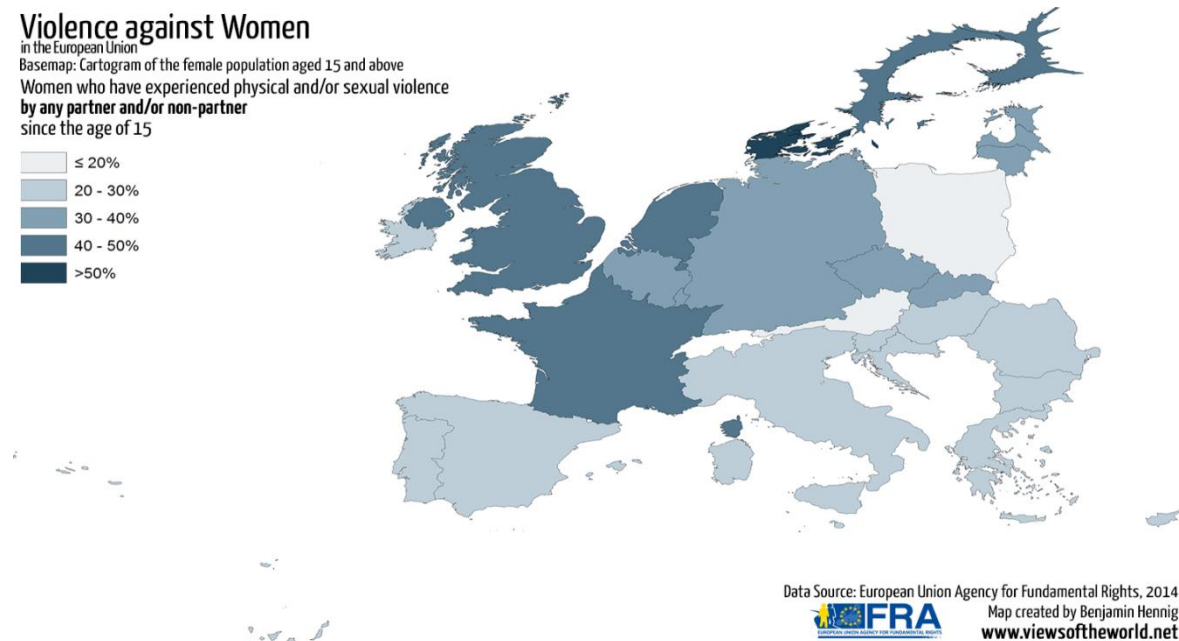
Во обезбедувањето на сигурен систем, клучна улога игра квалитетот на здравствената заштита, во кој како проблем се препознава дека во нашата држава недостасува еден сеопфатен систем на координација и следење на одговорностите за обезбедување и контрола на квалитет на здравствената заштита.

Согласно најновите измени на Законот на здравствена заштита, под квалитет на здравствена заштита, се подразбираат мерки и активности., со кои во согласност со современите достигнувања во науката и праксата, како и знаењата и вештините на здравствените работници, се зголемуваат можностите за најповолен исход на лекувањето и се намалуваат ризиците од несаканите последици по здравјето и здравствената состојба на поединецот и на заедницата во целина. Притоа е пропишана внатрешна контрола на квалитетот како системска проверка, врз основа на пропишаните стандарди и надворешна контрола како процес на надворешна оценка на квалитетот на услугите врз основа на објавени стандарди и идентификација на можностите за подобрување на квалитетот (8). Во состав на Секторот за следење и унапредување на квалитетот на здравствените услуги при Министерството за здравство, функционира одделението за унапредување на квалитетот на работењето на здравствените установи и безбедноста на пациентите, како и одделението за

акредитација на здравствените установи. Овој сектор во текот на 2010 година, изготви Стандарди за акредитација, во кои се дефинирани показателите за квалитет со кои ќе треба да се следат и евалуираат здравствените установи.

### 1.5 Трендови на родово – базирано насилство во Европа и Северна Македонија

Родово-базираното насилство, во сите негови форми, е секојдневие во животот на жените во земјава и во светот. Во Северна Македонија, речиси половина (45 %) од жените доживеале некаква форма на насилство од интимен партнер (физичко, сексуално и/или психолошко) од 15-годишна возраст, додека речиси секоја трета жена (30 %) доживеала сексуално вознемирување. Податоците покажуваат дека повеќе од 80 % од жртвите на семејно насилство се жени. Согласно статистичките податоци насилството врз жените во земјава е значително пониско од земјите на ЕУ, што укажува на постоењето страв и срам од пријавување како и недоверба во институциите. Исто така, загрижува фактот што три пати повеќе жени сметаат дека домашното насилство е приватна работа што треба да остане во семејството, во споредба со жените во ЕУ, а значителен број жени сметаат дека некое „помало“ насилство е нормално однесување (25).



Слика 1. Извор: Европска Агенција за фундаментални права, Насилство врз жените во Европска Унија, 2014

Истражувањето за благосостојбата и безбедноста на жените во Северна Македонија покажува дека насилството врз жените е многу распространето, и повеќе од половина од жените (54 проценти) имаат претрпено некаква форма на насилство од својата 15-годишна возраст. Близу половина од жените (44 проценти) биле жртви на психолошко, физичко и/или сексуално насилство од својата 15-годишна возраст, додека 14 проценти биле жртви на физичко и/или сексуално насилство. Состојбата на ниво на ЕУ (ЕУ-28) покажува повисока распространетост на физичкото и сексуалното насилство, односно 33 проценти од жените претрпеле таков вид родово-базирано насилство од својата 15-годишна возраст. Но, исклучително е важно да се напомене дека во споредба со ЕУ, разликите треба да се читаат преку социјалниот контекст во земјата, наспроти земјите на ЕУ. Имено, во земјите каде што има подолготрајни практики и политики за унапредување на родовата еднаквост, широка информираност и функционален систем за превенирање и заштита од насилството врз жените (скандинавските земји и поголем дел од земјите во Западна Европа), таму има и поголем степен на препознавање и пријавување на насилството. Оттука, стапките на пријавување и регистрирање на насилството, често се и повисоки кај овие земји, споредено со средините каде што на насилството врз жените често се смета за приватна работа што треба да остане во рамките на домот, каде што стигмата за жените, жртви на насилство, е висока, постои високо ниво на нормализирање на насилството и има слаби институционални механизми за превенција и заштита на жртвите, како што е случајот во Република Северна Македонија (26).

Број на жртви на кривични дела во врска со семејно насилство, по пол			
	2020	2021	2022
Жртви			
Маж	212	266	249
Жени	839	889	942
Вкупно	1051	1155	1191

Извор: Државен завод за статистика, Број на жртви на кривични дела во врска со семејно насилство, по пол

Исто така, истражувањето покажува дека ризикот за насилство кај жените најчесто доаѓа од интимниот партнер и дури 44 проценти од жените претрпеле психолошко насилство, 9 проценти претрпеле физичко, додека 3 проценти претрпеле сексуално насилство од интимниот партнер, од својата 15-годишна возраст. Особено распространето е физичкото и сексуалното насилство од интимниот партнер кај жените што живеат во домаќинства со економски и финансиски тешкотии (26). Една од честите форми на насилство во земјата е сексуалното вознемирување. Високи 30 проценти од жените во земјата претрпеле сексуално вознемирување од својата 15-годишна возраст, а 10 проценти во последните 12 месеци во периодот на спроведувањето на истражувањето. Помладите и жените со повисок степен на образование, кои живеат во урбани средини, во просек повеќе пријавиле изложување на сексуално вознемирување, а тоа пак, истовремено укажува и на поголема информираност и препознавање на насилството кај овие групи жени (26). Наодите од истражувањето посочуваат на висока застапеност на традиционалните родови норми во општеството, односно поимањето на улогата на жената во општеството и домот. Висок процент на жени (37 проценти) сметаат дека нивната блиска средина одобрува покорување на жената на сопругот (вклучително и присилно), 32 проценти од жените сметаат дека е важно мажот да ја покаже својата доминација над својата сопруга, додека 30 проценти од жените сметаат дека жртвите на насилство ги измислуваат или преувеличуваат наодите за насилство и силување (26). Токму овој општествен контекст, во кој сè уште има висок степен на прифаќање и нормализирање на традиционалните родови улоги во општеството, за жал, претставува еден од значајните фактори што овозможуваат и придонесуваат кон широката распространетост и нормализирање на насилството што останува во голема мера препознаено, непријавено и нецелосно санкционирано од надлежните институции.

Според статијата за безбедност на жените и родово засновано насилство во Република Северна Македонија има достигнувања во развојот на политиките за спречување на насилството врз жените како и градење капацитети и мултисекторска соработка помеѓу владините, граѓанското општество и меѓународните организации со законски и институционални промени. Но, сè уште има потреба Владата да обезбеди ресурси и да преземе мерки и активности за да одговори на културните промени во општествените

системи и да ја подобри ефикасноста и ефективноста на правните механизми за заштита на женит (27).

Покрај наодите од достапните истражувања, во изминатиот период имаше неколку алармантни случаи на родово-базирано насилство извршено со посредство на технологија (кибер насилство или дигитално насилство). Станува збор за родово-базирано насилство што се јавува или се амплифицира во дигиталната средина и онлајн просторот (на интернет), но продолжува да се одразува на жртвите и во физичкиот (офлајн) простор. Еден од најпознатите неодамнешни случаи на масовно онлајн сексуално вознемирување, познат како случај „Јавна соба“ (Телеграм канал), иницијално беше откриен во јануари, 2020 година. Членовите на групата „Јавна соба“, без дозвола споделувале експлицитни фотографии и видеа од жени, девојки и малолетни девојчиња, истотака, споделувајќи нивни приватни информации (телефонски броеви, адреси, профили на социјалните мрежи итн.), што резултираше со сексуално вознемирување на жени и девојки од големи размери во онлајн (и офлајн) просторот. Случајот доби големо внимание во јавноста во јануари, 2021 година, по јавното обелоденување на претрпеното насилство на една од жртвите во случајот. По силната реакција во јавноста на феминистичките организации, активистки и други релевантни актери, беше поведена истрага од надлежните институции и неколкумина од осомничените (креаторите и администраторите на групата) добија обвиненија за производство и дистрибуција на детска порнографија, но не беа поднесени дополнителни обвиненија за сексуално вознемирување и злоупотреба на личните податоци на жртвите (28).



## 2. МОТИВ ЗА ИЗРАБОТКА

Основен мотив за изработката на овој магистерски труд е да се добијат информации и податоци за тоа каков е одговорот на здравствено заштитниот систем во случај на родово-базирано насилство, како еден од основните фактори во подобрување на заштитата и превенцијата од родово-базирано насилство. Моето долгогодишно искуство како социјален работник во граѓанскиот сектор, и во последните години како дел од Владата на Република Северна Македонија, ме поттикнаа да се определам за оваа област од јавното здравство за да придонесам во дополнување на индикаторите за достапност, со акцент на индикатори за квалитет во здравствениот систем при одговор на родово-базирано насилство во Република Северна Македонија. Посебен предизвик ми беа фемицидите во Република Северна Македонија, кои го ставија под прашалник системот за заштита од родово-базирано насилство. Дополнително ме поттикна посетата на земјите од регионот и споделување на нивните искуства во одговор на здравствениот систем при родово-базирано насилство кое се одрази на мојата перцепција за тоа како да се унапреди националниот одговор.

### 3. ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

3.1 Главна цел на истражувањето е да се направи проценка на одговорот на здравствениот систем при родово-базирано насилство во Северна Македонија, со цел да се дадат препораки за унапредување на истиот.

3.2. Општи цели на истражувањето се:

3.2.1. Да се направи проценка на постоечкиот модел на здравствена заштита и здравствените услуги кои се нудат во случај на насилство врз жените

3.2.2. Да се анализира капацитетот на здравствените работници и раководителите за родово-базираното насилство.

3.3. Специфични цели:

3.3.1. Да се утврди потребата од јакнење на правните и институционалните капацитети на здравствениот систем;

3.3.2. Да се утврди потребата од воведување механизам за следење на основни индикатори за здравствени услуги во случај на родово-базирано насилство;

3.3.3. Да се утврди кои се законските и институционалните пречки за сеопфатен одговор на здравствениот систем кон насилство врз жените;

3.3.4. Да се утврди степенот на комуникацијата и меѓусекторска соработка помеѓу здравствените работници и останатите засегнати страни (полиција, центри за социјална работа, образовни институции, јавно обвинителство) во врска со родово-базирано насилство, и како таа да се подобри;

#### 4. ХИПОТЕЗИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Здравствениот систем во Република Северна Македонија има недостаток на институционални и правни капацитети за справување при одговор на насилство врз жените, а здравствените работници не демонстрираат пристап кој ја препознава родовата динамика, влијанието и последиците од родово-базираното насилство.

Посебни хипотези:

- Постои разлика во разбирањето на родово-базирано насилство кај различни профили на здравствени работници;
- Недостаток на здравствен кадар кој е обучен за разбирање на насилството врз жените и давање поддршка и помош во вакви случаи;
- Не постои систем со кој ќе се избегне секундарна виктимизација на жртвата, постоечкиот протокол не е јасен и прецизен;
- Здравствените услуги не ги препознаваат специфичните потреби на вулнерабилните групи на жени и деца жртви (жени со попреченост, адолесцентки, жени над 65 годишна возраст, жени и девојчиња од рурални средини, жени во конфликтни и постконфликтни состојби, жени мигрантки);
- Не постои одделение, ниту обучен кадар, ниту конта кт лице за третирање на насилство врз жени

## **5. МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ**

### **5.1. Студиска популација на истражувањето**

Целна популација на ова истражување беа здравствените работници/чки во приватни здравствени установи, јавни здравствени установи од примарно и секундарно ниво, ангажирани лица во здруженија на граѓани, и жртви на родово-базирано насилство. Вкупно беа анкетирани 36 здравствени работници, 7 здравствени соработници (социјален работник, психолог, административни работници), 2 раководители на јавни здравствени установи од секундарно ниво, 10 ангажирани лица од здруженија на граѓани и 2 жртви на родово-базирано насилство.

### **5.2. Одредување на примерокот**

Репрезентативниот примерок според кој е изведено анкетањето во здравствените установи е подготвен врз основа на бројот на здравствени работници во примарна и секундарна здравствена заштита во Република Северна Македонија.

За добивање примерок на здравствените работници, е земена Здравствената карта на Република Македонија за 2018 година на Институтот за јавно здравје, во делот на број на здравствени работници од примарна и секундарна здравствена заштита во 2018 година. Број на лекари во Република Македонија во 2018 година на цела територија изнесува 6364, или на 326,2 жители по еден лекар (29).

Примерокот се состои од методолошки селектирани стратуми - болници и примарни здравствени установи, согласно структурата на вработените здравствени работници и соработници, каде што ќе се спроведе анкетањето.

Во студијата се вклучени испитаници, здравствени работници и соработници вработени, кои досега биле во контакт/ обезбедиле заштита на жртва/и на родово-базирано насилство или се на работно место на кое може да се сретнат со случај на родово-базирано насилство, а кои се согласија да бидат анкетирани и да учествуваат во истражувањето.

Од здруженијата на граѓани се селектираат само претсавнички/ци кои директно работат на превенција или заштита од родово-базирано насилство.

Жртвите се селектирани по случаен избор, од страна на здруженијата на граѓани.

Во истражувањето нема да учествуваат здравствени работници и соработници кои немаат можност да бидат во ситуација во која треба да обезбедат заштита на жртва на родово-базирано насилство, како и претставници од здруженија на граѓани и жртви кои нема да сакаат да учествуваат во истражувањето.

### **5.3. Дизајн на студијата и инструмент на истражувањето**

Трудот претставува проспективна студија која користи квалитативен и квантитативен пристап. Како основен инструмент на истражувањето беше користен анкетен прашалник „Проценка на одговорот на здравствените институции на родово-базирано насилство“ на WAVE(Women Against Violence Europe), подготвен врз основа на IPPF2010 и PRO TRAIN 2009 и официјалната алатка за мониторинг на имплементацијата на препораките од Совет на Европа (2002) за заштита на жените од насилство во земјите членки на Совет на Европа (СоЕ 2007), како и 3 прашалника за интервју со жртви на насилство, претставници на здруженија на граѓани кои работат на проблематиката и раководителите на центрите за упатување на жртви на сексуално насилство.

### **5.4. Согласност**

Прашалникот беше пополнуван анонимно од страна на сите испитаници. Пред почетокот на анкетањето беше побарана дозвола за анкетање,

како од раководните лица на здравствените установи, Министерството за здравство и здруженија на граѓани така и од страна на самите испитаници. На испитаниците им беше објаснето дека сите информации кои ќе бидат внесени во прашалникот ќе бидат анонимни.

