LIETUVOS ĮVAIROVĖS CHARTIJA



Lygios galimybės ir smurto bei priekabiavimo prevencija sveikatos priežiūros įstaigose

Tyrimo ataskaita

Vilnius, 2026

PADĖKA:

Nuoširdžiai dėkojame visiems ir visoms tyrimo dalyviams ir dalyvėms, kurie sutiko dalyvauti tyrime, pasidalinti savo patirtimi. Suprantame, kad kalbėti apie netinkamą elgesį darbe nėra lengva, todėl Jūsų atvirumas buvo esminis šiam tyrimui.

Taip pat dėkojame sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios reagavo į preliminarius vertinimo rezultatus ir patikslino viešai skelbiamą informaciją.

Apie tyrimą:

Tyrimą atliko: Lietuvos įvairovės chartijos asociacija

Tyrimo autorės: Rugilė Trumpytė, Agnė Pakšytė, Ausma Gabrielė Minkauskaitė

Dėl tyrimo metodologijos konsultavo Vilma Gabrieliūtė, Ivan Trunov ir Lygių galimybių kontrolieriaus tarnyba.

Dizainas: Nerijus Šimkus

Turinys

Rezultatai trumpai 04

1 skyrius. Įvadas ir metodologija: kodėl ir kaip atlikome šį tyrimą? 07

1.1. Kodėl atliekame šį tyrimą? 07

1.2. Tyrimo tikslas ir uždaviniai 08

1.3. Tyrimo metodologija 08

1.4. Tyrimo ribotumai 10

1.5. Sąvokos 10

2 skyrius. Teisinis ir politinis kontekstas: darbdavių pareigos ir Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo 12

2.1. Darbdavių pareigos Lietuvoje 12

2.2. Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo 13

3 skyrius. Ką deklaruoja sveikatos priežiūros įstaigos: viešai prieinamos informacijos analizė 15

3.1. Kaip vertinome sveikatos priežiūros įstaigas 15

3.2. Bendra apžvalga 15

3.3. Rezultatai pagal temas 17

3.4. Kaip įstaigos reagavo į vertinimą 19

3.5. Apibendrinimas 19

4 skyrius. Kaip darbo aplinką patiria darbuotojai 20

4.1 Vyraujančios problemos ir kodėl jos vyksta 20

4.2 Kaip problemas patiria skirtingos tyrimo grupės 26

4.3 Priemonės teorijoje ir praktikoje 29

4.4 Skersinė analizė – lytis ir šeima 31

5 skyrius. Rekomendacijos 33

Sveikatos apsaugos ministerijai 33

Sveikatos priežiūros įstaigoms 34

Rezultatai trumpai

Lietuvos įvairovės chartijos asociacija vertino, kaip gydymo įstaigos užtikrina smurto ir priekabiavimo prevenciją bei lygias galimybes savo viduje. Tyrimą sudarė viešai prieinamų dokumentų analizė ir kokybiniai interviu su įstaigų darbuotojais (-omis).

Darbuotojų savijauta

- **Sveikatos priežiūros įstaigos neanalizuoja, ar jų darbuotojai gali patirti smurto ir priekabiavimo iš kolegų**. Nors viešai yra žinomas ne vienas toks atvejis, nė viena iš 20 tirtų įstaigų neskelbia, su kokiomis problemomis susiduria jos darbuotojai (-os).

- **Mobingas, žeminimas ir priekabiavimas dalyvių pasakojimuose nėra pavieniai atvejai**. Visi dalyviai pasakojo apie netinkamą elgesį, kurį patyrė ar matė darbo aplinkoje: šaukimą, viešą žeminimą, apkalbas, ignoravimą ir nuolatinius komentarus („<...> buvo pastovūs komentarai, kad tu netinkamai darai, ne taip darai, nesupranti, nemoki, neįsimeni, ir atsimenu kolegę net verkiančią darbe“ (TD7)). Daugiau nei pusė minėjo seksualinio pobūdžio komentarus, nepageidaujamus prisilietimus ar priekabiavimą („Būna ir prisilietimai, ir instrumentų numetimas ant žemės, pavyzdžiui, tam, kad mergina pasilenktų juos paimti, ir tada seka prisilietimai, „užkliuvimai“ už to žmogaus“ (TD3)).

- **Subtilios netinkamo elgesio formos tapo norma.** Pusė dalyvių pasakojo, kad atvirų incidentų mažėja, tačiau juokeliai, komentarai, ignoravimas laikomi įprastu bendravimu: „nedrąsu įvardinti, kad taip kalbėti yra netinkama, nes visgi didžiajai komandos daliai tai atrodo kaip ir priimtina“ (TD6).

Pranešimų apie smurtą ir priekabiavimą kanalai

- **Daugiau nei pusė įstaigų skelbia, kaip nagrinėja pranešimus apie smurtą ir priekabiavimą,** tačiau vos 9 viešai įvardina, kad pranešimai yra konfidencialūs ir saugūs.

- **Medikai renkasi tylėti.** 7 tyrimo dalyviai dalyvių nurodė, kad nepranešti apie smurtą, priekabiavimą ar mobingą jie renkasi ne dėl nežinojimo, kur kreiptis, o bijodami emocinės, reputacinės ar darbinės žalos. Daugelis nepasitiki ir konfidencialiais kanalais, nes, jų nuomone, pranešėją galima atsekti. Kolegos incidentus pastebi, tačiau reaguojama retai: „Kai situacija pasidaro reali, visi nusuka akis, nieko nemato“ (TD4).

Prevencijos dokumentai ir priemonės

- **Sveikatos priežiūros įstaigos yra patvirtinusios smurto ir priekabiavimo prevencijos politiką,** t. y. dokumentą, kuriame apibrėžiami pagrindiniai prevencijos principai ir jų įgyvendinimo įstaigoje būdai. Tokią politiką turi ir viešai skelbia 19 iš 20 tirtų įstaigų.
- **Dažniausiai įstaigos numato, kad rengs mokymus ir teiks psichologinę pagalbą nukentėjusiems (-ioms).** Rečiausiai planuose numatoma organizuoti darbuotojų apklausas, kad būtų galima geriau suprasti, su kokiais iššūkiais kolegos iš tiesų susiduria. Tik 5 aiškiai įvardina, kokių veiksmų imsis, kada bei kas bus už juos atsakingi.
- **Priemonės egzistuoja, bet pasitikėjimas jomis silpnas.** Beveik pusė dalyvių nežinojo, kur reikėtų kreiptis, arba žinojo tik apytiksliai, o dalis minėjo, kad įstaigos reaguoja tik po incidentų ar skandalų, ne prevenciškai: „<...> kadangi buvo nuolatiniai skundai, įstaiga reagavo. Bet čia jau kraštutinumuose“ (TD9). Dalyvių teigimu, priemonių veikimas priklauso nuo skyriaus, įstaigos ir vadovo (-ės).

Sisteminės problemos

- **Sveikatos priežiūros darbuotojų psichologinė gerovė darbe nėra prioritetas.** Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) 2020–2024 m. veiksmų planas, skirtas šiai sričiai stiprinti, nebuvo atnaujintas. SAM nurodė, kad plano priemones perkėlė į kitus strateginius dokumentus, tačiau juose šios temos atsispindi menkai.
- **Sveikatos apsaugos ministerija nerenka duomenų, kiek įstaigose paplitęs galimas smurtas ir priekabiavimas tarp darbuotojų.** Įstaigos neprivalo teikti SAM duomenų apie gautus pranešimus ir nustatytus atvejus. Be jų neįmanoma įvertinti problemos masto ir įstaigų taikomų priemonių veiksmingumo.
- **Priklausomybė nuo vadovų (-ių) didina pažeidžiamumą.** Dalyvių teigimu, užimamos pareigos ir statusas lemia, kiek saugiai darbuotojai (-os) jaučiasi ir ar drįsta pranešti apie netinkamą elgesį. Labiausiai pažeidžiami tie, kurių karjera tiesiogiai priklauso nuo vadovo (-ės). Stipriausiai tai jaučia rezidentai: „Aš suprantu, kad aš nieko nepadarysiu. [Vadovas (-ė)] bus žmogus, kuris bus atsakingas už tai, kad aš išlaikau egzaminą“ (TD5).
- **Darbo organizavimas ir konkurencija palaiko spaudimą.** Bent keturi dalyviai minėjo neproporcingą darbo krūvį ir administracinį darbą, bent šeši – iš viršaus skatinamą konkurenciją: „Tas rezidentas pasiliko po darbo, o tu nepasilieki, tu prastesnis, tu nemotyvuotas“ (TD3). Labiausiai tai paliečia rezidentus (-es), slaugos ir pagalbinį personalą.

- **Lytis ir šeimos padėtis veikia karjeros galimybes ir kasdienę patirtį.** 7 dalyviai teigė, kad pirmenybė dažniau teikiama vyrams: „Vien tai, kad esi vyras, gydymo įstaigoj gauni labai daug bonusų, lengvatų, gali rinktis darbo vietą, darbo valandas.“ (TD10). Minėti ir komentarai apie santuoką bei vaikus, sunkumai gauti lankstesnį grafiką ir mažesnis atlyginimas grįžus po vaiko priežiūros atostogų. Du dalyviai situaciją vertino pozityviau.

Tyrimo poveikis

- **Įstaigos pradėjo viešinti savo dokumentus.** Tyrimo metu beveik pusė tirtų įstaigų pradėjo skelbti daugiau informacijos apie tai, kaip sprendžia lygių galimybių pažeidimus, galimo smurto ir priekabiavimo problemas. 10 įstaigų balas pakilo vidutiniškai 2 balais iš 11. Tai rodo, kad dalis įstaigų dokumentus turi, tačiau jie viešai neprieinami.

- **Daugiau informacijos viešina didžiųjų miestų įstaigos.** Į preliminarius vertinimo rezultatus sureagavo visos 9 Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos įstaigos, tačiau tik 2 iš 11 kitų miestų įstaigų.

1 skyrius.

Įvadas ir metodologija: kodėl ir kaip atlikome šį tyrimą?

1.1. Kodėl atliekame šį tyrimą?

Lietuvos žiniasklaidoje periodiškai nuskamba mobingo, psichologinio smurto ar priekabiavimo atvejai sveikatos priežiūros įstaigose. 2019 m. Seimo Sveikatos reikalų komitete buvo pacituotas anoniminis Klaipėdos universitetinės ligoninės medikų laiškas apie iš vadovų (-ių) patiriamą žeminimą bei grasinimus sumažinti atlyginimą, pažeminti pareigose ar perkelti į kitus skyrius. 2023 m. iš Marijampolės ligoninės išėjo šeši radiologai dėl mobingo ir psichologinės įtampos, pasikeitus skyriaus vadovei. 2024 m. dvi Mažeikių ligoninės darbuotojos pranešė apie kolegų patyčias: įžeidinėjimus, grasinimus ir, galiausiai, fizinį smurtą. Tais pačiais metais, po anoniminių darbuotojų skundų dėl psichologinio smurto, patyčių ir seksualinio priekabiavimo žiniasklaidoje, Valstybinė darbo inspekcija Kauno klinikose nustatė psichologinio smurto apraiškų ir skyrė piniginę baudą. 2025 m. Santaros klinikų Neurochirurgijos centrą paliko šeši neurochirurgai, o buvęs centro vadovas viešai įvardijo ligoninėje tvyrančią „toksišką aplinką“.

2019–2024 m. žiniasklaidoje pranešta apie penkias medikų savižudybes[1]. Nors savižudybių priežastys dažniausiai yra daugialypės, keturis iš šių atvejų artimieji ir kolegos siejo su psichologiniu smurtu ir mobingu darbo vietoje. Po 2021 m. medikės savižudybės atvejo Respublikinėje Šiaulių ligoninėje teismas pripažino, kad įstaiga neužtikrino saugių darbo sąlygų.

Žvelgiant į šiuos atvejus bendrai, išryškėja kelios tendencijos. Pirma, apie smurtą ar mobingą dažniausiai sužinome ne iš pačių sveikatos priežiūros įstaigų, o per anoniminius darbuotojų laiškus, žiniasklaidą arba po masinių darbuotojų išėjimų, kraštutiniais atvejais – po medikų mirčių. Tai kelia klausimą, ar įstaigose kuriama organizacinė kultūra, kurioje darbuotojai (-os) jaučiasi saugūs pranešti, o smurtas, mobingas ir priekabiavimas yra aiškiai netoleruojami? Kaip įstaigose veikia vidiniai pranešimų kanalai: ar darbuotojai (-os) žino apie šiuos kanalus ir jais pasitiki?

Antra, kai smurto ar mobingo atvejai tampa vieši, nereta sveikatos priežiūros įstaigų vadovų (-ių) reakcija – problemos neigimas ar menkinimas, pavyzdžiui, vadinant skundus „šmeižikiškais“ arba „subjektyviais“. Iš viešų reakcijų negalime spręsti, kaip skundai nagrinėjami įstaigų viduje, tačiau šie atsakai verčia klausti, ar sveikatos priežiūros įstaigos, kaip darbdaviai, smurto, mobingo ir priekabiavimo prevenciją suvokia kaip savo pareigą ir ją įgyvendina.

[1] 2019 m. spalį – Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės gydytojas traumatologas (LRT); 2021 m. gegužę – Respublikinės Šiaulių ligoninės gydytoja anesteziologė reanimatologė (LRT); 2021 m. rugsėjį – Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės gydytojas urologas (LRT); 2023 m. rugsėjį – Respublikinės Šiaulių ligoninės akušerė (LRT); 2024 m. kovą – Kauno klinikų Anesteziologijos klinikos slaugytoja (LRT).

Žiniasklaidos pranešimai parodo, kas nutinka, kai smurto ir priekabiavimo prevencijos sistema nesuveikia. Tačiau jie neatsako, ar sveikatos priežiūros įstaigose tokia sistema apskritai egzistuoja ir kaip ji veikia kasdienybėje. Būtent į šį klausimą siekiame atsakyti šiuo tyrimu.

1.2. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Šio tyrimo tikslas yra **įvertinti, kaip Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigos yra pasirengusios užtikrinti lygias galimybes ir įgyvendinti smurto ir priekabiavimo prevencijos priemones savo darbuotojams bei kaip darbo aplinką tiriamose įstaigose patiria ir vertina jų darbuotojai.**

Uždaviniai:

- Išanalizuoti, kokias lygių galimybių, smurto, priekabiavimo ir mobingo prevencijos politikas, procedūras ir priemones taiko Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigos, ir įvertinti, kiek šios priemonės yra sistemiškos, prieinamos darbuotojams (-oms) ir atitinka teisės aktus.

- Ištirti, kaip Lietuvos sveikatos sistemos darbuotojai (-os) vertina darbo aplinką savo darbovietėse, identifikuoti geruosius pavyzdžius bei neatitikimus tarp formaliai deklaruojamų sveikatos priežiūros įstaigų priemonių ir realios darbuotojų patirties.

- Suformuoti rekomendacijas sveikatos priežiūros įstaigoms ir politikos formuotojams dėl lygių galimybių bei smurto, priekabiavimo ir mobingo prevencijos stiprinimo sveikatos priežiūros sektoriuje, taip pasiūlant šioms įstaigoms aukštesnį lygių galimybių užtikrinimo standartą.

1.3. Tyrimo metodologija

Šio tyrimo apimtis – SAM pavaldžios sveikatos priežiūros įstaigos (7) ir viešosios sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose SAM įgyvendina valstybės, kaip dalininkės, teises ir pareigas kartu su kitais subjektais (15). Iš šių 22 įstaigų 2 tyrime nevertinamos[2], todėl iš viso tiriamos **20 įstaigų**. Šiose įstaigose bendrai dirba **daugiau kaip 38 tūkst. darbuotojų** (Scoris duomenimis).

Tyrimą sudaro dvi dalys:

Viešai prieinamos informacijos analizė (angl. *desk research*)

Kiekviena tiriama sveikatos priežiūros įstaiga įvertinta pagal viešai prieinamą informaciją, naudojant 11 kriterijų. Jie apima pagrindinius smurto ir priekabiavimo darbo vietoje prevencijos sistemos elementus: nuo patvirtintų lygių galimybių bei smurto ir priekabiavimo prevencijos dokumentų iki tikslų, priemonių, pagalbos nukentėjusiems, stebėsenos ir pranešimų kanalų (visas klausimynas

[2] Nacionalinis kraujo centras (NKC), nors yra SAM pavaldi įstaiga, netraukiamas į tyrimą, nes savo veiklos pobūdžiu skiriasi nuo ligoninių ir klinikų. NKC pagrindinė veiklos sritis yra kraujo donorystės organizavimas, jis neteikia tiesioginių gydymo paslaugų pacientams. Žalgirio klinika nuo 2024 m. liepos 1 d. yra VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas, todėl tyrime atskirai kaip savarankiška įstaiga nevertinama.

pateikiamas 1 priede).

Gauti balai leidžia įstaigas palyginti tarpusavyje ir, jei tyrimas būtų kartojamas ateityje, pamatuoti jų progresą. Po pirminio vertinimo kiekvienai įstaigai buvo nusiųsti jos rezultatai suteikiant galimybę juos patikslinti, papildyti arba paviešinti anksčiau neskelbtus dokumentus.

Įtraukdamas sveikatos priežiūros įstaigas į tyrimo procesą, tyrimas atlieka ir advokacinę funkciją: įstaigoms yra pateikiama informacija apie lygių galimybių užtikrinimo bei smurto ir priekabiavimo prevencijos organizavimo priemones, taip stiprinant šių praktikų supratimą kaip standartų, už kurių laikymąsi įstaigos yra atsakingos. Be to, tyrimas rodo, kad visuomenė stebi, kaip šie standartai yra įgyvendinami.

Informacijos analizę papildė LR sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) 2026 m. kovo 20 d. raštas Nr. (1.1.20E-18)10, kuriuo atsakyta į Lietuvos įvairovės chartijos asociacijos 2026 m. sausio 13 d. pateiktą prašymą suteikti informacijos apie mobingo ir psichologinio smurto atvejų sveikatos priežiūros įstaigose stebėseną, prevencijos vykdymo įstaigose monitoringą ir ministerijos įgyvendinamas priemones šioje srityje.

Kokybiniai pusiau struktūruoti interviu

Siekiant įvertinti ne tik kokių priemonių sveikatos priežiūros įstaigos imasi užtikrinant lygias galimybes bei smurto ir priekabiavimo prevenciją, bet ir kaip šios priemonės veikia ar neveikia praktikoje bei kaip darbo aplinką tiriamose sveikatos priežiūros įstaigose patiria ir vertina jų darbuotojai, antrasis tyrimo metodas yra kokybiniai pusiau struktūruoti interviu.

2026 m. balandį-lapkritį atlikti 12 interviu. Juose buvo kalbinti slaugos darbuotojai (-os), rezidentai (-ės), gydytojai (-os), skyrių vedėjai (-os) ir administracijos darbuotojai (-os), kurie (-ios) šiuo metu dirba arba per pastaruosius metus dirbo tiriamose įstaigose (buvusiems įstaigų darbuotojams numatytas metų limitas siekiant kiek įmanoma aktualesnių tyrimo rezultatų).

Dalyviai (-ės) atrinkti kreipiantis į profesines organizacijas (profesines sąjungas, jaunųjų gydytojų ir gydytojų asociacijas), kviečiant dalyvauti konkrečius asmenis, „sniego gniūžtės“ metodu, kai jau dalyvavę asmenys rekomendavo kitus, ir per kvietimus socialiniuose tinkluose.

Tyrimo metu visiems dalyviams (-ėms) buvo užtikrintas konfidencialumas. Kiekvienas dalyvis (-ė) prieš interviu gavo informaciją apie tyrimo tikslus, interviu eigą ir tai, kaip bus naudojama surinkta medžiaga, ir davė rašytinį informuotą sutikimą. Prieš pradedant pokalbį, ši informacija buvo pakartota žodžiu, atsakant į iškilusius klausimus. Dalyviai (-ės) buvo informuoti, kad dalyvavimas yra savanoriškas ir kad jie/jos gali bet kuriuo metu atsisakyti atsakyti į klausimą ar pasitraukti iš tyrimo.

Interviu medžiaga ataskaitoje pateikiama anonimizuotai: dalyviams (-ėms) suteikti pseudonimai, nenurodomi jų vardai, darbovietės ar kita informacija, pagal kurią būtų galima juos atpažinti. Cituojant nurodoma tik profesinė grupė, o jokia įstaiga su interviu medžiaga nesiejama.

1.4. Tyrimo ribotumai

Tyrimo interviu dalyviai (-ės) rasti per profesines organizacijas, socialinius tinklus ir kitų dalyvių rekomendacijas, todėl tikėtina, kad dalyvauti dažniau sutiko asmenys, turintys ryškių patirčių, susijusių su tyrimo tema, arba aktyviai besidomintys lygių galimybių ir smurto prevencijos klausimais. Kita vertus, dalyvių paiešką galimai ribojo ir nenoras dalyvauti tyrime apie smurto ir priekabiavimo prevenciją, nes tai gali sukelti skaudžius, nemalonius prisiminimus arba kelia baimę dėl galimų pasekmių, jei jų tapatybė būtų atskleista ar kolegos (-ės), vadovės (-ai) kitaip sužinotų apie jų dalyvavimą tyrime. Dėl temos jautrumo kai kurie dalyvių atsakymai galėjo būti santūresni ar nepilni.