## 6. РЕЗУЛТАТИ

### 6.1 Анализа на достапноста и квалитетот на здравствените услуги за жртвите на родово-базирано насилство

Здравствените услуги за жртвите на родово-базирано насилство во Република Северна Македонија се достапни, но квалитетот останува предизвик.

Во Република Северна Македонија, Министерството за здравство има програма за обука на здравствени работници за препознавање и постапување со жртви на РБН. Постојат три специјализирани центри за жртви на РБН, во Скопје, Тетово и Куманово. Овие центри нудат медицинско лекување, психолошка помош и правни совети за жртвите. Според податоците објавени во јуни 2021 година, бројот на семејни лекари во Република Северна Македонија е 1525, а бројот на примарни гинеколози е 120.

Сепак, жртвите на РБН се соочуваат со многу пречки кога се обидуваат да пристапат до здравствените услуги. Некои жртви стравуваат од осуда и стигма, поради што не ги пријавуваат случаите на насилство. Други жртви, особено оние кои живеат во руралните области, немаат достап до пристојни здравствени услуги.

Од друга страна, квалитетот на здравствените услуги за жртви на РБН се јавува како предизвик. Здравствените работници не секогаш се обучени за препознавање и третман на жртви на РБН, психолошката помош не е достапна на сите места, а жртвите можат да се соочат со стигма од страна на здравствените работници.

Ова го потврдуваат и резултатите од истражувањето кое се направени за овој труд.

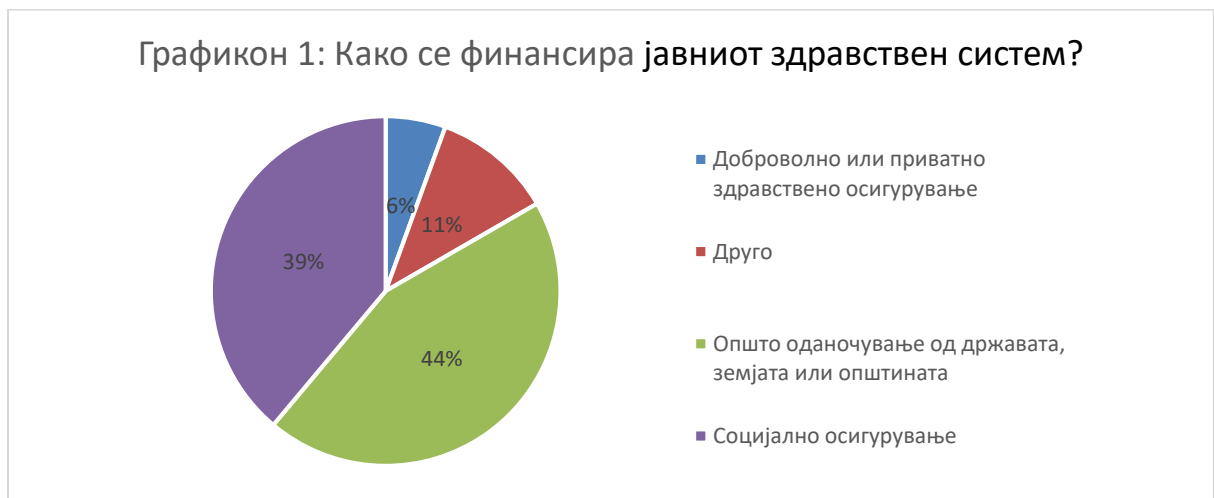
Одговор на прашалникот дадоа 36 здравствени работници, од кои 81% семејни лекари и 19% гинеколози. Интервјуирани беа 3 координатори на Центрите за упатување на жртви на сексуално насилство во Скопје, Куманово и Тетово во периодот мај – јули 2023 година.

Во контекст на одговорот на здравствениот систем на родово-базирано насилство, семејните лекари имаат клучна улога во откривање и интервенција во случаите на

насилство. Тие можат да бидат прва контакт точка за жртвите на насилство и треба да бидат обучени за препознавање на знаците на насилство и обезбедување услуги.

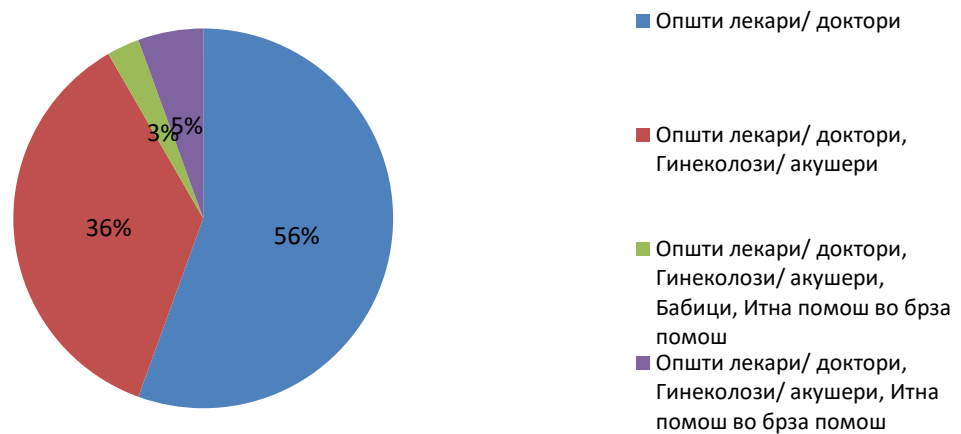
Што се однесува до индикаторите за достапност, присуството на голем број семејни лекари, покажува дека овој вид здравствена услуга е достапна за голем дел од населението. Сепак, еден потенцијален проблем може да биде преоптеретеноста на примарните здравствени ординации и временските ограничувања за консултации.

Што се однесува до квалитетот на услугите, важно е семејните лекари да имаат добро знаење за препознавање на знаците на насилство и пружање адекватна интервенција и поддршка.



Одговорите покажуваат дека 44% од учесниците сметаат дека системот за здравство се финансира од општо оданочување од државата, додека 39% спомнуваат социјално осигурување како начин на финансирање на системот за здравство. Во контекст на родово-базираното насилство, финансирањето на здравствениот систем може да има големо влијание врз достапноста и квалитетот на услугите. На пример, ако системот се финансира преку општо оданочување од државата, тоа може да значи дека постои поголема веројатност за финансиска стабилност на здравствениот систем и повисока достапност на услугите, вклучувајќи ги и услугите за жртвите на родово-базирано насилство.

**Графикон 2: Кои од следните здравствени услуги жените или девојчињата редовно ги посетуваат во вашиот регион?**



Одговорите покажуваат дека жените и девојките најчесто посетуваат општи лекари или 56% од испитаниците, 36% одговориле дека посетуваат општи лекари и гинеколози/ акушери, а 6% од одговорите вклучуваат и професионалци за ментално здравје, што може да биде важно за жените кои искусуваат родово-базирано насилство.

**Графикон 3: Дали пациентите прво треба да посетат општ лекар пред да се видат со специјалист?**



Одговорите покажуваат дека 94% од учесниците сметаат дека пациентите треба да посетат општ лекар пред да се видат со специјалист. Ова може да се одрази на достапноста и квалитетот на здравствените услуги за жените, вклучувајќи ги и услугите поврзани со родово-базирано насилство. Општите лекари можат да бидат прв контакт во случај на насилство, да ги извршат потребните проверки и да ги препратат пациентите кај соодветни специјалисти. Ова е од особено значење во контекстот на



родово-базираното насилство, бидејќи често може да биде тешко за жртвите да разберат кој тип на услуга е потребен и каде да се најде помош. Овој пристап може да помогне да се осигура квалитетна и соодветна помош за жртвите на насилство.



Почитувањето на правата на жените да имаат пристап до здравствени услуги е многу важно во контекст на превенција на родово-базирано насилство и борбата против него. Од вкупно испитани 36 здравствени работници, 3 или 8% не може да опишат причина и ставени се во категоријата "Друго".

Од преостанатите 33 здравствени работници, 17 или 47% ги наведуваат причините за недостиг на превоз, големо растојание, страв од стигматизација, страв од лоша репутација, срам, партнерот/сопругот/семејството не дозволува жената да побара помош, недостиг на услуги во регионот, финансиски ограничувања и пол (не е дозволено да посети машки доктор).

Другата група од 14 или 39% од здравствените работници наведуваат страв од стигматизација, страв од лоша репутација, срам, партнерот/сопругот/семејството не дозволува жената да побара помош, и финансиски ограничувања.

Од ова се заклучува, дека причините поради кои жените не ги посетуваат здравствените услуги се различни и комплексни, со разни социоекономски и културни фактори кои влијаат на пристапот до здравствените услуги. За да се овозможи пристап до здравствените услуги, потребни се подобрувања во инфраструктурата и адекватно

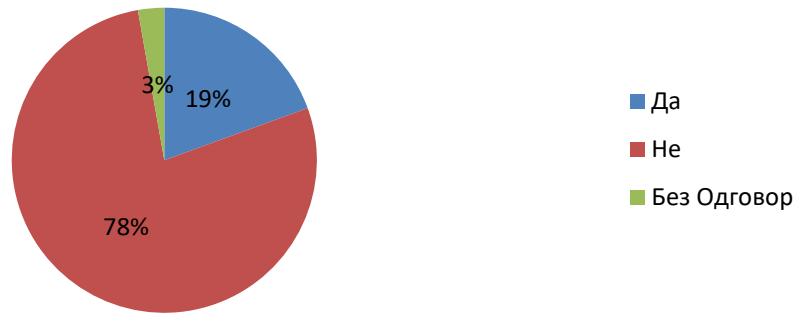
информирање и образование на жените за значењето на редовните здравствени прегледи.



Одговорите покажуваат дека повеќето установи не дистрибуираат писмени информации за правни прашања (правила за доверливост, закони за криминализација на РБН и др.) до своите членови на персоналот. Од 36 испитаници, само 12 или 33% одговараат дека ги дистрибуираат овие информации.

Одговорите на прашањето покажуваат дека недостатокот на дистрибуирање на овие информации може да биде поради низа различни причини. Некои установи јавуваат дека немаат официјален протокол за овие информации, додека други наведуваат недостаток на интерес за темата, недостаток на систем и протокол, или недостаток на финансиски ресурси за обука и информирање на персоналот. Овие причини покажуваат потреба од подобрување на системот за обука и информирање на персоналот во врска со правните прашања поврзани со РБН.

**Графикон 6: Дали Вашата установа нуди обука за персоналот во областа на РБН, родова рамноправност и човекови права?**



Од прегледот на податоците се забележува дека повеќето, или 78% од испитаниците изјавиле дека нивната установа не нуди обука за персоналот во областа на РБН, родова рамноправност и човекови права. Сепак, 19% од испитаниците изјавиле дека нивната установа го нуди овој вид обука. Иако е позитивно тоа што некои установи нудат обуки во овие области, бројките покажуваат дека има потреба за поголем фокус и напори во обука на персоналот за РБН и родова еднаквост. Ова може да помогне да се подобри квалитетот на здравствените услуги што се нудат на жените и да се намали проблемот со насилството врз жените.

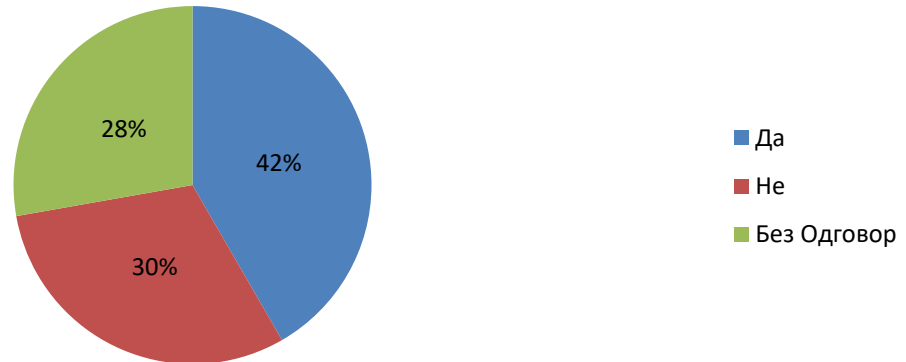
**Графикон 7: Ако одговорите со ДА, кои се главните теми на обуката**



Од претходните податоци видовме дека само 19% од установите нудат обуки за персоналот во областа на РБН, родова еднаквост и човекови права. Од тие седум установи што нудат обуки, само три од нив дале специфични теми за обуката, а другите четири не дале одговор. Од специфичните теми, една установа ги наведува сите форми на РБН, другата наведува повеќе едукации за РБН, а третата наведува семејно насилство. Важно е да се имаат предвид овие теми при развој на програмите за обука во

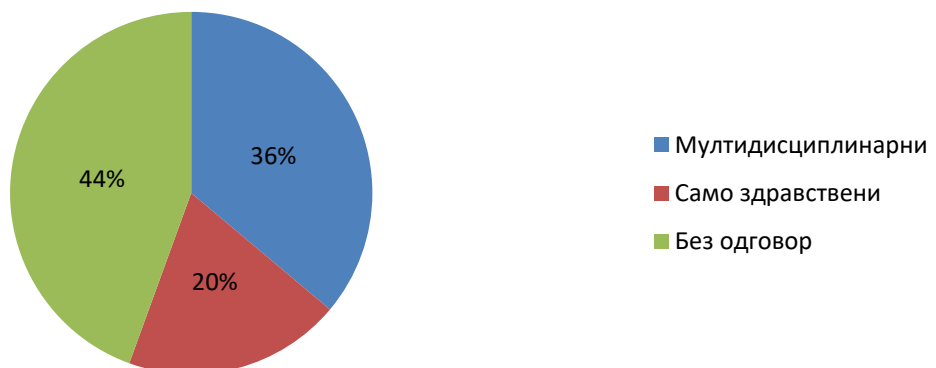
овој сектор, за да се зголеми капацитетот на персоналот во распознавање, пријавување и превенцијана РБН и семејно насилство, како и да се подигне свеста за рамноправност и човекови права.

**Графикон 8: Дали овие обуки обезбедуваат и теоретско знаење и практични вештини за идентификација, испитување и обезбедување на нега на жените жртви на РБН?**



Околу 42% од испитаниците одговараат дека обуките што се нудат вклучуваат и теоретско знаење и практични вештини за идентификација, испитување и обезбедување нега на жените жртви на РБН, додека 31% одговараат со „не“ на ова прашање. Ова може да укажува на недостиг на соодветна обука за персоналот во областа на РБН и родова рамноправност, што може да ја ограничи ефикасноста во постапувањето со жртвите на РБН. Но, важно е да се забележи дека 28% се „без одговор“, па можеби некои од нив не се запознаени со вистинските можности на обуките кои се нудат.

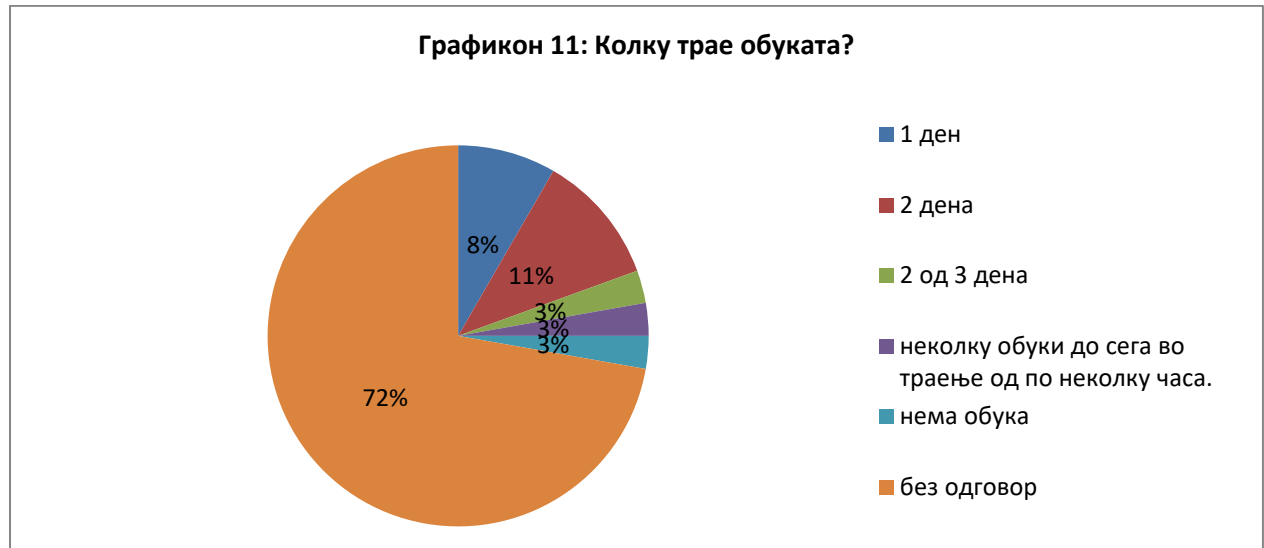
**Графикон 9: Дали обуката е само за здравствени професионалци или мултидисциплинарни професионалци?**



Податоците покажуваат дека околу една третина (36%) од учесниците соопштиле дека обуките кои ги посетиле биле мултидисциплинарни, додека за 20% обуката била само за здравствени професионалци. Околу половина од учесниците не дале одговор на ова прашање.