Tyrime vertinama, ar sveikatos priežiūros įstaigos, kaip darbdaviai, turi sistemą smurtui, mobingui ir priekabiavimui užkirsti ir į juos reaguoti. Tyrimas nevertina struktūrinių sektoriaus veiksnių, tokių kaip darbo krūviai, personalo trūkumas ar finansavimas, nors jie taip pat veikia darbo aplinką ir gali didinti įtampą bei konfliktų riziką. Taip pat tyrime nagrinėjami tik santykiai tarp darbuotojų. Pacientų ar jų artimųjų smurtas prieš sveikatos priežiūros darbuotojus (-as) neanalizuojamas.

Šiame tyrime taikoma kokybinė metodologija, kuri nesiekia ir negali suteikti reprezentatyvių rezultatų. Kokybinių tyrimų tikslas yra ne statistinis apibendrinimas, o gilesnis tiriamų reiškinių ir patirčių supratimas.

1.5. Sąvokos

Šias sąvokas apibrėžiame taip, kaip jos yra apibrėžtos LR Lygių galimybių įstatymo 2 str.:

Lygios galimybės – tarptautiniuose žmogaus ir piliečių teisių dokumentuose ir Lietuvos Respublikos įstatymuose įtvirtintų žmogaus teisių įgyvendinimas nepaisant lyties, odos spalvos, tautybės, pilietybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos.

Diskriminacija – tiesioginė ir netiesioginė diskriminacija, priekabiavimas, nurodymas diskriminuoti lyties, odos spalvos, tautybės, pilietybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos pagrindu.

Priekabiavimas – nepageidaujamas elgesys, kai lyties, odos spalvos, tautybės, pilietybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos pagrindu siekiama įžeisti arba įžeidžiamas asmens orumas ir siekiama sukurti arba sukuriama bauginanti, priešiška, žeminanti ar įžeidžianti aplinka.

Psichologinis smurtas – bet koks nepriimtinas elgesys ar jo grėsmė, kuriuo siekiama asmeniui padaryti neigiamą psichologinį poveikį. Tokiu elgesiu gali būti įžeidžiamas asmens orumas, sukuriama bauginanti, priešiška, žeminanti ar žeidžianti aplinka (LR darbo kodeksas, 30 str.).

Mobingo sąvoka nėra apibrėžta Lietuvos teisinėje bazėje, tačiau yra suprantama kaip **tikslingas, ilgalaikis, sistemiškas** elgesys, kuriuo siekiama pažeminti, sumenkinti, izoliuoti ar išstumti iš kolektyvo vieną arba kelis asmenis.

Lytinė tapatybė – unikalus kiekvieno asmens lyties pojūtis ir su tuo susijęs savęs (ne)priskyrimas tam tikrai lyčiai (Lygių galimybių kontrolieriaus tarnyba, „Lytinė tapatybė ir translytiškumas. Sąvokų žodynėlis.“).

2 skyrius.

Teisinis ir politinis kontekstas: darbdavių pareigos ir Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo

Šis skyrius remiasi nurodytais šaltiniais bei SAM 2026 m. kovo 20 d. raštu Nr. (1.1.20E-18)10, kuriuo atsakyta į Įvairovės chartijos asociacijos 2026 m. sausio 13 d. pateiktą paklausimą.

2.1. Darbdavių pareigos Lietuvoje

Lietuvos Respublikos darbo kodeksas įpareigoja kiekvieną darbdavį sukurti tokią darbo aplinką, kurioje darbuotojai (-os) nepatirtų smurto ir priekabiavimo bei numato konkrečias pareigas:

- Kiekvienas LR darbdavys, nepriklausomai nuo dydžio ar sektoriaus, privalo imtis priemonių smurtui ir priekabiavimui išvengti ir padėti nukentėjusiems (-ioms): įvertinti smurto ir priekabiavimo rizikas ir jas valdyti, **nustatyti pranešimų teikimo ir nagrinėjimo tvarką** bei su ja supažindinti darbuotojus (-as), **organizuoti darbuotojų mokymus** (30 str. 3 d.).

- Darbdavys, turintis vidutiniškai daugiau nei 50 darbuotojų, privalo patvirtinti ir darbuotojams (-oms) **paskelbti lygių galimybių politiką**: kokiomis priemonėmis ji įgyvendinama ir kaip prižiūrima (26 str. 6 d.).

- Darbdavys, kurio vidutinis darbuotojų skaičius didesnis nei 50, privalo patvirtinti ir įgyvendinti **smurto ir priekabiavimo prevencijos politiką**, kurioje turi būti aprašyta, kaip atpažinti smurtą ir priekabiavimą, kaip apie jį pranešti, kaip apsaugomi pranešę ir nukentėję asmenys, taip pat darbo etikos taisyklės (30 str. 5 d.).

Lygių galimybių įstatymas (7 str.) papildomai įpareigoja darbdavį taikyti darbuotojoms (-ams) vienodus atrankos, vertinimo ir atleidimo kriterijus, mokėti vienodą užmokestį už vienodos vertės darbą, apsaugoti nuo priekabiavimo ir persekiojimo dėl skundo, pritaikyti darbo sąlygas asmenims su negalia.

Saugaus pranešimų kanalo standartą nustato Pranešėjų apsaugos įstatymas. Nors smurto ir priekabiavimo jis atskirai neįvardija, jame įtvirtintas konfidencialumo principas ir numatyta, kad galimybę pranešti turi turėti ne tik darbuotojai (-os), bet ir kandidatai (-ės), stažuotojai (-os), savanoriai (-ės) bei sutartiniais santykiais susiję asmenys (2 str. 2 d.).

Šios pareigos ir teisinės normos yra šio tyrimo sveikatos priežiūros įstaigų vertinimo metodologijos pagrindas. Remiantis jomis, suformuoti 2, 3, 8, 10 ir 11 vertinimo kriterijai (plačiau žr. 3 skyriuje ir priede nr. 1).

2.2. Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo

Priemonės

Sveikatos priežiūros sektoriui SAM yra patvirtinusi papildomus dokumentus, kurie nurodo, kaip darbdavių pareigas lygių galimybių srityje įgyvendinti sveikatos priežiūros įstaigose: Smurto ir priekabiavimo prevencijos politikos rengimo ir įgyvendinimo rekomendacijas (2023) ir Palankios darbo aplinkos asmens sveikatos priežiūros įstaigoje koncepciją (2023). Koncepcija yra privaloma SAM valdomoms įstaigoms, tačiau dauguma jos nuostatų suformuluotos kaip rekomendacijos, o įgyvendinimas siejamas su įstaigos finansinėmis ir administracinėmis galimybėmis. Praktinės reikšmės Koncepcijai suteikia 2024 m. lapkritį SAM ir profesinių sąjungų pasirašyta sveikatos sistemos šakos kolektyvinė sutartis: pagal ją įstaigų vadovai (-ės) privalo per keturis mėnesius patvirtinti darbuotojų psichologinės gerovės veiksmų planus, vadovaudamiesi Koncepcijos nuostatomis. Paklausta, kurios įstaigos taiko rekomendacijas ir Koncepciją bei kaip vertinamas jų poveikis, SAM šios informacijos nepateikė.

Nuo 2025 m. psichologinio smurto ir mobingo prevencija įtraukta į privalomąjį įstaigų ir padalinių vadovų kvalifikacijos tobulinimą, o supervizija ir intervizija pripažintos kvalifikacijos tobulinimo formomis. Socialinių emocinių kompetencijų, konfliktų ir streso valdymo ugdymas įtrauktas ir į medicinos bei visuomenės sveikatos studijų krypčių aprašus, o nuo 2024 m. medicinos studijų absolventai (-ės) turi gebėti „rūpintis savo emocine ir fizine gerove bei sveikata“, atpažinti smurtinio elgesio ir profesinio perdegimo požymius.

Įstaigų vertinimas

Nuo 2023 m. smurto ir priekabiavimo prevencijos įgyvendinimas yra vienas iš rodiklių, pagal kuriuos skaičiuojamas įstaigos vadovo(-ės) užmokestis. SAM šį rodiklį nurodė kaip vienintelę priemonę, kuria ji stebi, kaip įstaigos užtikrina lygias galimybes ir įgyvendina smurto bei priekabiavimo prevenciją.

Kaip stebėsenos priemonė, šis rodiklis yra ribotas. Visų pirma, jis apima tik smurto ir priekabiavimo prevenciją, o ne lygias galimybes. Be to, duomenis teikia ir plano apimtį nusistato pačios įstaigos, todėl rodiklis parodo, ar planas vykdomas, bet ne tai, ar darbo aplinka tampa saugesnė. Taip pat pažymėtina, kad šis rodiklis nėra būtinas: vadovės (-ai) gali gauti didžiausią kintamąją atlyginimo dalį ir be jo.

Informacija apie atvejus

SAM svetainėje yra skiltis anonimiškai pranešti apie mobingą. Pasak ministerijos, 2022–2025 m. per šį kanalą gauti 65 skundai, kuriuos nagrinėjo nuo 2021 m. veikianti ministerijos darbo grupė, o gauta informacija beveik visais atvejais buvo persiųsta Valstybinei darbo inspekcijai. Darbo grupės sudarymo įsakymas, jos darbo reglamentas ir pranešimų nagrinėjimo tvarka viešai neskelbiami.

Nėra teisės akto, kuris įpareigotų sveikatos priežiūros įstaigas pranešti SAM apie jose nustatytus psichologinio smurto ar mobingo atvejus. Duomenų apie kitas sveikatos priežiūros įstaigas (pavaldžias savivaldybėms arba privačias), pasak ministerijos, ji neturi.

Informacija apie smurto ir priekabiavimo atvejus nėra viešinama. SAM nurodė, kad jos darbo grupės nagrinėti atvejai nėra viešinami, o apie viešinimą po vidinių tyrimų pavaldžiose įstaigose ministerijai nėra žinoma. Nors 2024 m. Seimo rezoliucija dėl mobingo ragino Vyriausybę nustatyti, kaip viešinti įtariamo mobingo atvejus, tokia tvarka nėra parengta.

Dėl šių priežasčių nėra bendros apžvalgos, kiek iš viso smurto ir priekabiavimo atvejų nustatoma sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvoje ir kaip jie sprendžiami.

Strateginis planavimas

2020–2024 m. sveikatos sistemos darbuotojų psichologinei gerovei gerinti buvo skirtas atskiras veiksmų planas. Jame numatyta, kad tarpinė įgyvendinimo ataskaita bus parengta iki 2023 m. kovo 1 d., o galutinė – iki 2025 m. kovo 1 d. Viešai šios ataskaitos nėra skelbiamos, o Įvairovės chartijai jų paprašius, SAM ataskaitų nepateikė.

Pasibaigus plano galiojimo laikotarpiui, jis nebuvo atnaujintas. SAM nurodė, kad plano priemonės integruotos į pažangos priemonę „Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą“. Tačiau ši pažangos priemonė skirta sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui gerinti, o darbuotojų psichologinės gerovės tema joje atsirado tik 2026 m., kai papildžius priemonės aprašą ji įtraukta tik kaip viena iš mokymų temų, be atskirų tikslų ar rodiklių.