Од учесниците кои соопштиле дека обуката била мултидисциплинарна, најчесто споменати професии, освен здравствените, биле социјални работници и судии кај 15% од испитаниците. Другите споменати професии биле медицински сестри, негователки, волонтери и патронажни сестри. Оваа информација може да им помогне на здравствените и другите професионалци да разберат дека обуките за РБН треба да бидат мултидисциплинарни и да вклучуваат и други професии, како на пример, социјални работници, полицајци и судии, за да се подобри координацијата и пристапот кон жртвите на РБН. Овој пристап би можел да доведе до подобро разбирање на проблемот и покривање на потребите на жртвите.

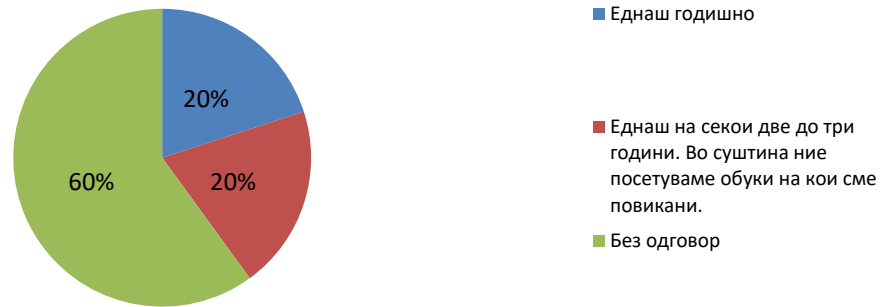


Одговорите покажуваат дека некои здравствени установи имаат обуки за родово-базирано насилство, меѓутоа 72% од учесниците не дале одговор за времетраењето на обуката, што може да означува нејаснотии во процесот на обука. Само една третина од учесниците ја наведуваат должината на обуката, каде што најчесто наведеното времетраење на обуката е два дена.



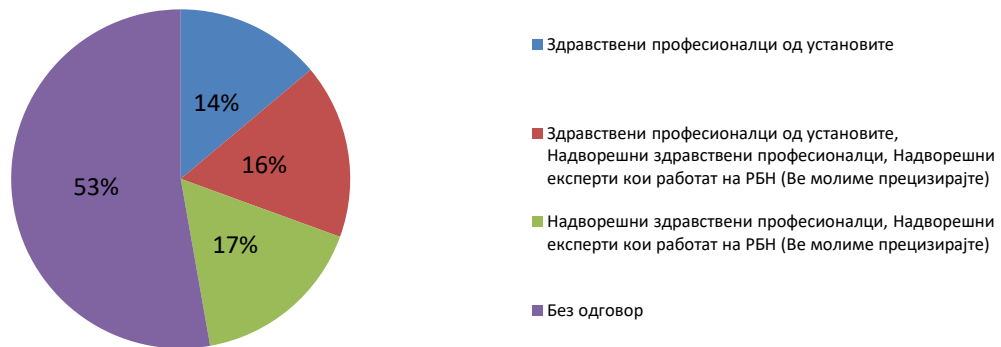
Од 36 испитаници, само 14 или 39% одговориле дека обуките се одржуваат еднократно, додека само 5 или 14% одговориле дека обуките се одржуваат редовно. Најголемиот дел од испитаниците или 47% одговориле дека немаат информации за тоа дали обуките се одржуваат еднократно или редовно.

Графикон 13: Ако обуката се одржува редовно, колку често се организира?



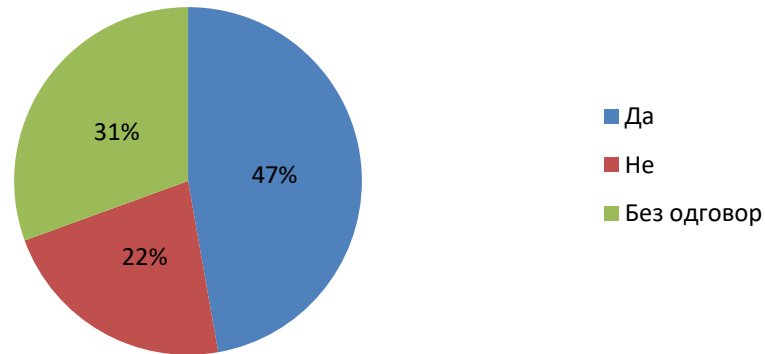
Во претходното прашање, само 14% од установите обезбедуваат редовни обуки. Од тие установи, 20% изјавуваат дека обуката се одржува еднаш годишно, додека други 20% кажуваат дека се одржува еднаш на секои две до три години, а 60% не дале одговор на прашањето. Ова покажува дека обуките за РБН и родова рамноправност во овие установи не се одржуваат редовно, а претежно се одржуваат како еднократни настани.

Графикон 14: Кој ја обезбедува обуката?



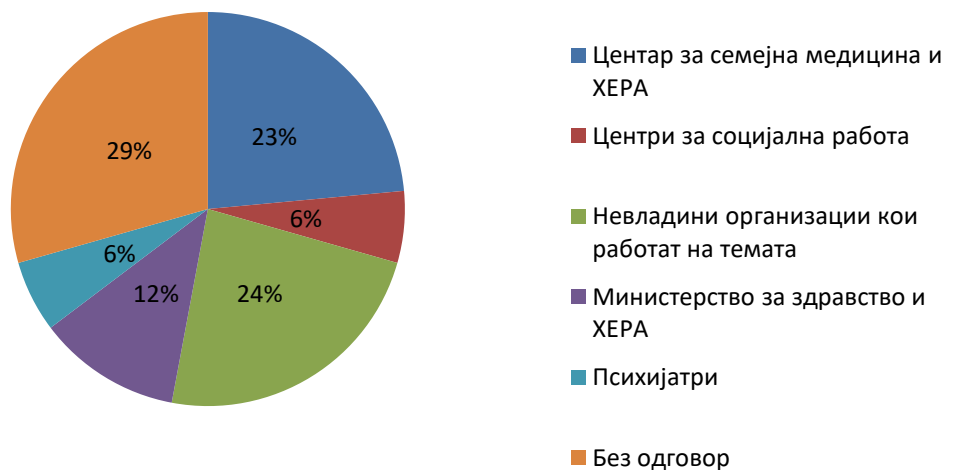
Од овие податоци се забележува дека голем дел од учесниците (53%) не знаат кој им ја обезбедува обуката. Меѓутоа, од оние кои знаат, најголем број од испитаниците или 17%, наведуваат дека обуката им е обезбедена од надворешни здравствени професионалци и/или експерти кои работат на РБН, додека други 14% наведуваат дека обуката им е обезбедена од здравствени професионалци од установите.

**Графикон 15: Дали сте идентификувале поединци и/или организации кои би можеле да ги поддржат Вашите заложби за сензибилизација и обука на давателите на здравствени услуги за прашања поврзани со РБН?**



Околу 47% од учесниците ги идентификувале поединците и/или организациите кои би можеле да ги поддржат нивните заложби за сензибилизација и обука на давателите на здравствени услуги за прашања поврзани со РБН, што е позитивно. Меѓутоа, околу 22% од учесниците не ги идентификувале таквите поединци/организации, покажувајќи можеби недостиг на иницијатива за пронаоѓање на дополнителни ресурси за поддршка во оваа област.

**Графикон 16: Ако да, Ве молиме прецизирајте.**



Од 17-те организации/лица кои се идентификувани како потенцијални поддржувачи на заложбите за сензибилизација и обука на давателите на здравствени услуги за прашања поврзани со РБН, четири се центри за семејна медицина и ХЕРА, четири се невладини

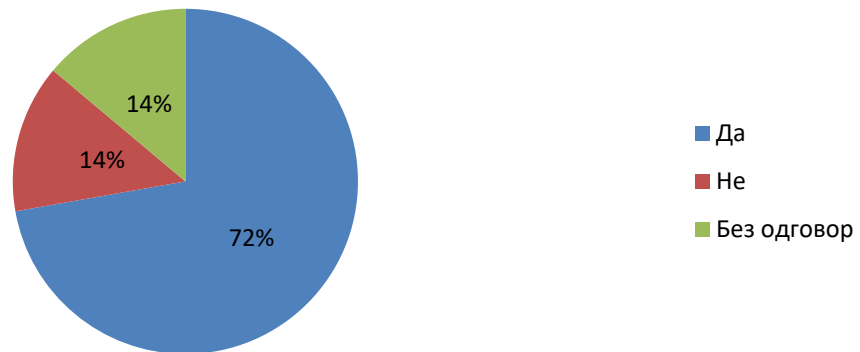


организации кои работат на темата, две од нив се Министерството за здравство и ХЕРА, еден е центар за социјална работа и еден психијатар. Ова говори за широк круг на потенцијални поддржувачи на заложбите за сензибилизација и обука на давателите на здравствени услуги за прашања поврзани со РБН, од различни области и институции.



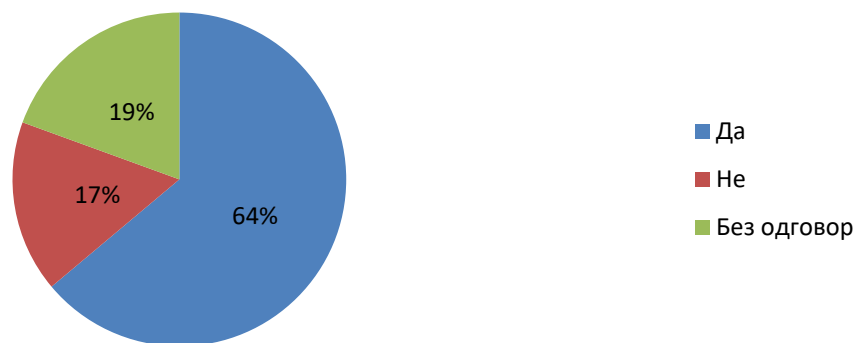
Одговорите покажуваат дека 44% од учесниците соопштиле дека медицинскиот персонал нема воспоставено систем за безбедно планирање со жените жртви, додека 45% одговориле дека тоа е случај. Оваа изедначеност на спротивставени одговори може да укажува на несигурност на персоналот во справувањето со случаи на РБН, како и недостаток на обука и протоколи за справување со РБН. Ова може да има сериозни последици за безбедноста на жртвите и може да ги изложи на дополнителни ризици. Дополнителни истражувања може да бидат потребни со цел да се истражи оваа тема и да се пронајдат начини за подобрување на квалитетот на здравствените услуги за жените жртви на РБН.

**Графикон 18: Дали медицинскиот персонал е свесен за мерките за заштита достапни според законодавството на земјата?**



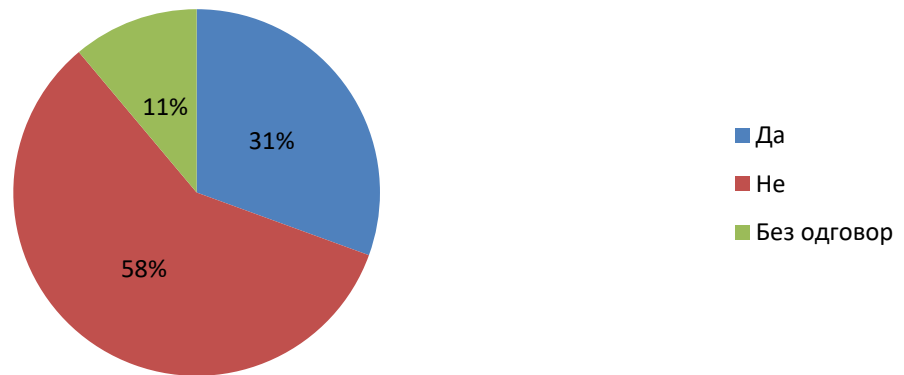
Анализата на податоците покажува дека повеќето, или 72% од медицинскиот персонал е свесен за мерките за заштита достапни според законодавството на Република Северна Македонија. Ова може да укажува на поголема свест кај здравствените работници за законодавството што ги штити жртвите на РБН и можноста за подобрување на ситуацијата во пракса. Но, од друга страна, 14% од испитаниците не се свесни за овие мерки и 14% се без одговор, што укажува на потребата од подобрување на обуката и информираност на медицинскиот персонал во оваа област.

**Графикон 19: Дали медицинскиот персонал ги прашува женските пациенти за РБН кога се сомневаат дека таа е жртва?**



Од 36-те медицински работници, 23 или 64% се изјаснуваат дека прашале женски пациентки за РБН кога се сомневале дека таа е жртва, додека 6 или 17% не го направиле тоа. Неодлучни или без одговор се 7 или 19% од прашаните.

Графикон 20: Дали медицинскиот персонал поминал обука за комуникација со жени поранешни жртви на РБН?



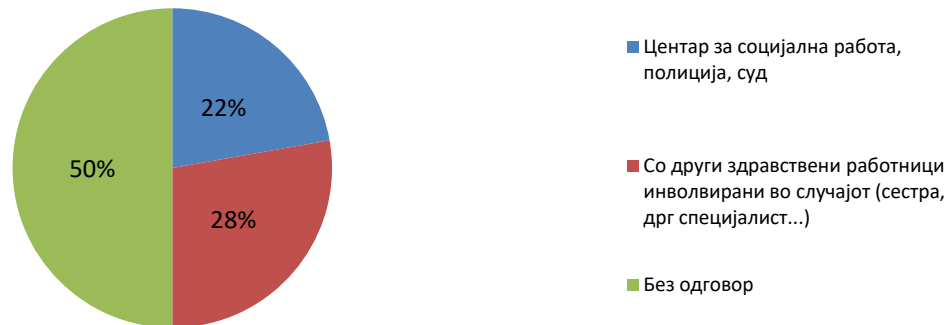
Само 31% од медицинскиот персонал имал обука за комуникација со жени жртви на РБН. Ова може да го намали квалитетот на здравствените услуги што се обезбедуваат на овие жени. Интересно е и да се истакне дека 58% од персоналот не бил обучен, што укажува на потребата од повеќе обуки во оваа област.

Графикон 21: Кои се правилата на Вашата установа за доверливоста?



Податоците покажуваат дека одговорите за правилата на доверливост во установите не се конзистентни. Отсуството на одговорите на 53% од испитаниците може да означува недостаток на јасноста околу правилата за доверливоста на информациите или пак недостаток на свест кај здравствените работници за значењето на доверливоста и нивната одговорност за заштита на личните информации на пациентите.

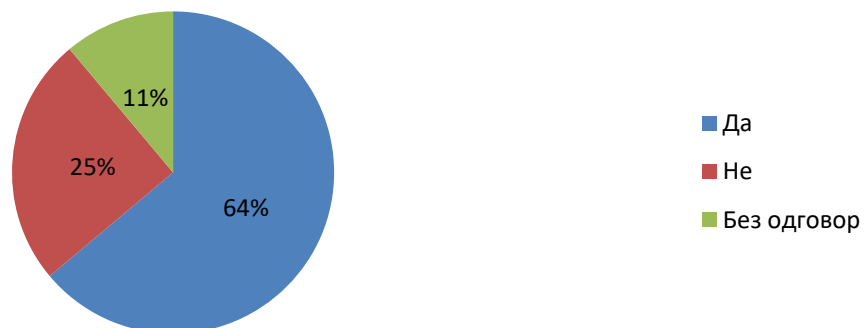
**Графикон 22: Со кого на медицинскиот персонал му е дозволено да споделува информации за пациент/ка?**



Најмногу од учесниците кои одговориле, или 28%, сметаат дека информации може да се споделуваат со други здравствени работници инволвирани во случајот, како медицински сестри или доктори специјалисти. 22% од учесниците сметаат дека информации може да се споделуваат со институции, како центар за социјална работа, полиција и суд.

Но, значајни 50% од учесниците не дале одговор, што може да покажува недостиг на јаснот, знење или свест околу тоа со кои други институции или личности може да се споделуваат информации за пациентите. Ова ја потенцира важноста за едукација за здравствениот персонал за правилата на доверливоста и за заштита на личните информации на пациентите, како и за почитување на правилата на законските и етичките аспекти поврзани со заштитата на личните информации.

**Графикон 23: Дали установата има доволно простор да осигура приватни консултации?**



Од податоците се забележува дека повеќето установи имаат доволно простор за приватни консултации, или 64%, но 25% од установите немаат доволно простор за приватни консултации. Од установите кои немаат доволно простор, најчесто наведената причина е недостиг на просторни услови. Ова може да има негативен ефект кај случаите на родово-базирано насилство, бидејќи консултациите во приватниот простор можат да бидат од големо значење за заштита на приватноста и безбедноста на пациентите.



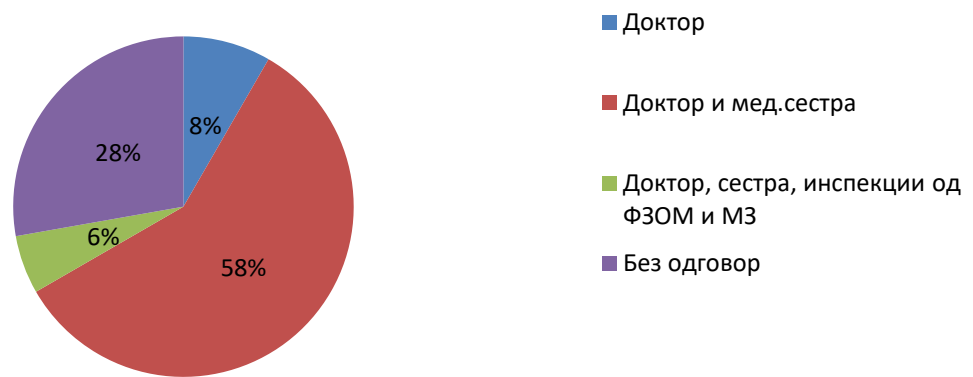
Одговорите на ова прашање покажуваат дека повеќето пациенти, 69%, не можат да се слушнат или видат од просторијата за консултации. Само 19% од испитаниците сметаат дека пациентите може да се слушнат или видат од просторијата за консултации.

Иако 11% од учесниците не дадоа одговор, ова не влијае значајно на претходните заклучоци.



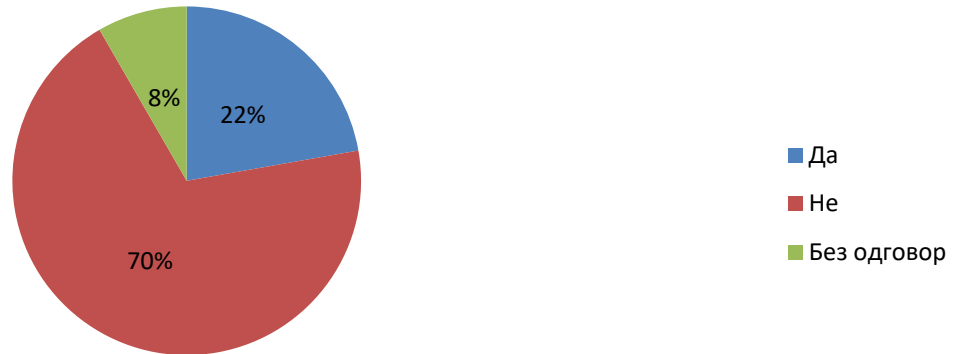
Одговорите на ова прашање покажуваат дека повеќето или 78% од учесниците, сметаат дека други лица не треба да имаат пристап до просторијата за консултации. Само 3% од учесниците сметаат дека други лица се овластени да бидат во просторијата за консултации. 19% од учесниците не дале одговор, и ова не влијае значајно на претходните заклучоци. Овие резултати покажуваат дека голем број на учесниците имаат свест за приватноста и доверливоста на пациентите во здравствената нега и се противат на пристапот на други лица, освен на здравствени професионалци во просторијата за консултации. Ова го потврдува важниот аспект за заштита на приватноста и доверливоста на пациентите во здравствената нега.

Графикон 26: Кој персонал има пристап до медицинската евиденција?



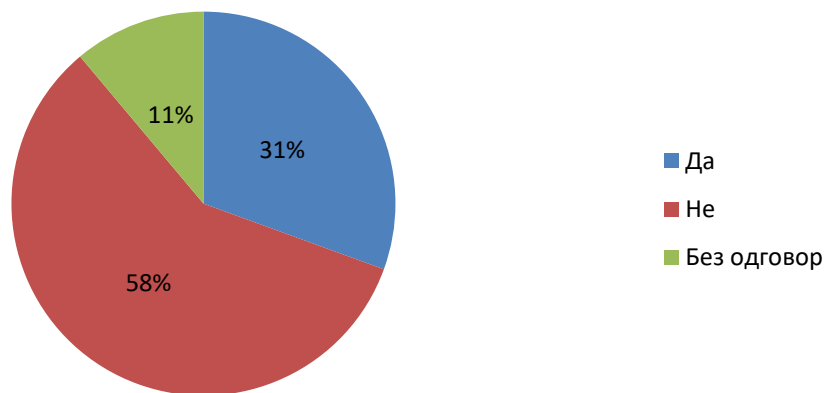
Од 36-те учесници во истражувањето, 58% одговориле дека пристапот до медицинската евиденција е дозволен само за доктор и медицинска сестра, додека 8% одговориле дека само доктор има пристап до евиденцијата. Само 6% од учесниците одговориле дека освен доктор и медицинска сестра, пристап до медицинската евиденција имаат и инспекции од ФЗОМ и МЗ. Една третина (28%) од учесниците не дале одговор на ова прашање.

**Графикон 27: Дали постојат било какви писмени документи прикажани во чекалните за информирање на пациентите за РБН, како што се памфлети или постери?**



Од учесниците во истражувањето, само 8 или 22% потврдиле дека постојат писмени документи, како памфлети или постери, прикажани во чекалните за информирање на пациентите за РБН, додека 25 од нив или 70% одговориле со „не“. 3 од учесниците или 8% не дале одговор на ова прашање.

**Графикон 28: Дали медицинскиот персонал во Вашата установа има листа на организации до кои може да ги упати жртвите на РБН?**



Од 36-те испитаници, само 11 или 31% изјавиле дека медицинскиот персонал во нивната установа има листа на организации до кои може да ги упати жртвите на РБН. 21 од испитаниците или 58% кажалe дека немаат таква листа, а 4 или 11% не дале

одговор. Ова може да укажува на лоша информираност на медицинскиот персонал за организациите кои можат да им помогнат на жртвите на РБН и како да ги упатат до нив.

За потребите на овој труд, а согласно методологијата се спроведоа и 10 интервјуа со претставници од граѓанскиот сектор кои работат директно со жртви на родово-базирано насилство, како и со две жртви.

Тие, како најчести проблеми со кои се соочуваат жртвите на родово-базирано насилство при пристапување до здравствени услуги, ги наведуваат несензибилизираност на персоналот во здравствените установи за постапување со жртвите, непознавање на позитивните прописи кои обезбедуваат права за жртвите (бесплатни здравствени услуги), предизвици во интерсекторската соработка, девалвирање на проблемите и несфаќањето на здравствените работници на насилството како сериозен проблем.

„Најчестите проблеми со кои се соочуваат жените во пристапот на здравствените услуги е наплатата на здравствените услуги, кои според закон се изземени од плаќање. Освен тоа, иако и лекарот/медицинското лице има обврска не само да ги препознае повредите настанати при насилство /семејно насилство и да го евидентира тоа во извештајот, туку треба за истото да ја информира и советува жртвата каде може да се обрати и или да повика надлежни органи за истото да се пријави и процесира. Сепак, најмал процент на пријавени случаи поврзани со семејно насилство има од страна на здравствените институции. Ова е начелен заклучок за здравствените институции на терцијално ниво. Пријавите се минимални, посебно од здравствените институции кои работат во примарната здравствена заштита (матични лекари, педијатри, гинеколози и заболечари), што како податок е загрижувачки бидејќи жените кои преживуваат некоја форма на насилство и посебно ако имаат малолетни деца, најчесто ги посетуваат овие институции. Начелно, проблемите се однесуваат на плаќање на услугите, недоволно информирање на жртвата, виктимизација во самите институции, недоволна професионалност, сензибилизираност и познавање на тематиката поврзана со насилството врз жените и семејното насилство.“ *(Националната мрежа против насилство врз жените и домашно насилство)*



„Кога жртвите самостојно одат во здравствена установа, и бараат помош како жртви на РБН и СН, не добиваат бесплатни услуги. Напротив, од нив се бара да остават разни аванси, или додека не платат, не добиваат никаков извештај/ наод, а понекогаш не добиваат ни третман. Особено е проблематично со жртвите кои немаат здравствено осигурување, па повеќето медицински услуги треба да ги набават без рецепт, а тоа не се во можност да си го дозволат. Додека социјалната работничка ги води процесите за остварување на правото на здравствена заштита, жртвите кои не се осигурени не можат да набават лекови или медицински извештаи кои треба да се платат приватно. Така се губат доказите, или се влошува здравствената состојба итн.“ (Женски центар, Тетово)

На прашањето за перцепцијата на жртвите на родово-базирано насилство за квалитетот на здравствените услуги достапни за нив, жртвите одговараат дека се чувствуваат стигматизирани, изложени на предолги процедури и препраќања, не секогаш ги добиваат сите услуги навремено и бесплатно. Според нив, квалитетот на услугите е минимален.

„Во Тетово при Клиничка болница има само сервис за жртви од сексуално насилство кој е специјализиран, но за жал според моето искуство, нема услуги според минималните стандарди кои се пропишани.“ (Женски центар, Тетово)

„Жртвите, не секогаш знаат што треба да им биде понудено, и од здравствениот работник и од институцијата која е во прва линија да ја заштити, посебно кога станува збор за физичко и сексуално насилство. Имавме еден случај, кој за време на 2020 година, кога беше екот на здравствената криза со КОВИД 19 и ги имаше оние продолжени карантински денови, претрпе тешка форма на физичко насилство од страна на нејзиниот сопруг. Насилството се случува во викендичка, блиску до помал град во централна Македонија, за време на полицискиот час, каде што таа престојува со своите две малолетни деца и сопругот насилник. По извршеното насилство успева да дојде во полициска станица, каде што полицијата ја упатува со такси во Скопје, директно на Клиника, заедно со нејзините малолетни деца. Притоа, се јавуваат на сите пунктови и полициски патроли и ги пропуштаат како итен случај до клиниката. Таму ја добива целосно потребната помош поврзана со насилството, и докторите се професионални во

секој поглед. Но, кога ја пуштаат да оди дома ѝ викаат дека треба да плати за услугата, клиентката изјавува дека нема во моментот толку парични средства во неа и нејзината здравствена книшка ја задржуваат додека не го плати долгот или не донесе потврда од ЦСР дека е жртва на семејно насилство. Нивната перцепција со здравствените установи е уште една институција каде треба да оди или да се навраќа за да ја собере целокупната документација (докази) за да може да покрене некоја постапка. Нема примена на Протоколот за меѓусебна соработка, согласно стариот закон за семејно насилство.“ *(Националната мрежа против насилство врз жените и домашно насилство)*

„Никако не знам како да опишам, да не беа со мене социалниот работник од Женски центар, Тетово, јас немаше да знам дека постои тој центар. Но, таму многу лекари се собираат, доаѓа една, па влегуваат сестри, па на крај, најстрашниот момент, тој од судска медицина, маж лекар што треба да ме слика. Ужасно“.*(изјава на жртва на насилство)*

Во делот на достапност на здравствените услуги, жртва на родово-базирано насилство посочуваат дека, иако сите здравствени услуги се достапни на сите корисници на здравствени услуги, сепак кај жртвите на семејно и родово-базирано насилство проблемот е во интервентноста на постапувањето, финансиските издатоци од кои истите треба по закон да се ослободени, скапи специјалистички прегледи, недоволната сензибилизираност на здравствените работници. Она што недоставува во здравствениот систем се бесплатна и интензивна психолошка и психотерапевтска помош и поддршка како помош за надминување на траумата и реинтеграција на самата жртва. Дополнителен проблем се специјалистичките прегледи кои се од интервентен карактер, а за кои самата жртва нема приоритет, ниту финансиски средства.

„Жртвите да не плаќат лекарско, да се освестаат матичните лекари, ако има видливи повреди кои се показатели на насилство, да ја поддржат жртвата и да ја охрабраат за пријава во полиција.“ *(Женски центар, Тетово)*

„Овде ќе ги цитирам законските одредби согласно Законот за спречување и заштита од насилство врз жените и семејно насилство, не навлегувајќи во нивниот етички кодекс, заклетвата која ја даваат при добивањето лиценцата за работа, како и нивните подзаконски акти - Програми за работа.

Член 51-Здравствената установа и здравствените работници се должни веднаш да преземат мерки за заштита на жртвата и тоа:

- преглед на повредите и обезбедување медицински третман,

- ги документаат повредите и собираат докази за постоење на повреда на телесен и психички интегритет,

- издаваат медицинска документација за констатираната повреда што јасно и разбирливо ги опишува видот и обемот на повредите,

- ги информираат жртвите за нивните права, постапката за заштита и достапните услуги за помош и поддршка

– презема други мерки за заштита на жртвите во согласност со потребите на жртвите.

За мерките од ставот (1) на овој Член, жртвите се ослободени од плаќање трошоци.“ –  
(*Националната мрежа против насилство врз жените и домашно насилство*)

Како главни предизвици при собирање податоци за индикаторите за достапност и квалитет на здравствените услуги за жртвите на родово-базирано насилство посочуваат дека тоа се едукација на персоналот во здравствените установи за важноста на оваа проблематика и капацитетите за собирање и анализа на податоци. Голем проблем е несоодветното шифрирање според МКБ 10, со што всушност се пропуштаат голем број случаи на РБН.

„Многу често жртвите при разговор не му даваат многу значење на овој дел. Нивниот фокус најчесто е да ја кажат својата сторија и сакаат да ја добијат потребната заштита, посебно од институциите кои се на прва линија, пред сè полиција и ЦСР. Нивните сведоштва, многу често во контекст на здравствената услуга, е дека лекарите биле професионални и им помогнале во однос на повредите (за физичко насилство), но многу малку изјавуваат дека се упатени од нив каде да пријават и како да продолжат понатаму во системот. И тука се јавува прашањето како постапиле здравствените работници, бидејќи во контекст на нивната работа и квалитет нема прецизни информации. Општо кај нас, проблемот со собирање податоци е прилично горлив. Имено, кај нас сè уште

нема никаква евиденција за жртви на родово-базирано насилство и податоците кои се добиваат се однесуваат на жртви на семејно насилство. Освен во центрите за упатување на сексуално насилство кои водат интерна статистика за број на жртви и број и видови на услуги (скопскиот), други податоци кои се добиени од Министерството за здравство се минорни. Дополнително, морам да нагласам, дека МЗ речиси две години не доставуваше никакви податоци поврзани со нивната надлежност во спроведување на активности поврзани со имплементацијата на Истанбулската конвенција, дури и по поднесени жалби до Комисијата.“- *(Националната мрежа против насилство врз жените и домашно насилство)*

„Јас само во просторите на Женски центар го добив доживувањето за чувство на безбедна и сигурна, градот е мал, а вработените во болница не се сенсibiliзирани за да ја чуваат тајноста.“ *(изјава на жртва на насилство)*

Дополнително, во рамките на истражувањето се направија интервјуа со координаторите на Центрите за заштита од сексуално насилство во Куманово, Скопје и Тетово. Во рамките на функционирањето на ваквите центри за поддршка на жртви на сексуално насилство тие претставуваат основа за обезбедување соодветна заштита и помош. Локализираны во различни градови, овие центри имаат значајно влијание во нудењето безбедни места каде жртвите можат да разговараат и да ги споделат своите искуства со вработените кои ги разбираат, како и да добијат здравствена заштита.

Едно од најважните сознанија е дека центрите треба да обезбедат безбедна и приватна средина во која потребите на жртвите за заштита ќе бидат задоволени. Жртвите треба да се чувствуваат сигурни и слободни да ги споделат своите искуства без страв од осудување или дискриминација. Но, во интервјуата беше посочено дека центрите се соочуваат и со значителни предизвици. Еден од најголемите предизвици е недостигот на финансии и ресурси. Ограничените буџети влијаат врз капацитетот на центрите за да ги обезбедат потребните услуги. Ова доведува до недостиг на квалитет, забавени реакции и неможност за ангажирање на компетентен кадар.

Дополнителен предизвик е неофицијалната организациона структура која може да предизвика некоординираност и збунетост во работата.