Strateginiuose dokumentuose psichologinės gerovės gerinimo sritis beveik neatsispindi: SAM 2026–2028 m. strateginiame veiklos plane jai nėra skirta jokių priemonių.

→ Kitame skyriuje apžvelgiama, kokius dokumentus ir priemones SAM pavaldžios sveikatos priežiūros įstaigos iš tikrųjų turi ir skelbia viešai.

3 skyrius.

Ką deklaruoja sveikatos priežiūros įstaigos: viešai prieinamos informacijos analizė

3.1. Kaip vertinome sveikatos priežiūros įstaigas

2026 m. sausio-kovo mėn. įvertinome **20** sveikatos priežiūros įstaigų pagal jų internetinėse svetainėse skelbiamą informaciją. Vertinimui naudojome 11 klausimų (žr. 1 priedą). Už kiekvieną klausimą įstaiga galėjo gauti 1, 0,5 arba 0 balų, maksimalus galimas įstaigos vertinimas – 11 balų. Kovo viduryje kiekvienai įstaigai išsiuntėme jos preliminarius rezultatus ir iki balandžio vidurio suteikėme galimybę juos patikslinti (žr. skiltį 3.4).

Klausimais vertinome, ar įstaiga turi patvirtintas lygių galimybių, smurto ir priekabiavimo prevencijos politikas, ar analizuoja lygių galimybių situaciją ir įsivardina problemas, kelia tikslus, numato konkrečias priemones, pagalbą nukentėjusiems (-ioms), priemonių įgyvendinimo stebėseną ir pranešimų apie galimus pažeidimus kanalus. Dalis klausimų yra tiesiogiai susiję su 2 skyriuje aptartomis darbdavių teisinėmis pareigomis, kiti vertina, ar įstaigos vadovaujasi gerąja praktika, kaip užtikrinti lygias galimybes ir organizuoti smurto bei priekabiavimo prevenciją.

Svarbu pabrėžti, kad vertinome tik tai, ką įstaigos skelbia viešai. Jei dokumento nėra svetainėje, tai nebūtinai reiškia, kad įstaiga jo neturi. Tačiau tokiu atveju jo negali rasti kandidatai(-ės), nauji (-os) darbuotojai(-os) ir visuomenė, todėl dokumentų viešumą ir įstaigos skaidrumą laikome svarbiu aspektu ir gerąja organizacijų praktika.

3.2. Bendra apžvalga

Vidutiniškai sveikatos priežiūros įstaigos surinko 5,4 iš 11 galimų balų. Surinkti įstaigų balai svyruoja nuo 2 iki 9,5 balo. Aukščiausius balus surinko Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė (9,5 balo iš 11), Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos ir Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos (po 8,5), o 9 iš 20 įstaigų surinko mažiau nei 5 taškus. Visų įstaigų balai pateikiami 2 priede.

Beveik visos tirtos įstaigos turi smurto ir priekabiavimo prevencijos politiką bei numato prevencines priemones, tačiau tik ketvirtadalio įstaigų priemonės yra aprašytos aiškiai, konkrečiai, įvardinant, kas yra už jas atsakingas asmuo, kaip ir kada jos bus įgyvendintos.

Pamatuojamus tikslus prevencijai kelia dvi įstaigos, o įstaigos situacijos analizės ir konkrečių problemų neskelbia nė viena įstaiga.

Įstaigų, surinkusių 1, 0,5 arba 0 balų, skaičius pagal vertinimo klausimus:

Klausimas	1 taškas	0,5 taško	0 taškų
1. Ar įstaiga skelbia poziciją savo svetainėje arba organizaciją apibūdinančiose skiltyse apie lygių galimybių užtikrinimą darbo vietoje?	5	–	15
2. Ar įstaiga turi lygių galimybių užtikrinimui skirtą, patvirtintą dokumentą?	11	–	9
3. Ar įstaiga turi smurto ir priekabiavimo prevencijai skirtą, patvirtintą dokumentą?	19	–	1
4. Ar įstaiga skelbia lygių galimybių situacijos analizę?	0	1	19
5. Ar įstaigos dokumentuose įvardijamos lygių galimybių, darbo etikos, priekabiavimo ar smurto organizacijoje problemos, kurias siekiama spręsti?	0	1	19
6. Ar įstaigos dokumentuose numatyti su lygių galimybių užtikrinimu, smurto ir priekabiavimo prevencija susiję tikslai?	2	9	9
7. Ar įstaigos dokumentuose numatytos priemonės, susijusios su lygių galimybių užtikrinimu, smurto ir priekabiavimo prevencijos tikslais?	5	15	0
8. Ar įstaigos dokumentuose numatytos pagalbos priemonės darbuotojams ar darbuotojoms, įstaigoje patyrusiems smurtą ar priekabiavimą (teisinės pagalbos, emocinės paramos ir pan.)?	13	6	1
9. Ar įstaigos dokumentuose nurodoma priemonių įgyvendinimo stebėsena?	2	8	10
10. Ar įstaiga skelbia, kaip galima pranešti apie galimus smurto ir priekabiavimo ar lygių galimybių pažeidimus įstaigoje ir kaip vyksta jų nagrinėjimas?	13	7	0
11. Ar įstaiga turi konfidencialų ir saugų pranešimų kanalą, į kurį gali kreiptis visi (darbuotojai ir darbuotojos, kandidatai ar kandidatės ir sutartiniais santykiais susiję asmenys)?	9	10	1

3.3. Rezultatai pagal temas

Politikos ir jų prieinamumas

Beveik visos įstaigos, 19 iš 20[3], turi ir viešai skelbia smurto ir priekabiavimo prevencijos politiką - dokumentą, kuriame apibrėžiami pagrindiniai įstaigos prevencijos principai ir jų įgyvendinimo įstaigoje būdai. Su lygiomis galimybėmis situacija prastesnė – lygių galimybių politiką ar panašų dokumentą skelbia tik 11 įstaigų, nors teisiškai šį dokumentą privalo turėti visos darbovietės, turinčios daugiau nei 50 darbuotojų. Kai kurių įstaigų kituose dokumentuose minima lygių galimybių politika, tačiau pats dokumentas neskelbiamas viešai. Rezultatai rodo, kad smurto prevenciją įstaigos suvokia kaip atskirą, privalomą temą, o lygios galimybės lieka antraeilės.

Dalies įstaigų veiksmų planuose viena iš numatytų priemonių yra darbuotojų supažindinimas su lygių galimybių ar smurto ir priekabiavimo politika. Kaip toks supažindinimas yra įgyvendinamas praktikoje ir ką darbuotojai (-os) apie politikas žino, nagrinėjama 4 skyriuje.

Situacijos pažinimas ir stebėsena

Silpniausia įvertinta sritis – įstaigų žinios apie lygių galimybių situaciją jų viduje. **Nė viena** įstaiga neskelbia išsamios lygių galimybių situacijos analizės. Taip pat nė viena įstaiga, remdamasi duomenimis ar pavyzdžiais, neįvardija smurto, priekabiavimo ar darbo etikos problemų, kurias siekia spręsti įgyvendinamomis prevencijos priemonėmis.

Kai kurių įstaigų veiksmų planuose numatyta kasmet analizuoti smurto ir priekabiavimo atvejus ar vertinti psichosocialines rizikas, tačiau šių analizių rezultatai neskelbiami. Viena įstaiga svetainėje nurodo, kad per metus incidentų neužfiksuota. Tačiau tokią informaciją reikėtų vertinti atsargiai: atvejų nebuvimas didelėje organizacijoje gali rodyti ne saugią aplinką, o tai, kad darbuotojai (-os) nesinaudoja pranešimų kanalais arba neatpažįsta netinkamo elgesio darbo aplinkoje.

Kita silpnoji sritis – priemonių įgyvendinimo stebėsena. Pusė tyrime vertintų įstaigų jos nenumato, 8 numato iš dalies – dažniausiai nenurodant, kas yra atsakingas asmuo ir kaip dažnai ją atlieka, arba neskelbiant stebėsenos rezultatų viešai. Dalyje planų įstaigos stebėseną interpretuoja kaip smurto ar priekabiavimo atvejų skaičiavimą, o ne vertinimą, ar suplanuotos priemonės įgyvendintos ir ar jos veikia. Pilną stebėseną atlieka tik Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė ir LSMU Kauno klinikos.

Be situacijos analizės ir stebėsenos įstaigos negali žinoti, kokios problemos joms aktualiausios ir ar jų priemonės kuria pokytį. Tai, bent iš dalies, lemia ir kitoje skiltyje aptariamą veiksmų planų šabloniškumą.

Tikslai ir prevencijos priemonės

9 įstaigos savo dokumentuose nekelia jokių su smurto prevencija ar lygiomis galimybėmis susijusių tikslų, dar 9 kelia abstrakčius, į procesą orientuotus tikslus, pavyzdžiui, „užtikrinti saugią ir pagarbią

[3] Dvidešimtos įstaigos dokumentai paskelbti be datos ir registracijos numerio, todėl neaišku, ar jie yra patvirtinti ir galiojantys. Susisiekus, įstaiga informacijos nepatikslino.

darbo aplinką“. Kai įstaigos nenurodo, kokiais rodikliais matuos tikslą ar kokios yra gerinamų rodiklių pradinės reikšmės, tikslų pasiekimo neįmanoma įvertinti.

Pamatuojamus tikslus turi tik dvi įstaigos. Pavyzdžiui, Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė iki 2027 m. siekia bent 20 proc. sumažinti darbuotojų patiriamų psichologinio smurto ir priekabiavimo atvejų (pagal darbuotojų apklausų duomenis), kasmet ne mažiau kaip 80 proc. darbuotojų apmokyti apie smurto ir priekabiavimo prevenciją ir visus gautus pranešimus išnagrinėti per 10 darbo dienų. Santaros klinikos siekia, kad smurtinį elgesį patyrusių darbuotojų neviršytų 1 proc. visų darbuotojų.

Prevencijos priemones numato visos įstaigos, tačiau 15 iš 20 jas formuluoja abstrakčiai: nenurodomi atsakingi asmenys, terminai įvardinami kaip „pagal poreikį“, neaišku, kokią problemą priemone siekiama spręsti. Pasitaiko ir priemonių, kurių ryšys su smurto prevencija sunkiai įžvelgiamas, pavyzdžiui, metinių švenčių organizavimas ar darbo priemonių techninė priežiūra.

Dalis sveikatos priežiūros įstaigų veiksmų planų atkartoja panašias formuluotes, pavyzdžiui, kad siekia „stiprinti vidinę komunikaciją, skatinti diskusijas tarp darbuotojų bei dalinimąsi patirtimi“ ar „kurti atvirą ir pasitikėjimu grįstą bendravimo aplinką tarp darbuotojų ir vadovybės“. Tikėtina, kad, rengdamos dokumentus, įstaigos rėmėsi SAM rekomendacijomis ar kitų įstaigų pateiktomis gairėmis. Rėmimasis rekomendacijomis ir gerosios praktikos pavyzdžiais nėra problema pati savaime, tačiau kai jie nepritaikomi pagal kiekvienos įstaigos situaciją, planas neatspindi konkrečių jos problemų ir poreikių.

Mokymai yra viena dažniausių sveikatos priežiūros įstaigų planuose numatomų priemonių, tačiau retai nurodoma, kam jie skirti, kiek darbuotojų ketinama apmokyti ir kokių konkrečių žinių ar įgūdžių siekiama.

Tai svarbu ir 2 skyriuje aptarto SAM veiklos rodiklio kontekste. Rodiklis tikrina, ar įstaiga įgyvendino bent 95 proc. savo pačios suplanuotų priemonių. Kai priemonės abstrakčios, nenumatyti konkretūs terminai, o pamatuojamų tikslų nėra, šį rodiklį galima įvykdyti nekuriant realaus poveikio darbo aplinkai.

Pagalba nukentėjusiems ir nukentėjusioms

Didžioji dalis (13 iš 20) įstaigų numato pagalbą nukentėjusiems (-ioms), tačiau pagalba dažnai aprašyta bendru sakiniu, kuris nepasako, kas pagalbą teikia, kur dėl jos kreiptis ar per kiek laiko ji suteikiama. Išsamesnę tvarką turi, pavyzdžiui, LSMU Kauno klinikos, kurių plane numatytos nemokamos psichologo paslaugos, reagavimo algoritmas ir atsakingi padaliniai. Be to, įstaigų planuose numatoma pagalba beveik išimtinai psichologinė, o teisinė pagalba minima retai.

Kaip įstaigų darbuotojai (-os) vertina psichologinės pagalbos prieinamumą praktikoje, aptariama 4 skyriuje.

Pranešimų kanalai ir skundų nagrinėjimas

Pranešimų sistema – viena stipriausiai įvertintų sričių: 13 įstaigų svetainėse išsamiai aprašo, kaip pranešti apie smurtą ar priekabiavimą ir kaip pranešimai nagrinėjami, o likusios 7 aprašo iš dalies. Tačiau vien tai, kad kanalas aprašytas, dar nereiškia, kad juo lengva ir saugu pasinaudoti. Vertinant įstaigas išryškėjo kelios pasikartojančios problemos:

- **Neaišku, kur kreiptis.** Dalis įstaigų turi ir internetinėje svetainėje nurodo kelis lygiagrečius kanalus (pagal smurto prevencijos politiką, lygių galimybių politiką, pranešėjų apsaugos įstatymą), tad neaišku, kuriuo kanalu kada naudotis. **Ne visi gali pranešti.** Dažniausiai pranešti gali tik įstaigos darbuotojai (-os). Kandidatai (-ės), stažuotojai (-os) ar sutartiniais santykiais susiję asmenys, kuriems pranešimų galimybę numato Pranešėjų apsaugos įstatymas, lieka nuošalyje. Kanalą, pasiekiamą visiems, turi tik 9 įstaigos.

- **Neaiškus konfidencialumas.** Kai kurių įstaigų svetainėse ar dokumentuose nenurodyta, kas yra asmuo, gaunantis pranešimus. Pranešantysis (-čioji) negali būti tikras (-a), kad pranešimo nematys asmuo, dėl kurio jis ar ji kreipiasi. Pranešimus dažniausiai nagrinėja įstaigų sudarytos komisijos, tačiau jų sudėtis ne visada skelbiama, o nagrinėjimo terminai nurodomi retai. Kiek darbuotojai (-os) šiais kanalais pasitiki ir kaip, jų patirtimi, nagrinėjami skundai, aptariama 4 skyriuje.

3.4. Kaip įstaigos reagavo į vertinimą

Po pirminio vertinimo visoms 20 įstaigų išsiuntėme jų rezultatus susipažinimui, 11 iš jų atsakė ir atsiuntė savo komentarus ar papildomos informacijos. 10 įstaigų balai po peržiūros padidėjo vidutiniškai daugiau nei 2 taškais, o bendras tyrimo vidurkis išaugo nuo 4,4 iki 5,4 taško.

Dalis įstaigų peržiūros metu paskelbė dokumentus, kurių anksčiau jų svetainėse nebuvo. Pavyzdžiui, Greitosios medicinos pagalbos tarnyba paskelbė 2023 m. patvirtintą darbuotojų psichologinio saugumo tvarkos aprašą, Respublikinė Klaipėdos ligoninė – 2017 m. lygių galimybių politikos tvarkos aprašą. Tai rodo, kad dalis įstaigų dokumentus turi, tačiau jie neprieinami viešai.

Į preliminarius tyrimo rezultatus dažniau sureagavo tos įstaigos, kurios ir prieš peržiūrą buvo įvertintos geriau, ir įstaigos, veikiančios didžiuosiuose miestuose: į preliminarius vertinimo rezultatus sureagavo visos 9 Vilniuje, Kaune ir Klaipėdoje veikiančios įstaigos, tačiau tik 2 iš 11 kituose miestuose esančių įstaigų.

3.5. Apibendrinimas

Sveikatos priežiūros įstaigos dažniausiai turi tai, ką teisiškai privalo turėti: smurto ir priekabiavimo prevencijos politiką, prevencijos priemones ir aprašytą pranešimų tvarką. Tačiau įstaigos neanalizuoja ir neįvardija savo problemų, todėl tikslai ir priemonės dažnai lieka abstraktūs ir šabloniški, o jų poveikis nestebimas. Lygios galimybės atsilieka nuo smurto prevencijos, o dalis dokumentų ir pranešimų kanalų yra sunkiai randami ar ne visiems prieinami.

→ Popieriuje sukurta sistema nepasako, ar ji veikia. Kitame skyriuje nagrinėjame, kaip šias politikas ir priemones patiria patys darbuotojai (-os).

4 skyrius.

Kaip darbo aplinką patiria darbuotojai

Siekiant įvertinti, ar sveikatos priežiūros įstaigų aprašomos priemonės veikia praktikoje, atlikome kokybinius interviu su 12 asmenų, dirbančių arba per pastaruosius metus dirbusių sveikatos priežiūros įstaigose, kurios yra pavaldžios SAM arba kuriose SAM įgyvendina dalininkės teises. Siekiant išsaugoti dalyvių konfidencialumą, įstaigų pavadinimai, konkrečios detalės, istorijos ar kitos asmenį lengvai identifikuoti leidžiančios detalės buvo pašalintos. Cituojant yra nurodoma tik respondento (-ės) grupė bei identifikacinis kodas.

Šioje dalyje aprašome, kokios yra interviu dalyvių patirtys, su kokiomis problemomis jie ir jos susiduria.

4.1 Vyraujančios problemos ir kodėl jos vyksta

Pareigos, statusas ir priklausomybė nuo vadovų (-ių)

Tyrimo dalyvių teigimu, užimamos pareigos ir statusas reikšmingai lemia savijautą darbe ir tai, kiek drąsiai galima išsakyti nuomonę. Labiausiai tai jaučia rezidentai (-ės) ir jaunesni kolegos (-ės).

„Aš manau, kad čia būtų antra po kariuomenės vieta.“ (TD2, rezidentas (-ė), atsakant į klausimą, ar aplinka yra hierarchiška)

Sektoriaus specifika, kurią akcentavo respondentai, – itin ribotos karjeros pasirinkimo galimybės: pasak tyrimo dalyvių, rezidentūros (specializacijos) kelių Lietuvoje yra tik du (vienoje iš dviejų Lietuvoje veikiančių universitetinių ligoninių), todėl pasitraukimas iš skyriaus ar įstaigos reiškia ne tik darbo vietos, bet ir tolesnio profesinio kelio praradimą. Pasak dalyvių, skyriaus vadovas (-ė) atsako už rezidentų egzaminų išlaikymą ir rezidentūros planą, todėl nuo jo ar jos tiesiogiai priklauso ir tolesnė karjera.

„<...> nereikia labai garsiai kalbėti, nes gali susigadinti savo tolesnę karjerą. O kai tu esi gydytojas rezidentas, tai reiškia gerokai daugiau, nes gali apskritai prarasti savo tolesnės specializacijos visą kelią, kai tų kelių Lietuvoje yra tik du.“ (TD1, rezidentas (-ė))

„[vadovas] bus žmogus, kuris bus atsakingas už tai, kad aš išlaikau egzaminą savo rezidentūros.“ (TD5, rezidentas (-ė))

„<...> kai vadovams yra patogu, tai tu esi gydytojas rezidentas. Ir kai jiems jau esi nereikalingas, tarkime, paskiepyti nuo gripo arba darbo priemones suteikti, tu jau staiga nebe esi pilnavertis darbuotojas, o tu esi tiesiog studentas.“ (TD7, gydytoja (-s))

Dalyvių teigimu, priklausomumą nuo skyriaus stiprina ir įdarbinimo praktika, kuri skiriasi nuo „tradicinės“ darbo rinkos: darbo pokalbiai medicinos sektoriuje vyksta retai, o po rezidentūros būsimą daktarą vadovai ar vadovės dažnai tiesiog „atsirenka“ ir „pasilieka“ skyriuje paskutiniais rezidentūros metais.

„dažnai būna taip, kad tave tarsi pasilieka po rezidentūros.“ (TD7, gydytoja (-s))

Todėl skyriaus vadovo (-ės) nuomonė ir geranoriškumas tampa svarbiausia mediko profesinio kelio sąlyga, o prieštaravimas ar pranešimas – realia rizika. Kaip pastebėjo vienas (-a) vadovaujantis (-i) dalyvis (-ė):

„[medicinos sektorius yra] viena konservatyviausių sričių. Tai viena iš darbo vietų, kur galioja labai stiprios hierarchijos taisyklės ir autoritetai yra daugiasluoksniai. Tas autoritetas gali būti dėl to, kad [vadovas (-ė)] yra tavo tiesioginis darbo vadovas, kartu jisai gali būt kartais klinikinis autoritetas, nes jis priima sprendimą, kaip kartu gydyti ar daryti kažkokius sprendimus. Tie autoritetai labai svarbūs. Tai turbūt lemia, kad to mobingo gali būti daugiau negu kitose srityse.“ (TD10, vadovas (-ė))

Subtilumas ir normalizacija

Kartais dalyviams (-ėms) nėra aišku, kaip įvardinti patirtą ar matytą elgesį ir kur dėl jo kreiptis. Pasak dalyvių, atviri ir „akis badantys“ diskriminacijos atvejai tapo retesni, tačiau subtilesnės netinkamo elgesio formos išliko ir yra sunkiau atpažįstamos. Vienas (-a) tyrimo dalyvis (-ė) pabrėžė, kad subtilų netinkamą elgesį sunku formuluoti kaip problemą, todėl abejoja, ar turi pagrindą kreiptis. Pasakojimai atskleidžia ir lygių galimybių, smurto ir priekabiavimo, mobingo atpažinimo žinių spragą: ne visada aišku, kas yra priekabiavimas ar mobingas, o kas – įprastas grįžtamasis ryšys dėl darbo ar pokalbis su kolega (-e).