Исто така, соработката со други институции, како правосудни и здравствени, е предизвик поради различни пристапи и процедури. Ова го намалува ефектот на поддршката и ја зголемува комплексноста на процесите за жртвите.

Недостига и непрекината обука и сензибилизација на здравствениот и останатиот кадар. Постои потреба од едукација за комплексните аспекти на сексуалното насилство и различните потреби на жртвите. И покрај сите предизвици во трите центри, во периодот 2018-2023 година, се обезбедени услуги на 54 жртви на насилство.

## **6.2 Проценка на ефикасноста на законските прописи и мерки за превенција и реагирање на родово-базираното насилство**

Според истражувањата на оваа тема, може да се заклучи дека законските прописи и мерки за превенција и реагирање на родово-базираното насилство во Република Северна Македонија се имплементирани, но не се ефективни во пракса. Недостатокот на ресурси, обука и координација меѓу различните институции, како и недостатокот на свест кај општеството, создаваат пречки во превенцијата и реагирањето на РБН.

Иако постои Законзаспечување и заштитаоднасилствоврзжените и семејнонасилство воРепублика Северна Македонија од 2021 година, неговата имплементација во пракса е предизвик за системот. Често се случува жртвите да не ги знаат своите права или немаат доволно информации за тоа како да се заштитат и да пријават случај на РБН.

Институциите одговорни за заштита на жртвите на РБН, како полицијата и судовите, често не се координираат ефикасно, што ги остава жртвите на РБН без доволна заштита и справедливост.

Постојат мерки за подобрување на ефикасноста на законските прописи и мерките за превенција и реагирање во случани на РБН, вклучувајќи го подобрувањето на координацијата меѓу различните институции, зголемувањето на финансиски ресурси и подобрувањето на свеста кај општеството. Одговорноста е на сите нивоа, владата и општеството во целост да работат за подобрување на заштитата на жртвите на РБН.

Законодавство: Иако Република Северна Македонија има закони кои го криминализираат РБН, сепак во практиката недостига ефективно применување на законските мерки. Додека за некои случаи на РБН се известува, голем број од нив остануваат непријавени. Исто така, постои потреба од подобро обезбедување на

законската заштита на жртвите на РБН, како и ревизија на законската рамка за подобрување на ефективностa и заштитата на жртвите на РБН.

**Превенција:** Во Република Северна Македонија, превенцијата на РБН се обезбедува преку различни проекти и кампањи на различни нивоа. Сепак, мора да се преземат дополнителни мерки за превенција на РБН, вклучувајќи ја едукацијата на младите, здравствените работници и полициските службеници, како и подигање на свеста за РБН во општеството.

**Реагирање:** Иако жртвите на РБН имаат пристап до правна заштита и поддршка, сепак е потребно подобрување на системот за реагирање во случаи на РБН. Полициските службеници треба да бидат обезбедени со доволно обука и ресурси, а институциите треба да работат повеќе за да се подобри квалитетот на законската заштита и поддршка за жртвите.

Сумирајќи, законската рамка во Република Северна Македонија ја криминализира РБН, но сепак постојат предизвици во применувањето на законот, како и во системот за реагирање на РБН.

Податоците од истражувањето ги потврдуваат наодите од други истражувања и анализи кои се наведени погоре.

**Графикон 29: Кои се законските обврски за давателите на здравствени услуги во Вашата земја во однос на ситуацијата со РБН?**



Од вкупно 36 учесници, 23 или 64% ги наведуваат законските обврски за давателите на здравствени услуги во случај на РБН како да ги пријават во надлежните институции. Следат два алтернативни одговори, со по еден учесник, кој наведува дека законската обврска е да ги препознаат РБН и да ги пријават во договор со пациентката, односно да ги водат, лекуваат, упатуваат, советуваат и пријавуваат. Дел од учесниците или 31% не дале одговор на ова прашање.

**Графикон 30: Дали давателите на здравствени услуги се обврзани да ги пријават случаите на РБН на полицијата?**



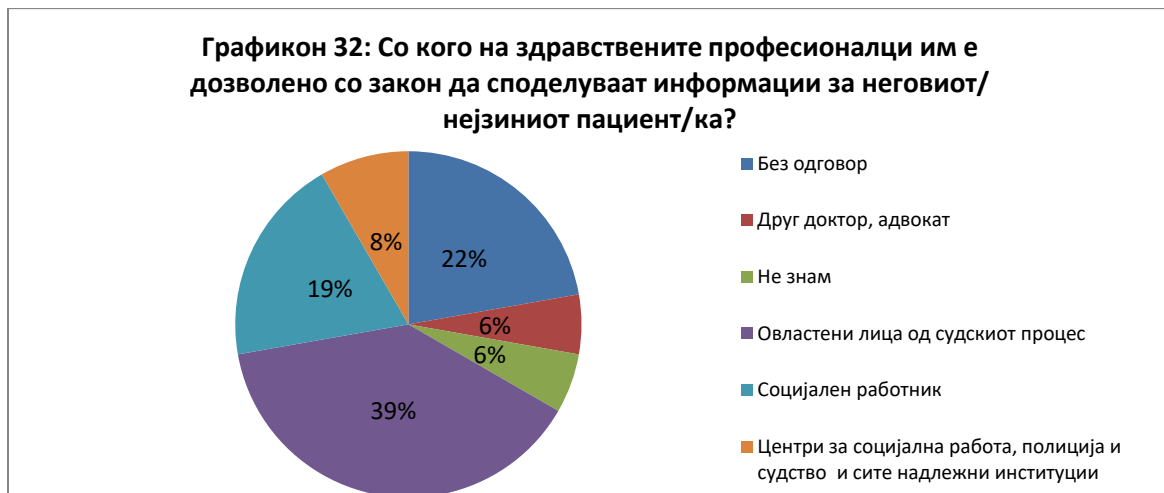
Од учесниците во истражувањето, 80% одговориле дека давателите на здравствени услуги се обврзани да ги пријават случаите на РБН на полицијата. Само 17% одговориле дека не се обврзани, додека 3% немаат одговорено на ова прашање. Ова покажува дека законските обврски во однос на пријавување на РБН на полицијата се познати и се почитуваат од страна на давателите на здравствените услуги.

**Графикон 31: На кого му е дозволено да собира докази од вештачење, докази во документи и фотографии кои можат да се претстават како правен доказ на суд?**



Одговорите на ова прашање се различни и нејасни. Ова може да биде индикатор за лоша информираност за правните аспекти на поврзаноста на здравствените работници и судските докази, што може да има влијание врз достапноста и квалитетот на правните услуги поврзани со случаи на родово-базирано насилство. Треба да се направат подобрувања во обука за правните аспекти на овој проблем.

Од 36 прашаници, само 27 дале одговор на ова прашање. Најголем број од оние кои одговориле, посочиле дека полицијата може да собира докази 7 одговори или 19%, а во неколку одговори се наведени различни видови на овластени лица и организации, како што се вештачи, судска медицина, форензика, правни и стручни лица и судски вештачи. Само 5 одговори (14%) го даваат медицинскиот персонал како овластена личност за собирање на докази од вештачење. Центарот за социјална работа, самата пациентка и семејниот лекар добија само по еден одговор, 8% и 3% соодветно. 9 испитаници или 25% не дале одговор на ова прашање. Процентот на учесници без одговор е висок за ова прашање, што укажува дека здравствените работници не се запознаени со законските процедури. Сепак, од оние кои дале одговор, најголем број сметаат дека овластени лица како полицијата, вештачите, судската медицина и форензиката треба да ги собираат доказите од вештачење и документите за да се користат како правни докази во суд.

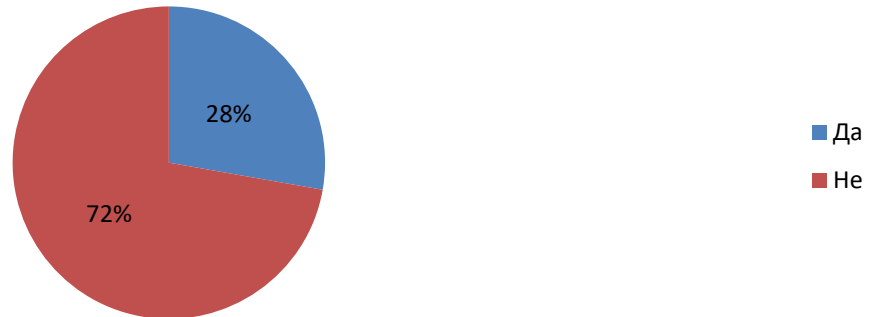


Одговорите на ова прашање покажуваат дека значаен број, 22 % од испитаниците не дале одговор, не знаат или немаат точна информација на кои лица им е дозволено да споделуваат информации за нивните пациенти. Од оние кои одговориле, најчестите одговори се овластени лица од судскиот процес 39%, социјален работник 19%, како и



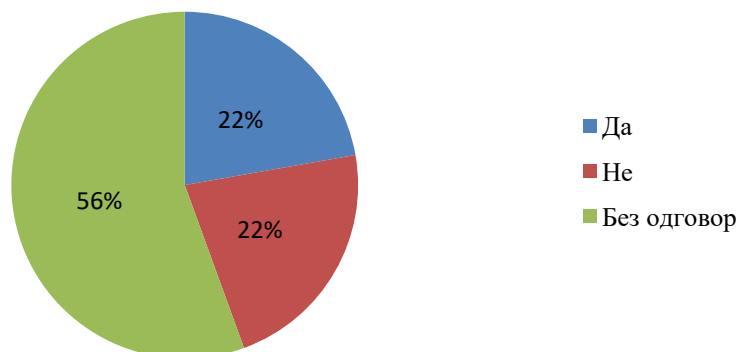
центри за социјална работа, полиција и судство, и сите надлежни институции 8%. Само мал број од испитаниците наведуваат дека им е дозволено на здравствените професионалци да споделуваат информации со друг доктор, адвокат, и овие одговори чинат 6% од вкупниот број одговори.

**Графикон 33: Дали постои писмена политика и/или протокол во Вашата институција која се фокусира на РБН?**



Само 28% одговориле дека постои писмена политика и/или протокол во нивната институција која се фокусира на РБН, додека 72% одговориле дека таква политика/протокол не постои. Ова покажува дека многу институции сè уште не го сметаат РБН за проблем и не го сметаат за приоритет во нивната работа. Тоа може да биде поради многу причини, меѓу кои е недостаток на свесност за проблемот на РБН, недостаток на обуки и ресурси за управување со РБН и недостаток на соработка со други институции и организации за работа на ова прашање. Овие резултати покажуваат дека е потребен поголем фокус и поголема ангажираност во здравствените установи за да се зголеми свесноста за РБН и да се креираат соодветни политики и протоколи за работа.

**Графикон 34: Дали се достапни за сите вработени?**



## Проценка на одговорот на здравствениот систем при родово-базирано насилство во Република Северна Македонија

Од 36 испитаници, само 8 или 22% наведуваат дека политиките/протоколите се достапни за нив, додека исто толку, 22% наведуваат дека не се достапни. 20 испитаници или 56% не дале одговор, што може да означува дека не се знае дали политиките/протоколите се достапни, и дали институциите посветуваат внимание на ова прашање. Ова покажува дека има потреба од подобрување на комуникацијата и дистрибуцијата на политиките/протоколите за да тие бидат достапни за сите вработени.

## 7. ДИСКУСИЈА

Покрај недостатокот на информации за капацитетите и квалитетот на услугите при одговор на родово-базирано насилство во здравствениот систем, ова истражување имаше за цел да направи проценка на постоечкиот модел на здравствена заштита и здравствените услуги, кои се нудат во случај на насилство врз жените, како и да го анализира капацитетот на здравствените работници.

Испитаниците кои учествуваа во истражувањето се поделени на две главни категории според нивната професија-гинеколози и семејни лекари. Од вкупниот број на испитаниците, 36, 19% се гинеколози. Ова може да се земе како репрезентативна селекција на гинеколози кои биле привлечени да учествуваат во истражувањето. Гинеколозите се медицински специјалисти кои се фокусираат на женското репродуктивно здравје, што ги прави релевантни за истражувањето. Преостанатите 81% од учесниците се семејни лекари. Ова може да се разбере како значително поголема група која учествувала во истражувањето. Семејните лекари се здравствени работници од примарна здравствена заштита кои обезбедуваат широк спектар на медицински услуги, вклучувајќи и информирање на пациентите. Ова може да укажува на нивната потенцијална улога во превенцијата и заштитата од родово-базирано насилство. Дополнително, испитаниците се поделени во две групи во зависност од местото каде работат - надвор од Скопје и во Скопје. Од вкупниот број испитаници, 58% работат надвор од Скопје, преостанатите 42% од учесниците работат во Скопје. Дополнително, преку интервјуа беа опфатени и раководители на трите центри за упатување на жртви на сексуално насилство, како и жртви и претставници на граѓански организации кои работат на РБН.

### 7.1 Правните и институционалните капацитети на здравствениот систем

Според истражувањето, повеќето установи не дистрибуираат писмени информации за правни прашања (правила за доверливост, закони за криминализација на РБН и др.) до своите членови на персоналот. Од 36 испитаници, само 12 (33%) одговориле дека ги дистрибуираат овие информации. Одговорите на прашањето покажуваат дека

недостатокот на дистрибуирање на овие информации може да биде од различни причини. Некои установи немаат официјален протокол за овие информации, додека други наведуваат недостаток на интерес за темата како и недостаток на систем и протокол, или недостаток на финансиски ресурси за обука и информирање на персоналот. Овие причини покажуваат потреба од подобрување на системот за обука и информирање на персоналот во врска со правните прашања поврзани со РБН.

44% од учесниците во истражувањето соопштиле дека медицинскиот персонал има воспоставено систем за безбедносно планирање со жените жртви, додека 45% одговориле дека тоа не е случај. Оваа изедначеност на спротивставени одговори може да укажува на несигурност на персоналот во справувањето со случаи на РБН, како и недостаток на обука и протоколи за справување со РБН. Ова може да има сериозни последици за безбедноста на жртвите и може да ги изложи на дополнителни ризици.

Податоците од истражувањето покажуваат дека повеќето, односно 72% од медицинскиот персонал кој беше вклучен во истражувањето е свесен за мерките за заштита од РБН достапни според законодавството на земјата. Ова може да укажува на поголема свест кај здравствените работници за законодавството што ги штити жртвите на РБН и можност на подобрување на ситуацијата во пракса. Но, од друга страна 14% од испитаниците не се свесни за овие мерки, што укажува на потребата од подобрување на информираност на медицинскиот персонал во оваа област.

Податоците покажуваат дека одговорите за правилата на доверливост во установите не се конзистентни. Отсуството одговори на прашањето за доверливост на 53% од испитаниците може да означува недостаток на јасност околу правилата за доверливоста на информациите, или пак недостаток на свест кај здравствените работници за значењето на доверливоста и нивната одговорност за заштита на личните информации на пациентите. Тука може да се создадат проблеми за жртвите на РБН, бидејќи нивната приватност и безбедност може да биде компромитирана.

Од вкупно 36 испитаници, 23 (или 64%) ги наведуваат законските обврски и процесот на пријавување за давателите на здравствени услуги во случај на РБН. Следат два алтернативни одговори, со по еден испитаник кој наведува дека законската обврска е да ги препознаат РБН и да ги пријават во договор со пациентката, односно да ги водат, лекуваат, упатуваат, советуваат и пријавуваат.<sup>11</sup> Испитаници или 31% не дале одговор на ова прашање.

Само 28% од испитаниците одговориле дека постои писмена политика и/или протокол во нивната институција која се фокусира на РБН, додека 72% одговориле дека таква политика/протокол не постои. Ова покажува дека многу институции сè уште не го сметаат РБН за проблем ниту за приоритет во нивната работа. Тоа може да биде поради многу причини, меѓу кои е и недостаток на свесност за проблемот на РБН, недостаток на обуки и ресурси за управување со РБН и недостаток на соработка со други институции и организации за работа на ова прашање. Овие резултати покажуваат дека е потребен поголем фокус и поголема ангажираност во здравствените установи за да се зголеми свесноста за РБН и да се креираат соодветни политики и протоколи за работа.

## **7.2 Механизми за следење на основни индикатори за здравствени услуги во случај на родово-базирано насилство**

Согласно Стандардите за акредитација, показателите за квалитет се дефинирани како квантитативни показатели кои се користат за следење и евалуација на квалитетот на негата и лекувањето на пациентите, како и за поддршка на активностите за здравствена заштита. Во овие стандарди за акредитација, не постојат индикатори кои се однесуваат на насилство врз жени, или систем на одговор во случај на насилство на жени.