„<...> turi suprast, kad kai kas nėra mobingas. Jeigu tu neatlieki darbo ir tave pasikviečia pakalbėt, tai ne mobingas.“ (TD9, vadovas (-ė))

Netinkamo elgesio formos dažnai yra normalizuojamos. Pasak tyrimo dalyvių, vyresnių ir įtakingų kolegų elgesys priimamas kaip jų bendravimo norma, netinkami komentarai ar juokeliai laikomi humoru, o jaunesniems (-ėms) darbuotojams (-oms) nedrąsu juos pataisyti.

„Tai juk čia jis tiesiog draugiškas.“ (TD7, gydytoja (-s), atsakymas, kai buvo pranešta apie apsikabinimus)

„<...> tai jau priimama kaip to žmogaus bendravimo norma.“ (TD3, rezidentas (-ė), prisimenant kolegos (-ės) seksistiškus juokelius)

„Kartais nedrąsu įvardinti, kad taip kalbėti yra netinkama, nes visgi didžiajai komandos daliai tai atrodo kaip ir priimtina.“ (TD6, gydytoja (-s))

Subtilios formos pasireiškia ir kaip ignoravimas, sprendimų priėmimas „už akių“, viešas nutildymas posėdžiuose ar nevienodos sąlygos kolegoms. Taip pat dalyviai minėjo, kad kai kurie kolegos rečiau kviečiami į konsultacijas ar konferencijas, nors niekas to atvirai neįvardija kaip diskriminacijos:

„<...> viešai garsiai išsakomi neigiami komentarai posėdyje – „ką čia nusišneki“, „tylėk“, nors žmogus tiesiog sako savo nuomonę.“ (TD10, vadovas (-ė))

„Tu negali taip įvardinti, kad kažką diskriminuoja, bet mažiau kviečia į konsultacijas, mažiau rodo [pacientų] atvejų.“ (TD7, gydytoja (-s))

Netinkamo elgesio formos

Tyrimo dalyviai ir dalyvės beveik be išimčių pasakojo apie netinkamą elgesį darbo vietoje: vieni jį patyrė asmeniškai, kiti matė, kaip jį patiria kolegos (-ės). Pasakojimuose minimi ir pavieniai žeminimo bei priekabiavimo atvejai, ir pasikartojantis elgesys, kurį patys dalyviai įvardija kaip mobingą. Kaip dažniausias formas dalyviai išskyrė apkalbas ir šaukimą. Pasak dalyvių, tokius incidentus pastebi skirtingų lygių kolegos (-ės).

„Manau, kad mobingo yra labai daug. <...> Tikrai įvairiausio mobingo, nuo kažkokio ignoravimo, veikimo už akių, kas galėtų liesti mano darbą, mano pareigas, mano tiesioginius veiksmus, sprendimus, ką turėčiau daryti, bet jie padaromi už manęs, už mano akių, priimami sprendimai. Turbūt mobingas yra, kad esu apribojama nuo kai kurių galimybių, kurias turi kiti mano kolegos, ką jie gali daryti, rinktis veikti. Tiesiog tos sąlygos yra labai nevienodos ir skirtingos. Tai ir viešai garsiai išsakomi komentarai, <...> ir kai esi baramas, nutildomas.“ (TD10, vadovas (-ė))

„<...> atėjo vedėja, apšaukė gydytoją. Tada gydytoja apšaukė slaugytoją, slaugytoja – vyresnį tą slaugytojų padėjėją.“ (TD2, rezidentas (-ė))

„[prisimindamas (-a) pirmą dieną rezidentūroje] <...> aš jau tada išgirdau apie save tiek dalykų. Ir tos etiketės jos velkasi.“ (TD4, rezidentas (-ė))

„<...> atsimenu kolegę net ir verkiančią darbe.“ (TD7, gydytoja (-s))

Administracijos ir žmogiškųjų išteklių personalas taip pat pripažino, kad tokio pobūdžio reiškiniai egzistuoja visur:

„Jeigu koks nors reiškinys egzistuoja pasaulyje, jeigu egzistuoja šalyje, jeigu egzistuoja mieste, lygu, kad jis egzistuoja. Tokioje struktūroje kaip šeima, keturių ar penkių žmonių [yra netinkamo elgesio], tad neigti, kad [mobingas] neegzistuoja tūkstantinėje darbuotojų įstaigoje būtų neteisinga.“ (TD12, administracinis personalas)

Dalyviai (-ės) pasakojo apie seksualinio pobūdžio komentarus, juokelius, išvaizdos vertinimus ir, rečiau, prisilietimus. Šie incidentai, pasak dalyvių, dažniausiai siejami su vyresniais gydytojais vyrais, o jų taikiniais dažniausiai tampa jaunesnės kolegės ir rezidentės.

„Būna, kad kažką pasako tokio: „Tu čia, mergaite, kaip tu čia gerai šiandien atrodai“ ir taip toliau. <...> nemaloniai pasijauti, nes jau tai tampa ne kolegišku bendravimu.“ (TD3, rezidentas (-ė))

„Tai tų juokelių – tai taip, tikrai yra ir būna. Tai įvairaus pobūdžio, ten ir apie tam tikras procedūras: kaip čia įkišti ten kur nors kažką, ir „taip, kaip darai vyrui“, ir taip toliau. Tai tokių dalykų, pasisakymų tikrai yra.“ (TD3, rezidentas (-ė))

Kitas (-a) dalyvis (-ė) pasakojo, kad bet kokia tyla darbo aplinkoje užpildoma anekdotais, kurie „būtinai bus seksualinio pobūdžio“ (TD5, rezidentas (-ė)), o klausimai apie santuoką ir vaikus pateikiami kaip juoko forma. Gydytoja (-s) specialistė (-as) prisiminė, kad rezidentūros metu pasitaikė ir fizinio kontakto atvejų:

„Vyresnio amžiaus gydytojai, vyrai, ateina ir per liemenį apsikabina merginas, jaunas rezidentes.“ (TD7, gydytoja (-s))

„Tai tikrai ten būna ir tam tikri prisilietimai, ir, nežinau, kokių instrumentų numetimas ant žemės, pavyzdžiui, tam, kad mergina pasilenktų juos paimti, ir tada ten vėlgi seka kažkokie prisilietimai ir taip toliau, „užkliuvimai“ už to žmogaus ir visa kita. Tai man pačiai konkrečiai ne, neteko, bet tikrai esu girdėjusi iš savo draugų ir pažįstamų, kad tokių dalykų būna.“ (TD3, rezidentas (-ė))

Šie pasakojimai rodo, kad seksualizuotas elgesys dažnai priimamas kaip kasdienio bendravimo dalis, todėl apie jį kalbama retai (žr. „Subtilumas ir normalizacija“ bei „Baimė ir tyla“).

Baimė ir tyla

Dauguma tyrimo dalyvių nurodė, kad jiems yra baisu pranešti apie netinkamą elgesį: baiminasi dėl tolesnės karjeros, apkalbų ir kolegų (-ių) požiūrio, bijoma būti palaikytiems „šmeižikais“, taip pat nėra visiško pasitikėjimo, kad įstaigų kanalai yra konfidencialūs.

„<...> bijai būti ten palaikytas kažkokiu šmeižiku arba kad sakys, kad iš piršto laužti tie kažkokie kaltinimai.“ (TD7, gydytoja (-s))

„Bet kai ta situacija pasidaro reali, tai visi nusuka akis, nieko nemato.“ (TD4, rezidentas (-ė))

Dalis dalyvių teigė, kad pranešant apie patirtą ar matytą incidentą jie jaučiasi vieniši ir patenka į aklavietę. Jų nuomone, nors kiti darbuotojai šiuos incidentus pastebi, kolektyviai į juos nereaguojama: *„<...> jeigu jie visi tą patį suformuluotų, pasakytų, kad tai ne mano vieno problema, o daugelio, tai tada jie daugiau pasiektų.“* (TD9, vadovas (-ė))

Svarbu paminėti, kad dalyviai pabrėžė, jog baimės pranešti kultūra yra ne visur. Kadangi kiekviename skyriuje vyrauja skirtinga mikrokultūra, dalyviai nurodė, kad pranešimo galimybės priklauso nuo konkretaus skyriaus.

„Yra tokių skyrių, kur aš jausčiausi labai saugiai, ramiai nueiti pas skyriaus vedėją. Manau, mažuma taip jaustųsi.“ (TD5, rezidentas (-ė))

Taip pat vienas (-a) tyrimo dalyvis (-ė) pasidalino patirtimi po to, kai kreipėsi į aukštesnį vadovą (-ę) dėl kolegų elgesio.

„<...> pasiieškot psichiatro, nes keli problemas ten, kur jų nereikia.“ (TD4, rezidentas (-ė), kalbant apie vadovo (-ės) atsaką į pateiktą pranešimą)

Skyrius ir vadovas (-ė) kaip mikrokultūra

Patirtys labai skiriasi priklausomai nuo konkretaus skyriaus ir jo vadovo (-ės). Dalyviai (-ės) pabrėžė, kad skyriaus vadovas (-ė) „užduoda toną“ visam skyriaus darbui, o skirtingų skyrių darbo kultūros gali smarkiai skirtis net toje pačioje įstaigoje.

„Aš manau, kad viskas keistųsi, jeigu skyriai turėtų normalius vadovus, nes jis užduoda toną visam skyriaus darbui.“ (TD2, rezidentas (-ė))

Dalis dalyvių skyrių vadovavimo modelį apibūdino kaip stipriai autoritarinį, kuriame sprendimus vienvaldiškai priima vadovas (-ė). Tokioje aplinkoje pavaldiniai, pasak vienos vadovaujančios pozicijos dalyvės (-io), dažniausiai garsiai nereiškia nuomonės, nesipriešina ir yra linkę vykdyti.

„<...> labai stipri autoritarinė hierarchija, kur visus sprendimus vienareikšmiškai priima vadovas ir jo rankose yra ir finansiniai, ir teisiniai, ir kitokie svertai pavaldinius valdyti ir paspausti.“ (TD10, vadovas (-ė))

Kitas (-a) dalyvis (-ė), pats (pati) vadovaujantis (-i), pripažino, kad tokį modelį dažnai palaiko ir pavaldinių lūkesčiai:

*„Žmonės nebesupranta to liberalumo, liberalumą priima kaip silpnumą.“ (*TD9, vadovas (-ė))

„Jeigu tu esi ne [vadovo (-ės)] draugas, nemėgstamas žmogus, negausi finansinių paskatų, gausi blogiausius budėjimus, blogiausias darbo valandas.“ (TD10, vadovas (-ė))

„<...> priklauso, ar tu esi vadovo žmogus, ar ne. Tas diskriminacijos lygis priklausytų nuo to, kurioj tu pusėje esi. Nėra to tiesioginio iš viršaus į apačią, daugiau sluoksniais.“ (TD10, vadovas (-ė))

Visgi vienas (-a) dalyvis (-ė) pasakojo apie skyrių, kuriame vedėjas (-a) buvo malonus (-i), o visas skyrius gražiai bendravo ir su slaugytojomis.