*Индикатор за достапност:*

Индикатор 1: Број на здравствени услуги кои се акредитирани да даваат услуги за насилство врз жени

Индикатор 2: Број на пријавени жени жртви на насилство од страна на здравствените институции

Индикатор 3: Број на жртви на насилство кои се идентификувани и третирани во рамките на здравствените институции

*Индикатор за квалитет:*

Индикатор 1: % на жртви кои се задоволни од услугите на здравствените институции

Индикатор 2: Број на жртви кои добиле психосоцијална поддршка и информација за своите права

Индикатор 3: Број на случаи во кои здравствената институција придонела во разрешување на случаите и казнување на сторителите

Истражувањето покажува дека 94% од испитаниците сметаат дека пациентите треба да посетат општ лекар пред да се видат со специјалист. Ова може да се одрази на достапноста и квалитетот на здравствените услуги за жените, вклучувајќи ги и услугите поврзани со родово-базирано насилство. Општите лекари можат да бидат прв контакт во случај на насилство и да ги извршат потребните проверки и да ги препратат пациентите кај соодветни специјалисти. Ова е од особено значење во контекстот на родово-базираното насилство, бидејќи често може да биде тешко за жртвите да разберат кој тип услуга е потребен и каде да се најде помош. Овој пристап може да помогне да се осигура квалитетна и соодветна помош за жртвите на насилство.

Почитувањето на правата на жените да имаат пристап до здравствени услуги е многу важно во контекст на превенција на родово-базирано насилство и борбата против него. Причини кои најчесто се наведуваат за непосетување на здравствен работник, испитаниците ги наведуваат следниве: 3 (8%) не може да опишат причина и ставени се во категоријата "Друго", преостанатите 33 испитаници/здравствени работници, 17 (47%) ги наведуваат причините за недостиг на превоз, големо растојание, страв од стигматизација, страв од лоша репутација, срам, партнерот/сопругот/семејството не дозволува пристап за жената да побара помош, недостиг на услуги во регионот, финансиски ограничувања и пол (не е дозволено да посети машки доктор).

Од ова се изведува заклучок, дека причините поради кои жените не ги посетуваат здравствените услуги се различни и комплексни, со разни социоекономски и културни фактори кои влијаат на пристапот до здравствените услуги. За да се овозможи пристап до здравствени услуги, потребни се подобрувања во инфраструктурата и адекватно

информирање и образование на жените за значењето на редовните здравствени прегледи.

Од прегледот на податоците, се забележува дека повеќето (78%) од испитаниците изјавиле дека нивната установа не нуди обука за персоналот во областа на РБН, родова рамноправност и човекови права. Сепак, 19% од испитаниците изјавиле дека нивната установа го нуди овој вид обука. Иако е позитивно што некои установи нудат обуки во овие области, бројките покажуваат дека има потреба за поголем фокус и напори во обука на персоналот за РБН. Ова може да помогне да се подобри квалитетот на здравствените услуги што се нудат на жените и да се намали проблемот со насилството врз жените.

44% од испитаниците соопштиле дека медицинскиот персонал има воспоставено систем за безбедносно планирање со жените жртви, додека 45% одговориле дека тоа не е случај. Оваа изедначеност на спротивставени одговори може да укажува на несигурност на персоналот во справувањето со случаи на РБН, како и недостаток на обука и протоколи за справување со РБН. Ова може да има сериозни последици за безбедноста на жртвите и може да ги изложи на дополнителни ризици. Дополнителни истражувања може да бидат потребни за да се истражи оваа тема и да се пронајдат начини за подобрување на квалитетот на здравствените услуги за жените жртви на РБН.

Од податоците се забележува дека повеќето установи имаат доволно простор за приватни консултации, односно 64% од испитаниците кажале дека таков вид простор постои, но 25% од установите немаат доволно простор за приватни консултации. Од установите кои немаат доволно простор, најчесто наведената причина е недостиг на просторни услови. Ова може да има негативен ефект кај случаите на родово-базирано насилство, бидејќи консултациите во приватен простор можат да бидат од големо значење за заштита на приватноста и безбедноста на пациентите. Овој аспект е важен индикатор за квалитетот на услугите и треба да биде земен во предвид со поголема внимателност при планирање на здравствените услуги.

Одговорите на ова прашање покажуваат дека повеќето пациенти, 69%, не можат да се слушнат или видат од просторијата за консултации. Само 19% од испитаниците сметаат дека пациентите може да се слушнат или видат од просторијата за консултации.

Само 8 од испитаниците или 22%, потврдиле дека постојат писмени документи, како памфлети или постери, прикажани во чекалните за информирање на пациентите за РБН, додека 25 од нив или 69% одговориле со „не“, 3 од испитаниците или 8% не дале одговор на ова прашање. Ова може да има практични импликации за пациентите, бидејќи писмените информации можат да бидат корисни за подобро разбирање на нивните права и можностите во случај на РБН.

### **7.3 Комуникацијата и меѓусекторска соработка помеѓу здравствените работници и останатите засегнати страни (полиција, центри за социјална работа, образовни институции, јавно обвинителство) во врска со родово-базирано насилство**

Податоците од истражувањето покажуваат дека околу една третина (36%) од учесниците соопштиле дека обуките кои ги посетиле биле мултидисциплинарни, додека за 19% дека обуката била само за здравствени професионалци. Околу половина од учесниците не дале одговор на ова прашање.

Од учесниците кои соопштиле дека обуката била мултидисциплинарна (13), најчесто споменати професии, освен здравствените, се социјални работници (15%) и судии (15%). Другите споменати професии семедицински сестри, негователки, волонтери и патронажни сестри.

Мултидисциплинарните обуки и вклучувањето други професии, како на пример, социјални работници, полицајци и судии, може да ја подобри координацијата и пристапот кон жртвите на РБН.

Околу 47% од учесниците ги идентификувале поединците и/или организациите кои би можеле да ги поддржат нивните заложби за сензибилизација и обука на давателите на здравствени услуги за прашања поврзани со РБН, што е позитивно. Меѓутоа, околу 22% од учесниците не ги идентификувале таквите поединци/организации, покажувајќи можеби недостиг на иницијатива за пронаоѓање дополнителни ресурси за поддршка во оваа област.

Од 17-те организации/лица кои се идентификувани како потенцијални поддржувачи на заложбите за сензибилизација и обука на давателите на здравствени услуги за прашања поврзани со РБН, се центри за семејна медицина и ХЕРА, други невладини организации



кои работат на темата, Министерството за здравство, центар за социјална работа и психијатар.

Од 36-те испитаници, само 11 (31%) сметаат дека медицинскиот персонал во нивната установа има листа на организации до кои може да ги упати жртвите на РБН. Додека 21 (58%) сметаат дека немаат таква листа, а 4 (11%) не дале одговор. Ова може да укажува на лоша информираност на медицинскиот персонал за организациите/институциите кои можат да им помогнат на жртвите на РБН и како да ги упатат кон нив. Ова, исто така, покажува дека постои потреба за подобрување на обуките и алатките за поддршка за медицинскиот персонал во вршењето на нивните задачи во случаи на РБН.

22 % од испитаниците не дале одговор, не знаат или немаат точна информација со кои лица им е дозволено да споделуваат информации за нивните пациенти. Од оние кои одговориле, најчестите одговори се овластени лица од судскиот процес (39%), социјален работник (19%), како и центри за социјална работа, полиција и судство, и сите надлежни институции (8%). Само мал број од испитаниците наведуваат дека е дозволено здравствените професионалци да споделуваат информации со друг доктор.

Здравствениот систем во Република Северна Македонија има проблеми со прифаќање и препознавање на родовата динамика и последиците од родово-базираното насилство. Иако постојат законски и институционални механизми за справување со насилството врз жени, честопати тоа е недоволно. Иако има здравствени работници кои се обучени и се посветени на работа со жртви на насилство, многумина се соочуваат со проблеми при препознавање на насилството и пружање адекватни услуги на жртвите. Ова може да придонесе за низок степен на пријавени случаи на насилство врз жени во здравствениот систем.

#### **7.4 Податоци од други истражувања за одговор на јавно здравствениот систем на родово-базирано насилство**

Во периодот на спроведувањето на истражувањето за потребите на овој труд беше публикуван и Извештајот за евалуација (основна) на ГРЕВИО, за законодавни и други мерки со што се применуваат одредбите на Конвенција на Советот на Европа за спречување и борба против насилството врз жените и семејното насилство

(Истанбулска конвенција) за Република Северна Македонија, кој оди во поткрепа на добиените податоци од теренското истражување. Во извештајот на ГРЕВИО за Република Северна Македонија од мај 2023 година, во однос на состојбата за поддршка на жртвите на сексуално насилство, се издвојуваат значителни предизвици кои треба да бидат надминати. Главниот предизвик е малиот број на искористеност на постоечките услуги поради стигмата и отфрлањето од страна на општеството. Оваа недоверба и страв создаваат бариера за пријавување на случаите на сексуално насилство.

Препораките одат во насока на подобрување на состојбата. Прв чекор е да се подигне свеста кај жените за постоењето на центрите за поддршка, за да можат да ги искористат услугите кои се нудат. Важно е да се унапредат обуките за персоналот и процедурите, осигурајќи дека жртвите можат да добијат медицинска и психолошка помош без страв од обвинување или преголема комплексност на процедурите.

Дополнителен предизвик е разликата помеѓу теоријата и праксата. Иако се препорачува центрите за поддршка да нудат услуги без задолжително пријавување, жртвите моментално мора да пријавуваат во полиција за да добијат помош. Ова бара ревизија и подобрување на постоечките практики.

Потребно е итно зголемување на поддршката за жртвите на сексуално насилство во Северна Македонија, како насочена и неопходна интервенција. Препорачаните мерки се формирање кризни центри и дополнителни центри за упатување, кои ќе им ја обезбедат на жртвите потребната поддршка во различни аспекти од нивниот здравствен и правен статус (30).

Низа истражувања покажуваат дека голем број проблеми се однесуваат на пристапот до здравствена заштита за жртвите на РБН. Иако жените жртви на РБН и СН се ослободени од обврска да платат партиципација за здравствени услуги, и ова право е регулирано со Законот за здравствена заштита, сепак тоа не се спроведува. За да се постигне ова право, жртвата мора да биде здравствено осигурена. Дополнително, сите специјализирани третмани бараат партиципација од корисниците, такашто, без оглед на статусот на здравствено осигурување, жените жртви се должни сами да ги покријат овие трошоци. Покрај тоа, ако немаат здравствено осигурување, тие мора да го покријат вкупниот износ на обезбедената здравствена услуга. Програмата за заштита на мајките

и децата за 2019 година, вклучува бесплатни медицински прегледи и други услуги за жени жртви на сексуално насилство кои немаат здравствено осигурување, но не ги вклучува другите форми на РБН (31).

Во 2020 година, Националната стратегија за намалување на родово-базираното насилство во Република Северна Македонија (2020-2024) беше прифатена со цел да ги подобри институционалните капацитети и услугите за жртвите на насилство. Во рамките на стратегијата, планирани се креирање дополнителни кризни центри за жени, подобрување во рамките на стратегијата, креирање на дополнителни кризни центри за жени, подобрување на услугите на постоечките здравствени центри, обука на здравствени кадри за препознавање и одговор на родово-базираното насилство, како и развивање протоколи за одговор на случаи на насилство врз жените (32). Дополнително, планирано е зајакнување на соработката меѓу здравствените установи и другите институции, вклучувајќи ги полицијата, центрите за социјална работа и организациите на граѓанското општество.

Сепак, иако постои стратегија, реализацијата на мерките може да биде ограничена поради финансиски и кадаровски недостатоци. Исто така, многу жени не ги пријавуваат случаите на насилство поради стигматизацијата, стравот од одмазда и недовербата во правосудниот систем, што може да ги ограничи напорите да се подобри состојбата. Оваа проблематика изискува целосно ангажирање и соработка на сите сектори, за да се создаде сигурно и пристојно општество за жените (33).

## **7.5. Одговор на јавните здравствени системи на развиените држави**

### ***Шведска***

Шведска се истакнува како држава пример за успешна борба против родово-базирано насилство и превенција на оваа појава преку нивниот здравствен систем и владината стратегија.

Одговорот на родово-базираното насилство преку здравствениот систем во Шведска е комплексен и усмерен кон превенција, препознавање, интервенција и поддршка на жртвите.

Превенција: Шведската влада има активни програми за превенција на родово-базирано насилство преку образование, кампањи за подигање на свеста на јавноста и обука на различни професионалци, вклучувајќи ги здравствените работници. Целта е да се намали насилството преку подигање на свеста за последиците и штетните ефекти.

Обука на здравствени работници: Здравствените установи во Шведска обезбедуваат обука на своите работници за препознавање и постапување во случаи на родово-базирано насилство. Ова вклучува обука за гинеколози, психолози, лекари на општа медицина и други здравствени работници, со цел да се зголемат нивните знаења и вештини за препознавање на жртвите, како и обезбедување поддршка и помош.

Специјализирани услуги и центри: Шведската влада поддржува развој на специјализирани услуги и кризни центри кои нудат поддршка на жртвите на родово-базирано насилство. Тие обезбедуваат кризна интервенција, правни совети, центри за посебна поддршка, психолошка и лекарска помош и сместување на жртвите.

Воведување протоколи и директиви: Шведската влада има утврдено протоколи и директиви за здравствените установи за третман на случаи на родово-базирано насилство. Ова помага во осигурување на стандардизирани и ефикасни интервенции и поддршка за жртвите.

Соработка со други институции: Шведската влада активно соработува со другите институции и невладините организации во борба против родово-базираното насилство. Здравствените установи, полицијата, правосудните органи и организациите на граѓанското општество соработуваат за да обезбедат целосна поддршка и правда за жртвите.

Шведската стратегија за борба против родово-базираното насилство се истакнува како пример за успешна и комплексна интервенција преку здравствениот систем. Овој пристап е сеопфатен и интегриран, што обезбедува целосна и ефикасна поддршка на жртвите на насилство врз жените (34).

### ***Шпанија***

Шпанија е една од државите кои прават значителни напори и имаат успешни интервенции во борба против родово-базираното насилство преку здравствениот систем и владините стратегии.

Законска рамка: Шпанската влада има воведено прогресивни законски мерки против родово-базираното насилство, законите обезбедуваат заштита и поддршка на жртвите, како и забрана на насилството во домот и други форми на насилство врз жени.

Обука на здравствени работници: Владата на Шпанија инвестира во обука на здравствени работници, вклучувајќи ги лекарите, медицинските сестри и други здравствени професионалци, за препознавање и одговор на родово-базираното насилство. Ова им помага на здравствените работници да ги препознаат случаите на насилство и да ги упатат жртвите на соодветни услуги и поддршка.

Специјализирани услуги и центри: Шпанската влада инвестира во развој на специјализирани услуги и кризни центри за жртвите на родово-базирано насилство. Овие центри нудат различни видови поддршка, вклучувајќи кризна интервенција, психолошка помош, правна поддршка, сместување на жртвите и други форми на помош.

Координиран пристап: Шпанската влада работи во соработка со различни институции и невладини организации, вклучувајќи ги здравствените установи, полицијата, правосудствените институции и организациите на граѓанското општество. Овој координиран пристап помага во обезбедувањето комплетна поддршка на жртвите и спроведување правда.

Стандардизирани протоколи: Шпанската влада утврдува стандардизирани протоколи и директиви за третман на случаи на родово-базирано насилство. Ова помага во обезбедување ефикасни и конзистентни интервенции на различни нивоа, од здравствените установи до правосудните органи.

Шпанија е пример за држава која што успешно се справува со предизвикот на родово-базираното насилство преку својот здравствен систем, како и преку комплексниот пристап во борбата против оваа форма на насилство (35).

### ***Канада***

Канада се истакнува како држава со напреден и сеопфатен пристап во борбата против родово-базираното насилство преку својот јавен здравствен систем.

Стратешки пристап: Канада има национална стратегија посветена на справување со насилството врз жени, вклучувајќи родово-базираното насилство. Целта на

стратегијата да го подобри пристапот на здравствените услуги за жртвите и да обезбеди квалитетна поддршка и третман.

Координирана и мултидисциплинарна поддршка: Здравствените установи работат во тесна соработка со полицијата, правосудните органи, социјалните услуги и невладините организации за да обезбедат координирана и мултидисциплинарна поддршка на жртвите на родово-базирано насилство.

Кризни центри и безбедни места за сместување: Канада има развиено мрежа од кризни центри и безбедни места за сместување кои обезбедуваат безбедно засолниште и поддршка на жртвите на родово-базирано насилство.

Програми за намалување на стигматизацијата: Канадската влада промовира програми и кампањи за намалување на стигматизацијата поврзана со родово-базираното насилство. Овие напори ја поттикнуваат довербата и зголемуваат можностите за жртвите да бараат помош и поддршка.

Сеопфатна поддршка за жртвите: Канадските здравствени установи обезбедуваат сеопфатна поддршка на жртвите на родово-базирано насилство, вклучувајќи психолошка помош, медицинска нега, правна поддршка и социјални услуги.

Финансиска поддршка за невладините организации: Владата на Канада финансиски поддржува невладини организации кои работат во областа на родово-базираното насилство. Овие организации обезбедуваат дополнителна поддршка на жртвите, работат на јакнење на свеста кај граѓаните и даваат јавност за проблемот.

Програма за продолжена поддршка на жртвите: Канадската влада развила програма за продолжена поддршка на жртвите на насилство, што ги вклучува и жртвите на родово-базирано насилство. Оваа програма обезбедува дополнителна помош и поддршка во периодот по напуштањето на кризните центри.

Овие специфичности го прикажуваат напредниот и сеопфатен одговор на Канада во борбата против родово-базираното насилство преку нивниот јавен здравствен систем. Напорите на Канада и специфичните програми и стратегии кои ги справуваат со оваа форма на насилство може да послужат како учење за другите држави кои се соочуваат со сличен предизвик (36).

### **Австрија**

Во 2011 година, во Австрија, се вовеле иновативен приод за справување со родово-базирано насилство во рамките на здравствениот сектор. Овој стратемски чекор е имплементиран преку законски промени во Законот за здравствени установи и се карактеризира како универзален и комплексен, со фокус на обезбедување поддршка кон жртвите и осигурување на нивната безбедност.

Средишниот аспект од овој закон го претставува воведувањето на „групи за заштита на жртви“ во рамките на болничките средини. Овие групи се концептуализирани како механизам за пружање поддршка кон децата и возрасните кои се жртви на насилство, особено родово-базираното насилство. Во овој контекст, законот одредува две главни цели: прво, претпазливо идентификување на случаите на насилство и второ, подигање на свеста на здравствените работници за да бидат спремни да се справат со овие случаи.

Составот на групите е внимателно дефиниран во рамките на законот, вклучувајќи медицински професионалци специјализирани во области, како ургентна хирургија и гинекологија, како и психолошки работници и медицински сестри. Мултидисциплинарниот тим треба да обезбеди соодветен пристап кон жртвите, покривајќи ги физичките и психолошките аспекти на нивното здравје.

Овој пристап им донесе значајни позитивни резултати, како стабилност и успешно функционирање на групите за заштита на жртви, национални стандарди, соодветни ресурси и обука на сите здравствени работници. Соработката меѓу различните институции и засегнатите страни, како и зголемената институционална поддршка, се суштински за успешна имплементација и непрекинатата ефикасност на овој модел (37).

### **7.6. Ограничувања на студијата**

Во текот на ова истражување имаше различни аспекти кои влијаат на релевантноста и целосноста на добиените податоци кои беа откриени и забележани како ограничувања на истражувањето. Утврдените ограничувања може да влијаат на интерпретацијата на резултатите и да влијаат на заклучоците. Некои од овие ограничувања вклучуваат:

Нецелосно и недоволно откривање на податоци: Во рамките на методологијата на истражувањето, кое вклучуваше анонимно пополнување на комплексен анкетен прашалник, се откри ризик од можно нецелосно и недоволно откривање на информации

од страна на учесниците. Токму поради специфичноста на темата, постои можност за влијание на податоците и нивната точност. Иако беа предвидени мерки за заштита, сепак не е можно апсолутно контролирање на овие аспекти.

Информативен бајас: Постои можност за информативен бајас поради потенцијална неинформираност кај здравствените работници. Оваа слабост резултира во непотполно пополнување на прашалникот и пропуштање на критичните аспекти. Ова може да има влијание на валидноста на добиените резултати и следствено на точноста на заклучоците.



## 8. ЗАКЛУЧОЦИ

Истражувањето за проценка на одговорот на здравствениот систем при родово-базирано насилство (РБН) во Република Северна Македонија, со фокус на индикаторите за достапност и квалитет на здравствените услуги овозможи да се согледа одговорот на здравствениот систем при родово-базирано насилство во Република Северна Македонија и да се дадат препораки за унапредување на истиот.

Резултатите од ова истражување ја потврдија главната хипотеза, според која постои недостаток на институционални и правни капацитети во здравствениот систем во Северна Македонија за справување со насилство врз жените. а здравствените работници не демонстрираат пристап со кој ја препознава родовата динамика, влијанието и последиците од родово-базираното насилство.

Податоците покажуваат дека повеќето установи не ги дистрибуираат писмените информации за правни прашања (правила за доверливост, закони за криминализација на РБН и др.) до своите членови на персоналот. Од 36 испитаници, само 12 (33%) одговараат дека ги дистрибуираат овие информации. Одговорите на прашањето покажуваат дека недостатокот на дистрибуирање на овие информации може да биде поради низа различни причини. Некои установи како причина наведуваат дека немаат официјален протокол за овие информации, додека други наведуваат недостаток на интерес за темата или недостаток на финансиски ресурси за обука и информирање на персоналот.

Од вкупно 36 учесници во истражувањето, 23 (или 64%) ги наведуваат законските обврски за давателите на здравствени услуги во случај на РБН како да ги пријават во надлежните институции. Следат две алтернативни одговори, со по еден учесник кој наведува дека законската обврска е да ги препознаат РБН и да ги пријават во договор со пациентката, односно да ги водат, лекуваат, упатуваат, советуваат и пријавуваат. Најголемиот дел од учесниците (11 или 31%) не дале одговор на ова прашање. Само 28% одговориле дека постои писмена политика и/или протокол во нивната институција која се фокусира на РБН, додека 72% одговориле дека таква политика/протокол не постои.

Ова покажува дека многу институции сè уште не го сметаат РБН за проблем и не го сметаат за приоритет во нивната работа. Од податоците се забележува дека повеќето установи имаат доволно простор за приватни консултации (64%), но 25% од установите немаат доволно простор за приватни консултации. Од установите кои немаат доволно простор, најчесто наведената причина е недостиг на просторни услови. Најголем дел од учесниците или 28%, сметаат дека информации може да се споделуваат со други здравствени работници инволвирани во случајот, како медицински сестри или доктори специјалисти. 22% од учесниците сметаат дека информации може да се споделуваат со институции, како центар за социјална работа, полиција и суд.

Но, значајни 50% од учесниците не дале одговор, што може да покажува недостиг на јасност, знаење или свест околу тоа со кои други институции или личности може да се споделуваат информации за пациентите. Само 11 (31%) најавуваат дека медицинскиот персонал во нивната установа има листа на организации до кои може да ги упати жртвите на РБН. Додека 21 (58%) најавуваат дека немаат таква листа, а 4 (11%) не дале одговор. Ова може да укажува на лоша информираност на медицинскиот персонал за организациите кои можат да им помогнат на жртвите на РБН и како да ги упатат кон нив.

Во однос на поединечните хипотези, резултатите од истражувањето ја потврдија првата хипотеза, според која постои недостаток на здравствен кадар кој е обучен за разбирање на насилството врз жените и давање поддршка и помош во вакви случаи.

Од прегледот на податоците се забележува дека повеќето (78%) од испитаниците изјавиле дека нивната установа не нуди обука за персоналот во областа на РБН, родова рамноправност и човекови права. Сепак, 19% од испитаниците изјавиле дека нивната установа го нуди овој вид обука. Од тие 19% од установите кои нудат обуки за персоналот во областа на РБН, родова рамноправност и човекови права, 3% дале специфични теми за обуката, а другите не дале одговор. Околу една третина (36%) од испитаниците изјавиле дека обуките кои ги посетиле биле мултидисциплинарни, додека за 19% обуката била само за здравствени професионалци. Околу половина од учесниците не дале одговор на ова прашање. 42% од испитаниците одговараат дека обуките што се нудат вклучуваат и теоретско знаење и практични вештини за

идентификација, испитување и обезбедување на неа на жените жртви на РБН, додека 31% одговараат со "не" на ова прашање. Ова може да укажува на недостиг на соодветна обука за персоналот во областа на РБН и родова рамноправност, што може да ја ограничи ефикасноста во постапувањето со жртвите на РБН.

Од 36 испитаници, 14 (39%) одговориле дека обуките се одржуваат еднократно, додека само 5 (14%) одговориле дека обуките се одржуваат редовно. Најголемиот дел (47%) одговориле дека немаат информации за тоа дали обуките се одржуваат еднократно или редовно. Од тие установи каде обуките се држат редовно, 20% одговараат дека обуката се одржува еднаш годишно, додека други 20% кажуваат дека се одржува еднаш на секои две до три години, а 60% не одговараат на прашањето. Ова покажува дека обуките за РБН и родова рамноправност во овие установи не се одржуваат редовно, а најчесто се одржуваат како еднократни настани.

Втората поединечна хипотеза според која не постои систем со кој ќе се избегне секундарна виктимизација на жртвата и постоечкиот протокол не е јасен и прецизен, се потврдува. Одговорите покажуваат дека повеќето установи не ги дистрибуираат писмените информации за правни прашања (правила за доверливост, закони за криминализација на РБН и др.) до своите членови на персоналот. Од 36 испитаници, само 12 (33%) одговараат дека ги дистрибуираат овие информации. 44% од испитаниците соопштиле дека медицинскиот персонал има воспоставено систем за безбедносно планирање со жените жртви, додека 45% одговориле дека тоа не е случај. Оваа изедначеност на спротивставени одговори може да укажува на несигурност на персоналот во справувањето со случаи на РБН, како и недостаток на обука и протоколи за справување со РБН. (72%) од медицинскиот персонал е свесен за мерките за заштита достапни според законодавството на земјата. Од 36-те медицински работници, 23 (64%) кажуваат дека прашале женски пациентки за РБН кога се сомневале дека таа е жртва, додека 6 (17%) не го направиле тоа. Без одговор се 7 (19%) од прашаните. 28% од испитаните сметаат дека информации може да се споделуваат со други здравствени работници инволвирани во случајот, како сестри или доктори специјалисти. 22% од испитаните сметаат дека информации може да се споделуваат со институции, како центар за социјална работа, полиција и суд. Но, значајни 50% од учесниците не дале

одговор, што може да покажува недостиг на јаснот, знење или свест околу тоа со кои други институции или личности може да се споделуваат информации за пациентите.

Од вкупно 36 учесници, 23 (или 64%) ги наведуваат законските обврски за давателите на здравствени услуги во случај на РБН како да ги пријават во надлежните институции. Најголемиот дел од учесниците (11 или 31%) не дале одговор на ова прашање.

81% одговориле дека давателите на здравствени услуги се обврзани да ги пријават случаите на РБН на полицијата. Само 17% одговориле дека не се обврзани, додека 3% немаат одговорено.

Од 36 прашаници, само 27 дале одговори на ова прашање. Најголем број од оние кои одговориле посочиле дека полицијата може да собира докази (7 одговори или 19%), а во неколку одговори се наведени различни видови на овластени лица и организации, како што се вештачи, судска медицина, форензика, правни и стручни лица и судски вештачи. Само 5 одговори (14%) го даваат медицинскиот персонал како овластена личност за собирање на докази од вештачење. Центарот за социјална работа и самата пациентка и семејниот лекар добија само по еден одговор (8% и 3% соодветно). 9 испитаници или 25% не дале одговор на ова прашање.

Само 28% одговориле дека постои писмена политика и/или протокол во нивната институција која се фокусира на РБН, додека 72% одговориле дека таква политика/протокол не постои. 8 испитаници или (22%) наведуваат дека политиките/протоколите се достапни за нив, додека исто толку (22%) наведуваат дека не се достапни. 20 испитаници (56%) не дале одговор, што може да означува дека не се знае дали политиките/протоколите се достапни и дали институциите посветуваат внимание на ова прашање.

Третата поединечна хипотезата резултатите ја потврдуваат според која здравствените работници не ги препознаваат специфичните потреби на вулнерабилните групи на жени и деца жртви.

Во однос на причини поради ко жените и девојките немаат пристап до здравствени услуги (47%) од испитаниците ги наведуваат причините за недостиг на превоз, големо растојание, страв од стигматизација, страв од лоша репутација, срам, партнерот/сопругот/семејството не дозволува пристап за жената да побара помош,

недостиг на услуги во регионот, финансиски ограничувања и пол (не е дозволено да посети машки доктор). Додека (39%) од испитаниците наведуваат страв од стигматизација, страв од лоша репутација, срам, партнерот/сопругот/семејството не дозволува пристап за жената да побара помош и финансиски ограничувања.

Од ова се заклучува дека причините поради кои жените не ги посетуваат здравствените услуги се различни и комплексни, со разни социоекономски и културни фактори кои влијаат на пристапот до здравствените услуги. За да се овозможи пристап до здравствени услуги, потребни се подобрувања во инфраструктурата и адекватно информирање и образование на жените за значењето на редовните здравствени прегледи.

Само 31% од од испитаниците имале обука за комуникација со жени жртви на РБН, додека 58% од нив не биле обучени

(22%) од испитаниците потврдиле дека постојат писмени документи, како памфлети или постери, прикажани во чекалните за информирање на пациентите за РБН, додека 25 од нив (69%) одговориле со "не", (8%) не дале одговор на ова прашање. Ова може да има практични импликации за пациентите, бидејќи писмените информации можат да бидат корисни за подобро разбирање на нивните права и можностите во случај на РБН особено кај вулнерабилни пациенти.

Во однос на последната поединечна хипотеза, податоците од истражувањето потврдуваат, дека не постои одделение, ниту обучен кадар, ниту контакт лице за третирање на насилство врз жени.

Постојат три центри за упатување на жртви на сексуално насилство во Скопје, Куманово и Тетово, кои во период од пет години опслужиле 54 жртви. Само 31% од испитаниците имале обука за комуникација со жени жртви на РБН. Во примарната здравствена заштита не постојат посебни контакт лица за родово-базирано насилство, но согласно СОП, медицинските работници треба да постапуваат и да го пријават насилството освен што ќе пружат здравствена заштита на жртвите. Само 28% од испитаниците одговориле дека постои писмена политика и/или протокол за постапување (СОП) во нивната институција која се фокусира на РБН, додека 72% одговориле дека таква политика/протокол не постои.

## 9. ПРЕПОРАКИ

Согласно наодите и заклучоците на предметното истражување може да се дадат следните препораки:

1. Континуирана обука на здравствениот кадар за аспектите на РБН вклучувајќи препознавање, комуникација и поддршка.
2. Континуиран развој на интерни политики во здравствените установи и ревизија на постојните протоколи и стандардни оперативни процедури во насока на нивна подобра операционализација.
3. Подобро организирање на редовната дистрибуција на писмени информации за РБН, вклучувајќи ги правилата за доверливост и правата на жртвите. Овие информации треба да бидат лесно достапни за здравствениот кадар.
4. Унапредување на комуникацијата и соработката со институции како центри за социјална работа, полиција и суд. Организирање редовни средби и обуки за заедничко реагирање на случаи на РБН.
5. Реализирање на годишни кампањи и активности за подигнување на свеста и разбирање за значењето на РБН во рамките на здравствените институции.
6. Воведување механизми за непрекинат мониторинг и евалуација на примената на стекнатите знаења како и протоколите и стандардните оперативни процедури.
7. Креирање специфични или насочени програми и услуги кои ќе ги адресираат потребите на вулнерабилни групи, како жени од рурални области или жени со попреченост.
8. Формално институционално и финансиско интегрирање во јавниот здравствен систем на Центрите за упатување на жртви на сексуално насилство во Скопје, Тетово и Куманово.
9. Отварање по еден Центар за упатување на жртви на сексуално насилство во сите плански региони во Република Северна Македонија.
10. Да се ослободат жртвите од партиципација за здравствени услуги поврзани со насилство и да се обезбедат бесплатни прегледи за неосигурените жртви.