„Ta vedėja buvo labai maloni, ir tada visas tas skyrius ir su slaugytojais gražiai bendrauja, ir tiesiog jautiesi gerai skyriuje.“ (TD2, rezidentas (-ė))

Kas keičiasi

Dalyviai (-ės) apibūdino ir tam tikrus teigiamus pokyčius. Keletas vadovaujančių dalyvių (-ių) pasakojo, kad jų kartos atstovai buvo įpratę nekvestionuoti žeminančio elgesio, o šiuo metu jis vis mažiau toleruojamas. *„Šiuolaikiniai žmonės jau pradeda to nebetoleruoti, ir tiesiog ta atmosfera automatiškai turi keistis.“* (TD9, vadovas (-ė))

„<...> va jaunesnės kartos, savo bendraamžių kolegų, taip, pastebiu tokį labiau komandiškesnį požiūrį, kad mes lygus su lygiu: tu turi savo kompetencijas, aš turiu savas, ir mes tiesiog vienas kitą gerbiam.“ (TD7, gydytoja (-s))

Dalyviai taip pat minėjo, kad atvirus netinkamo elgesio atvejus sulaiko viešumas ir teisinis reguliavimas:

„<...> šiek tiek prilaiko tas viešumas ir keletas, galbūt, ir teisinių dalykų. Nes seniau tai tiesiog būdavo taip... be ribų...“ (TD9, vadovas (-ė))

„<...> kai [atsirado] draudimas, kad negali klausti ir kad negali tais klausimais žeminti, nes ims ir kas nors pasiskųs, tai tikrai, deja, bet veikia, ir dabar jau tokių klausimų nebebūna.“ (TD9, vadovas (-ė))

Vis dėlto pokyčiai, pasak dalyvių, yra daliniai: akivaizdūs atvejai tapo retesni, bet subtilios formos išlieka (žr. „Subtilumas ir normalizacija“). Institucijos atstovo (-ės) požiūris į pokyčius aptariamas skyriuje „Priemonės teorijoje ir praktikoje“.

4.2 Kaip problemas patiria skirtingos tyrimo grupės

Tyrimo metu išryškėjo, kad nors yra vyraujančių tendencijų, patirtys skiriasi priklausomai nuo pareigų. Rezidentų ir slaugytojų patirtys dažnai stipriai skyrėsi nuo vadovų ar kitų specialistų patirčių. Todėl toliau aptariamos kiekvienos grupės patirtys ir bendros tendencijos.

Rezidentų (-čių) patirtys

Tyrimo dalyvių teigimu, rezidentai bei rezidentės yra viena pažeidžiamiausių grupių gydymo įstaigų vidinėje darbo kultūroje. Daugelio dalyvių pasakojimai rodo, kad rezidentai kasdienybėje susiduria su juos menkinančiu požiūriu: jie laikomi „atpirkimo ožiais“ įvykus klaidai, ant jų šaukia, jie ir jos girdi apkalbų bei seksualinio pobūdžio komentarų iš vyresnių kolegų (dažniausiai vyrų).

„Rezidentas niekada nebus teisus“ ir „Gydytojai visuomet yra ginami.“ (TD4, rezidentas (-ė))

„Rezidentai dažnai traktuojami kaip pigi darbo jėga.“ (TD9, vadovas (-ė))

„Atrodo, kad tu tiesiog esi lyg buhalteris ten tam gydytojui.“ (TD3, rezidentas (-ė))

Rezidentų pozicija dalyvių pasakojimuose kartais apibūdinama kaip „įkalinta“, nes yra lengvai valdoma: vadovai (-ės) ir kiti gydytojai (-os) sudaro rezidentų grafikus, skiria pacientus ir darbo krūvį, numato reikalingas veiklas bei papildomą, kartais net administracinį darbą.

Dalyviai (-ės) minėjo, kad rezidentams tenka didelė administracinio darbo dalis, pavyzdžiui, ligos istorijų ir išrašų pildymas už kitus gydytojus, o daugelyje skyrių – ir užduotys, kurios paprastai priskiriamos slaugytojoms (pvz., kraujo perpylimas). Dėl to mokymosi tikslai nustumiami į šalį.

„Požiūris kartais į rezidentą būna toks menkinantis. [Rezidentai] privalo likti po nakties tam, kad padėtų gydytojui susitvarkyti darbus, nepaisant to, kad jis jau prieš tai dirbo visą parą.“ (TD3, rezidentas (-ė))

Dalyviai pastebėjo, kad kai kurios taisyklės ir skatinimai atrodo mažai susiję su paties rezidento (-ės) mokymusi ar paciento gerove. Pavyzdžiui, keletas dalyvių pasakojo, kad rezidentūros studijų programoje numatyta pareiga kiekvienais studijų metais parašyti mokslinį straipsnį, o kartu tikimasi, kad prie autoriaus bus įrašyti kelių skyriuje dirbančių gydytojų vardai ir pavardės.

Kai kurie dalyviai (-ės) nurodė, kad tarp rezidentų (-čių) jaučiama konkurencija, kurią skatina ir vadovai (-ės) bei kuruojantys gydytojai (-os). Ribotas specializacijos vietų skaičius ir vadovų įtaka karjerai sukuria sąlygas nuolat lyginti rezidentus tarpusavyje, o pasilikimas po darbo valandų yra traktuojamas kaip motyvacijos ir tinkamumo rodiklis.

„Tai tiesiogiai įvardinama – tas rezidentas pasiliko po darbo, o tu nepasilieki, tu prastesnis, tu

nemotyvuotas.“ (TD3, rezidentas (-ė))

Gydytojai specialistai

Ši dalyvių grupė nurodė, kad jie rečiau patiria mobingo, diskriminacijos ar priekabiavimo. Dalyviai (-ės) pabrėžė, kad netinkamo elgesio situacijos dažnai siejamos su užimama pozicija. Gydytojai (-os) specialistai (-ės) taip pat prisiminė rezidentūros metu matytą žeminimą ir priekabiavimą, kurį pastebi ir dabar.

Jaunesni (-ės) specialistai (-ės) nedrąsiai įvardija netinkamą elgesį, ypač kai jį demonstruoja vyresnio amžiaus kolegos ar slaugos personalas. Amžiaus skirtumas komplikuoja ir pavaldumo santykį: nors specialistas (-ė) formaliai gali duoti nurodymus vyresnio amžiaus slaugytojai, emocinis ryšys ir pagarba vyresniam žmogui kartais trukdo pastebėti, kad bendravimas yra netinkamas.

„<...> būna tiesiog, kad nedrąsu įvardinti, kad nu šiaip taip kalbėti yra netinkama, nes visgi didžiajai komandos daliai tai atrodo kaip ir priimtina.“ (TD6, gydytoja (-s))

Antra, net ir žinodami pranešimo tvarką, gydytojai (-os) abejoja, ar ja pasinaudotų, nes sistema, jų žodžiais, „gražiai parašyta, bet nebūtinai veikia“:

„Tai kaip ir žinau, ką turėčiau daryti, bet ar tikrai pulčiau tą daryti tai dabar garantuoti negaliu.“ (TD6, gydytoja (-s))

Slaugos personalas

Kelių dalyvių (-ių) pasakojimai rodo, kad slaugytojos patiria galios spaudimą, kuris dažnai pasireiškia ne atviru, o paslėptu žeminimu ir neįtraukimu į slaugos ir pagalbiniam personalui svarbius procesus.

„<...> abi šios grupės yra toj žemesniam lygy, tai yra labai lengva perkelti ir atsakomybes, ir kažkokį nepasitenkinimą.“ (TD2, rezidentas (-ė), apie rezidentus ir slaugytojas)

„<...> tikrai išeina iš darbo daug dėl to, kad ta hierarchija dar tokia išlikusi, kad slaugytoja nėra tarsi atskiras specialistas savo kompetencijos, bet tarsi toks kaip „vergutis“.“ (TD9, vadovas (-ė))

„[Slaugytojos] net nesiruošia eiti į šitą ligoninę dirbti, įsilieti į darbo aplinką, nes ta aplinka yra gana toksiška.“ (TD11, slaugos personalas)

Vadovaujantis personalas

Vadovaujančias pozicijas užimantys (-ios) dalyviai (-ės) pateikė dvejopą požiūrį. Viena vertus, jie (jos) mato pokyčių kryptį, tačiau pripažįsta, kad netinkamas elgesys nedingo, o tapo subtilesnis ir yra sisteminis:

„<...> tikrai ženkliai pagerėjo viskas, bet nėra optimalu. Nebėra tų tokių badančių akis, bet va tų subtilių dar yra.“ (TD9, vadovas (-ė))

Kita vertus, jų pasakojimuose išryškėja matomumo problema: kuo aukštesnė pozicija, tuo mažiau netinkamo elgesio matoma, nes jis nepranešamas vadovui (-ei):

„Mes kartais to nematom, kaip su jomis ar su jais elgiamasi, dėl to, kad mums to nedemonstruojama tiesiai.“ (TD9, vadovas (-ė), apie slaugytojas)

Aukštesnės pareigos nereiškia, kad nebebijoma kalbėti. Vienas (-a) dalyvis (-ė) pripažino, kad pats (pati) nedrįso kelti diskriminacijos klausimo aukščiau:

„Aš, pavyzdžiui, aukščiau nėjau ir nesakiau, kad diskriminuojama, nes aš tai bijau.“ (TD9, vadovas (-ė))

Vadovaujanti pozicija neapsaugo nuo mobingo. Viena vadovaujančią poziciją užimanti dalyvė (-is) pasakojo, kad patiria ignoravimą, sprendimų priėmimą už jos (jo) akių, ribotas galimybes, kuriomis naudojasi kolegos, bei viešą nutildymą posėdžiuose.

4.3 Priemonės teorijoje ir praktikoje

Siekiant įvertinti, ar gydymo įstaigų taikomos priemonės, numatytos lygių galimybių, smurto ir priekabiavimo prevencijos bei kituose dokumentuose, veikia praktikoje, tyrimo dalyvių interviu metu klausėme apie jiems žinomas priemones. Dažniausiai pašnekovai nurodė žinantys, kad prevencijos ir reagavimo priemonės egzistuoja, tačiau rečiau žino, kaip jos veikia, kam skirtos, ar jomis gali pasitikėti.

Supažindinimas su tvarkomis ir politikomis. Dalis tyrimo dalyvių nurodė, kad dokumentai yra, apie juos yra žinoma, tačiau jų pasiekiamumas ir susipažinimas priklauso nuo paties darbuotojo (-s)

iniciatyvos.