## 10. ЛИТЕРАТУРА

1. Kishor, S. and K. Johnson, Profiling DV: A multicountry study. 2004, ORC MARCO: Calverton, MD. 21 WHO, World report on violence and health. 2002, World Health Organisation: Geneva
2. Конвенција за елиминација на сите форми на дискриминација врз жените и нејзиниот Факултативен протокол, ОН, 2003
3. Declaration on the elimination of violence against women, OHCHR, 1993
4. Закон за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство Службен весник на РСМ, бр. 24 од 29.1.2021 година
5. Profiling DV: A multicountry study. 2004, ORC MARCO: Calverton, MD. 21 WHO, World report on violence and health. 2002, World Health Organisation: Geneva
6. Burke, L.K. and D.R. Follingstad, Violence in lesbian and gay relationships: Theory, prevalence, and correlational factors. *Clinical Psychology Review*, 1999. 19(5): p. 487-512.
7. Собрание на Република Северна Македонија. Закон за здравствената заштита на Република Македонија, Службен весник на РМ 43/2012:2-59.
8. UN Millennium Project, Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals. 2005: New York
9. Strategy and Framework for Action to Addressing GBV, 2008-2011. 2008, Gender, Human Rights and Culture Branch, UNFPA Technical Division: New York
10. Heise, L., M. Ellsberg, and M. Gottemoeller, Ending VAW: Population Reports. 1999, John Hopkins University School of Public Health, Population Information Program: Baltimore.
11. Garcia-Moreno, C., et al., WHO Multi-country study on women's health and domestic VAW: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. 2005, World Health Organisation: Geneva.
12. Heise, L., J. Pitanguy, and A. Germaine, VAW: The Hidden health burden. 1994, World Bank Discussion Paper 225: Washington.

13. Ellsberg, M., et al., Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and DV: an observational study. *Lancet*, 2008. 371: p. 1165-72.
14. Fergusson, D.M., J.L. Horwood, and E.M. Ridder, Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort. *Journal of Marriage and Family*, 2005. 67(5): p. 1103-1119.
15. Watts, C., et al., WHO Multi-Country Study of Women's Health and DV, Core Protocol. 1998, World Health Organisation: Geneva.
16. McFarlane, J., et al., Abuse during pregnancy and femicide: Urgent implications for women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 2002. 100: p. 27-36.
17. Williams, C.M., U. Larsen, and L.A. McCloskey, Intimate partner violence and women's contraceptive use. *VAW*, 2008. 14(12): p. 1382-1396.
18. WHO, Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003, World Health Organisation: Geneva.
19. Polusny, M.A. and V.M. Follette, The long term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 1995. 4: p. 143-166.
20. Jehu, P., Beyond sexual abuse: Therapy with women who were victims in childhood. 1988, Chichester: Wiley and Sons. 43 DeLillo, D., et al., A closer look at the nature of intimate partner violence reported by women with history of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 2001. 16: p. 116-132
21. Graham-Bermann, S.A., The Impact of woman abuse on children's social development: Research and theoretical perspectives, in *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues*, G.W. Holden, R. Geffner, and E.N. Jouriles, eds. 1998, American Psychological Association: Washington DC.
22. Постапување на здравствените работници како одговор на родово базирано насилство, вклучувајќи ги и лицата со попреченост, Фимка Тозија, Катарина Ставриќ, Нермина Факовиќ, Весна Матевска, Елена Кочовска, ХЕРА, 2021
23. Протоколот за меѓусебна соработка за преземање мерки за превенција, спречување и заштита од насилство врз жени и семејно насилство, ВРСЦ, 2023



24. Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings, Global protection cluster, 2010
25. Наташа Димитровска, Елена Кочовска, Превенција од родово базирано насилство врз жени и девојки со попреченост, ОБСЕ, 2022
26. Истражување спроведено од ОБСЕ за насилството врз жените во Северна Македонија, благосостојбата и безбедноста на жените, ОБСЕ, 2019
27. Fimka Tozija, Women's Safety and Gender-Based Violence in the Republic of North Macedonia, Front. Public Health, 2020
28. Родов индекс на Северна Македонија, 2022, Државен Завод за статистика
29. Институт за јавно здравје на Република Македонија. Здравствена карта на Република Македонија, 2018, Состојби во Република Македонија. Скопје, 2018.
30. ГРЕВИО, Конвенцијата на Советот на Европа за спречување и борба против насилството врз жените и домашното насилство (Евалуациски извештај), Јули 2023
31. Извештај во сенка за имплементација на Конвенцијата на Советот на Европа за спречување и борба против насилството врз жени и семејното насилство во Северна Македонија
32. Национална стратегија за намалување на родово-базираното насилство во Република Северна Македонија (2020-2024) , ВРСМ, 2020
33. Предлог за модел на интегрирани услуги во реагирањето на насилство врз жени, ЕХО, 2017
34. Öhman, A., Burman, M., Carbin, M., Edin, K. (2020) 'The public health turn on violence against women': Analysing Swedish healthcare law, public health and gender-equality policies BMC Public Health, 20(1): 753
35. Common Protocol for a Healthcare Response to Gender Violence Commission Against Gender Violence of the National Health System's Interterritorial Council. Spain, 2007
36. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence, WHO, 2023
37. GREVIO Baseline Evaluation Report Austria, CoE, 2017

## **ПРИЛОЗИ:**

### **Прилог 1: Проценка на одговорот на здравствена установа на родово базирано насилство<sup>1</sup>**

#### **Дел I: Основа – здравствениот систем**

##### **1. Како се финансира здравствениот систем?**

- Општо оданочување од државата, земјата или општината
- Социјално осигурување
- Доброволно или приватно здравствено осигурување
- Лично плаќање во готовина
- Донации на добротворни организации
- Друго (Ве молиме прецизирајте)

##### **2. Кои од следните здравствени единици жените или девојчињата во Вашиот регион редовно ги посетуваат?**

- Општи лекари/ доктори
- Гинеколози/ акушери
- Медицински сестри/ сестри за јавно здравје
- Бабици
- Професионалци за ментално здравје, психијатари, психолози
- Персонал за итна помош
- Училишни или компаниски доктори
- Друго (Ве молиме прецизирајте)

##### **3. Дали пациентите прво треба да посетат општ лекар пред да се видат со специјалист?**

- Да  Не

<sup>1</sup>Овој прашалник е подготвен од WAVE, се надградува на IPPF 2010 и комплет прашалници подготвени од Sabine Vohne во 2011 година за WAVE, врз основа на PRO TRAIN 2009 и официјалната алатка за следење на имплементацијата на Препораката на CE (2002) 5 за заштита на жените од насилство во земјите-членки на Советот на Европа (CoE 2007).

**4. Кои се некои од пречките за жени кои посетуваат професионалец од здравствениот систем во Вашиот регион?**

- Недостиг на превоз
- Големо растојание
- Страв од стигматизација, страв од лоша репутација, срам
- Партнерот/сопругот/семејството не дозволува пристап за жената да побара помош
- Недостиг на услуги во регионот
- Финансиски ограничувања
- Пол (не е дозволено да посети машки доктор)
- Друго (Ве молиме прецизирајте)

**5. Дали постојат какви било национални политики, планови и/или програми за јавниот кои се фокусирани на РБН?**

- Да  Не

Ако да, Ве молиме да ги наведете:

**6. Дали овие политики/ планови/ програми се имплементирани?**

- Да  Донекаде  Не

Ако донекаде или не, објаснете зошто?

**7. Кои се законските обврски за давателите на здравствени услуги во однос на одговор на РБН?**

**8. Дали давателите на здравствени услуги се обврзани да ги пријават случаите на РБН во полициј?**

- Да  Не

Ако да, Ве молиме опишете ги обврските (на пример, околноста/ сериозноста на делото, облиците на насилство)?

**9. На кого му е дозволено да собира докази од вештачење и фотографии кои можат да се претстават како правен доказ на суд?**

**10. Со кого од здравствените професионалци на лекарите им е дозволено со закон да споделуваат информации за неговиот/ нејзината пациент/ка?**

**Дел II: Одговор на здравствената установа**

**А) Политики и протоколи**

**11. Дали постои писмена политика и/или протокол во Вашата институција која се фокусира на РБН?**

Да  Не

Ако да,

а) Кој е главниот фокус на политиката/ протоколот? (изберете ги сите опции кои се применливи)

**Облици на насилство**

- Силување и сексуално насилство
- Семејно насилство
- Насилство од интимен партнер
- Насилство од не–партнер
- Сексуално вознемирување на работното место
- Женско генитално осакатување
- Насилство во конфликтни/ пост–конфликтни ситуации
- Насилство во институционално опкружување
- Присилна стерилизација
- Присилен абортус
- Присилен брак
- Киднапирање на невеста
- Избор на пол со родова пристрасност во полза на машки деца
- Брак со деца

**Интервенции**

- Идентификувајте ги симптомите на РБН
- Постапувајте прашања за РБН во случај на сомнеж
- Обезбедете му на пациентот информации за РБН и неговите последици врз здравјето на жените
- Креирајте пријателска и доверлива атмосфера
- Нега и преглед на жртвата
- Документирање на РБН
- Процена на ризици и планирање на безбедноста
- Упатувања
- Друго (Ве молиме прецизирајте)

Кривични дела во име на чест

Друго (Ве молиме прецизирајте)

b) Дали се достапни за сите вработени?

**12. Дали постои процес поставен за следење и евалуација на имплементацијата на овие документи и за собирање повратни информации од оние кои ги применуваат?**

Да  Не

Ако да, кој е задолжен за следење, евалуација и собирање на повратни информации?

Ако не, опишете зошто?

**13. Дали установата дистрибуирала писмени информации за правни прашања (на пример, правилата за доверливост, законите за криминализација на РБН) до сите членови на персоналот?**

Да  Не

Ако не, опишете зошто?

#### **В) Градење на капацитетот на персоналот за РБН**

**14. Дали Вашата установа презела какви било мерки за сензибилизација на менаџментот за РБН како прашање на јавното здравје и човековите права?**

Да  Не

Ако да, Ве молиме опишете ги.

**15. Дали Вашата установа нуди обука за персоналот во областа на РБН, родова еднаквост и човекови права?**

Да  Не

Ако да, кои се главните теми на обуката?

**16. Дали овие обуки обезбедуваат и теоретско знаење и практични вештини за идентификација, испитување и обезбедување на нега на жените жртви на РБН?**

Да  Не

**17. Кој е целната група на обуката?**

Општи лекари/ доктори

Гинеколози/ акушерки

- Медицински сестри/ сестри за јавно здравје
- Бабици
- Професионалци за ментално здравје, психијатари, психолози
- Персонал за итна помош во брза помош
- Училишни или компаниски доктори
- Друго (Ве молиме прецизирајте)

**18. Дали обуката е само за здравствени професионалци или мултидисциплинарни професионалци?**

- Само здравствени  Мултидисциплинарни

Ако обуката била мултидисциплинарна, кои биле другите професионалци покрај здравствените?

**19. Колку трае обуката?**

**20. Дали е еднократен настан или обуките се одржуваат редовно?**

- Еднократен  Редовни

Ако обуката се одржува редовно, колку често се организира?

**21. Кој ја обезбедува обуката?**

- Здравствени професионалци од установите
- Надворешни здравствени професионалци
- Надворешни експерти кои работат на РБН (Ве молиме прецизирајте)
- Други (Ве молиме прецизирајте)

**22. Дали сте идентификувале поединци и/или организации кои би можеле да ги поддржат Вашите заложби за сензибилизација и обука на давателите на здравствени услуги за прашања поврзани со РБН?**

- Да  Не

Ако да, Ве молиме прецизирајте.

Ако не, опишете ги пречките и како можете да ги надминете?

**23. Дури и ако Вашата установа не обезбедува обука, дали кој било од Вашиот персонал поминал обука за РБН на друг начин?**

- Да  Не

Ако да, идентификувајте ги овие членови на персоналот (тие се можните ресорни лица

за понатамошни обуки)

**С) Одговорите на персоналот на здравствената установа на РБН**

**1) Осигурување на безбедноста**

**24. Дали медицинскиот персонал воспоставува безбедносно планирање со жените жртви?**

Да  Не

Ако не, објаснете зошто?

**25. Дали Вашиот медицински персонал е свесен за мерките за заштита достапни според законодавството на земјата?**

Да  Не

Ако не, објаснете зошто?

**2) Осигурување на достоинството на пациентот и обезбедување на средина со поддршка и валидација**

**26. Дали медицинскиот персонал ги прашува женските пациенти за РБН кога се сомневаат дека се жртви?**

Да  Не

**27. Дали медицинскиот персонал поминал обука за комуникација со жени жртви или поранешни жртви на РБН?**

Да  Не

**3) Осигурување на приватноста и доверливоста**

**28. Кои се правилата на Вашата установа за доверливост?**

**29. Со кого на медицинскиот персонал му е дозволено да споделува информации за пациент/ка?**

**30. Дали установата има доволно простор да осигури приватни консултации?**

Да  Не

Ако не, објаснете зошто?

**31. Дали пациентот/ката може да се слушне или види од просторијата за консултации?**

Да  Не

**32. Дали на други лица им е дозволено да бидат во просторијата за консултации (партнер, сопруг, млади деца или други роднини)?**

Да  Не

**33. Дали медицинската евиденција се чува на сигурно место?**

Да  Не

Ако не, објаснете зошто?

**34. Кој персонал има пристап до медицинската евиденција?**

#### **4) Осигурување на овластувањата, автономијата и учеството на пациентите**

**35. Дали постојат какви било писмени документи прикажани во чекалните за информирање на пациентите за РБН, како што се памфлети или постери?**

Да  Не

**36. Дали медицинскиот персонал во Вашата установа има листа на организации до кои може да ги упати жртвите на РБН?**

Да  Не

#### **5) Упатувања**

**37. Дали медицинскиот персонал ги упатува жртвите на РБН до кои било други организации?**

Да  Не

Ако да, до која (кои)?



**Прилог 2: Прашалник за жртви на родово базирано насилство**

1. Дали сте пристапиле до здравствени установи во случај на родово базирано насилство?
2. Како го оценувате квалитетот на услугите кои ги добивате при пристапувањето до здравствените услуги поради родово базирано насилство?
3. Кои се главните предизвици при пристапувањето до здравствените услуги поради родово базирано насилство?
4. Дали знаете за постоењето на програми или услуги кои се специјализирани за жртвите на родово базирано насилство во Македонија?
5. Дали сметате дека услугите кои ги добивате при пристапувањето до здравствените услуги поради родово базирано насилство се соодветни за вашите потреби?
6. Дали се чувствувате безбедно и удобно при пристапувањето до здравствените услуги поради родово базирано насилство?
7. Како го оценувате односот на здравствениот персонал кон вас при пристапувањето до здравствените услуги поради родово базирано насилство?
8. Дали ви биле обезбедени информации и совети за заштита од родово базирано насилство при пристапувањето до здравствените услуги?
9. Кои би биле вашите препораки за подобрување на пристапот и квалитетот на здравствените услуги поради родово базирано насилство во Македонија?

**Прилог 3: Прашалник за претставници на граѓански здруженија кои работат на родово базирано насилство**

1. Во која граѓанска организација работите?
2. Дали вашата организација работи со жртви на родово базирано насилство во Северна Македонија?
3. Кои се најчестите проблеми со кои се соочуваат жртвите на родово базирано насилство при пристапување до здравствените услуги?
4. Каква е перцепцијата на жртвите на родово базирано насилство за квалитетот на здравствените услуги достапни за нив?
5. Кои се достапните здравствени услуги за жртвите на родово базирано насилство во Северна Македонија?
6. Кои се препораките на вашата организација за подобрување на пристапот и квалитетот на здравствените услуги за жртвите на родово базирано насилство?
7. Кои се индикаторите кои вашата организација користи за да го проценува одговорот на здравствениот систем за родово базирано насилство?
8. Како вашата организација собира податоци за индикаторите за достапност и квалитет на здравствените услуги за жртвите на родово базирано насилство?
9. Кои се главните предизвици при собирањето на податоци за индикаторите за достапност и квалитет на здравствените услуги за жртвите на родово базирано насилство?

**Прилог 4: Прашалник за интервју со координатори на центри за упатување на жртви на сексуално насилство**

1. Колку вакви центри има?
2. Како е името?
3. Како се финансирате?
4. Како е организациската структура?
5. Колку вработени и кој профил?
6. Какво е работното време?
7. Дали имате стандардни процедури по кои работите?
8. Како водите евиденција?
9. Дали сте законски регулирани?
10. Како е воспоставена соработката со другите институции?
11. Колку жртви имало од отварање до сега?
12. Какво е вашето искуство при постапување?
13. Дали има заштита на жртвите? Дали услугите се доверливи?
14. Дали имате соработка со НВО?
15. Како се прибираат податоците и доказите и дали има превезија од секундарна виктимизација на жртвите?
16. Дали мислите дека овој модел е функционален? Потребни ли се повеќе вакви специјализирани услуги?
17. Што треба да се подобри?
18. Дали другите институции реагираат на вашите барања?
19. Дали имате начин како да добиете повратна информација за задоволството на клиентките кои доаѓаат кај вас?
20. Други препораки:
21. Ваш став за овие сервиси што може да се цитира?