„Teoriškai ligoninėje yra priemonės, jos yra skelbiamos prieinamuose šaltiniuose.“ (TD6, gydytoja (-s))

„<...> yra vidinė sistema, kur duodami dokumentai darbuotojams susipažinimui, bet jie ten dažnu atveju ir lieka.“ (TD7, gydytoja (-s))

„Per du metus nesu girdėjęs (-usi) nieko apie tai.“ (TD4, rezidentas (-ė))

Mokymai. Paklausti, ar yra girdėję arba dalyvavę mokymuose, tyrimo dalyviai atsakė skirtingai – dalis dalyvių dalyvavo mokymuose apie lygias galimybes, smurto, priekabiavimo ir mobingo prevenciją, kiti – ne.

„visi tokie mokymai, kas yra susiję su vidaus reikalų politika ir bendravimu su kolegom prasprūsta pro mus [rezidentus (-es)].“ (TD4, rezidentas (-ė))

Psichologinė pagalba. Paklausus, ar žinoma, kad įstaigoje suteikiama psichologinė pagalba po įvykio arba norint pasikonsultuoti, dalis dalyvių nurodė žinantys apie šias paslaugas ir tai, kad jos nemokamos, tačiau kyla abejonių dėl eilių ilgio, galimybės gauti pagalbą skubiai ir paslaugų kokybės.

„Žinau, kad turime psichologinę pagalbą. Eilės ten pakankamai nemažos, bet tokia galimybė vėlgi yra suteikta, ir tai visiškai nemokama.“ (TD3, rezidentas (-ė))

Pranešimo kanalai. Didžioji dalis tyrimo dalyvių nurodė, kad žino, jog įstaigoje yra kanalų, tarnybų ar įrankių, kur kreiptis, tačiau nežino, kur konkrečiai reikėtų kreiptis, kyla klausimų dėl jų konfidencialumo.

„Žinau, jog tokios tarnybos pas mus yra, bet kažkaip konkrečiai paskelbta ir viešinama per daug nėra.“ (TD3, rezidentas (-ė))

„Konkrečiai kaip turėtų veikti, tai turbūt aš net ir iki galo net ir nežinočiau.“ (TD7, gydytoja (-s))

Institucijos atstovas (-ė), priešingai, kanalus vertino kaip patikimus ir konfidencialius:

„Kanalai yra tikrai patikimi, žmonės žino, kad tai yra konfidencialu ir suteikiama visa pagalba visoms pusėms.“ (TD12, administracinis personalas)

Pranešimų nagrinėjimas ir pasekmės. Nors dalis tyrimo dalyvių nurodė žinantys apie pranešimų kanalus, jais naudotis vengtų, nes patirčių buvo visokių.

„<...> kadangi buvo nuolatiniai skundai, įstaiga reagavo. Bet čia jau kraštutinumuose.“ (TD9, vadovas (-ė))

„<...> centrinė administracija labai sureagavo, atsirado visokie planai. Nors viena iš tų klinikų taip ir nepasikeitė.“ (TD9, vadovas (-ė))

„Man buvo pasakyta nekreipk dėmesio.“ (TD4, rezidentas (-ė), vadovo (-ės) atsakas į pateiktą pranešimą)

Vienas dalyvis taip pat pasakojo, kad, gavus pranešimą dėl gydytojo elgesio, žmogiškųjų išteklių atstovai kreipėsi į rezidentus siekdami surinkti daugiau informacijos.

Apklausos ir stebėsena. Dalis dalyvių minėjo, kad įstaigose buvo atliktos apklausos. Vienas (-a) dalyvis (-ė) pasakojo apie neseniai vykusią anoniminę apklausą apie mobingą, kurios rezultatai vėliau buvo pateikti darbuotojams, o kitas (-a) nurodė, kad per dvejus metus vienintelė apklausa vertino, kaip jaučiamasi darbe. Rezidentai (-ės) taip pat abejojo emocinės būklės anketų anonimiškumu (žr. „Baimė ir tyla“).

„<...> galbūt, kartais padeda, kai pasisamdai išorinių ekspertų, <...> pasikviečia ir padaro analizę įstaigos, <...>, kokios bėdos, kokie skerspjūviai problemų, ar tai slaugytojos daugiau kenčia, ar ten rezidentai ir gydytojai ir per kurias plotmes, ar galbūt administratoriai irgi mobinguojami, kas mažiau tikėtina. Ir tada pasidarai ir paprašytų [ekspertų] pamodeliuoti siūlymus.“ (TD9, vadovas (-ė))

4.4 Skersinė analizė – lytis ir šeima

Vertinant dalyvių atsakymus, išryškėjo dar viena, tyrime tiesiogiai nekelta tema: tyrimo dalyviai (-ės) nurodė, kad lytis formuoja karjeros galimybes. Pasak dalyvių, moterims kelias gydymo įstaigose yra sudėtingesnis.

„Vyrų ir moterų galimybės yra labai skirtingos. Vien tai, kad esi vyras, gydymo įstaigoj gauni labai daug bonusų, lengvatų, gali rinktis darbo vietą, darbo valandas.“ (TD10, vadovas (-ė))

„Vis tiek vyrai laikoma stiprioji lytis, ir jų loginis mąstymas, manoma, kad yra geresnis. Tai kartais pasijaučia labiau, kad tam tikrose srityse vyrai šiek tiek paaukštinami ir žiūrima į juos kaip į kiek geresnius negu, negu moteriškos lyties atstoves.“ (TD3, rezidentas (-ė))

„Sakau, kad yra vyrų kultas, toks švelnus, kabutėse, kur jeigu vyras, tai jis tikrai gaus kažkokią poziciją, ir jis daug tinkamesnis ir taip toliau, nes čia moterys emocionalios.“ (TD9, vadovas (-ė))

Taip pat tyrimo dalyviai (-ės) nurodė, kad itin ryškiai išsiskiria su vaikų turėjimu bei vaiko priežiūros atostogomis susiję klausimai. Klausimai apie vaikus tampa dviguba kliūtimi: turintiems vaikų priekaištaujama dėl galimų nebuvimų, o jų neturintiems – dėl netinkamumo dirbti su vaikais.

„<...> jeigu taip – blogai, jeigu taip – irgi negerai, tai kur tas vidurys? Vidurys – būti vyru su vaikais, dėl to, kad vyras su vaikais dažniausiai neima mamadienių, jis grįžta iš karto.“ (TD9, vadovas (-ė), atsakymas į klausimą apie tai, kaip šeiminė padėtis veikia darbą, ir apie klausimus dėl vaikų turėjimo)

Tai pasireiškia ir darbo užmokesčiu, ir požiūriu į moteris darbuotojas, o seksistiški komentarai bei juokeliai tampa kasdienės patirties dalimi. Vienas (-a) dalyvis (-ė) pasakojo apie darbo užmokesčio sistemą, kurioje didelę dalį atlyginimo sudaro priedai už „intensyvumą“ (pvz., už operacijų skaičių, apžiūrėtų pacientų skaičių, skubumą), skaičiuojant pagal pastarųjų mėnesių ar pusmečio duomenis, o duomenys didėja ir kaupiasi metai iš metų bedirbant įstaigoje. Anot dalyvio (-ės), tie, kurie ilgesnį laiką nedirbo (pvz., išėję vaiko priežiūros atostogų, ilgam nedarbingumui, ilgalaikei stažuotei), grįžę į darbovietę šių priedų negauna, todėl atlyginimas gali sumažėti net trečdaliu, nors prieš išeidami dirbo kaip visi.

„Grįžus darbo užmokestis sumažėja visu tuo priedu, gauni realiai trečdaliu mažiau.“ (TD6, gydytoja (-s))

Tačiau dalis tyrimo dalyvių džiaugėsi, kad lyčių pusiausvyra gydymo paslaugų sektoriuje gerėja – pavyzdžiui, daugėja moterų chirurgijos srityse, kurios stereotipiškai siejamos su vyrais.

5 skyrius.

Rekomendacijos

Sveikatos apsaugos ministerijai

- **Sieti įstaigų vadovų (-ių) užmokesčio rodiklį su smurto ir priekabiavimo prevencijos poveikiu, ne tik įgyvendinimu.**

Smurto ir priekabiavimo prevencijos priemonių įgyvendinimo susiejimas su įstaigų vadovų (-ių) darbo užmokesčiu veiksmingai skatina įstaigas kurti politikos ir planavimo dokumentus: 19 iš 20 tirtų įstaigų skelbia smurto ir priekabiavimo prevencijai skirtą dokumentą (viena įstaiga skelbia nepatvirtintus dokumentus). Palyginimui, tik 11 turi dokumentą, skirtą lygioms galimybėms, nors abu jie yra privalomi pagal Darbo kodeksą. Tačiau šis rodiklis matuoja tik tai, ar įstaigos įgyvendina savo pačių parengtus planus, o ne jų poveikį. Siekiant iš tikrųjų saugesnės darbo aplinkos, šį rodiklį siūlome sieti su aiškiai išmatuotu įstaigose įgyvendintų priemonių **poveikiu**.

- **Stiprinti smurto ir priekabiavimo atvejų sveikatos priežiūros įstaigose stebėseną ir viešinti jos rezultatus.**

Tyrimo duomenimis, nėra aiškios sistemos, kokiais atvejais sveikatos priežiūros įstaigos informuoja SAM apie jose nustatytus smurto, priekabiavimo ar mobingo atvejus, o pati SAM šios informacijos neturi. Nerenkant tokių duomenų, neįmanoma įvertinti problemos masto ir įstaigų taikomų priemonių veiksmingumo, todėl siūlome peržiūrėti ir stiprinti atvejų įstaigose stebėseną ir nuosekliai viešinti jos rezultatus. Šis raginimas numatytas ir LR Seimo rezoliucijoje „Dėl būtinybės iš esmės keisti valstybės požiūrį į mobingą darbo vietoje“ (pasirašyta 2024 m. birželio 20 d., Nr. XIV-2781).

- **Sistemiškai stiprinti pranešimų kanalų sveikatos priežiūros įstaigose konfidencialumą ir darbuotojų pasitikėjimą jais.**

Nors didžioji dalis tirtų įstaigų turi pranešimo kanalus ir nagrinėjimo mechanizmus, tyrimo dalyviai teigia jais nepasitikintys, nes baiminamasi, kad jie nėra konfidencialūs, kelia rizikas reputacijai ir karjerai. Norint, kad pranešimų kanalai būtų saugūs ir patikimi, siūlome nuosekliai įvertinti jų veikimą sveikatos priežiūros įstaigose ir suformuoti aukštesnį pranešimų kanalų įstaigoms standartą, pvz., apsvarstyti galimybę įstaigų pranešimų kanalų valdymą patikėti išorinei organizacijai; įstaigose paskirti kanalo valdymui asmenį, kuris (-i) nepriklausytų

konkrečiam skyriui ir būtų tiesiogiai pavaldus įstaigos vadovui (-ei); prieš skiriant atsakingą asmenį, pamatuoti kolektyvo pasitikėjimą juo ar ja.

- **Sistemiškai gerinti sveikatos priežiūros įstaigų smurto ir priekabiavimo prevencijos kokybę.**

SAM rekomendacijose (įsakymas Nr. V-257) jau numatyta, kad įstaigos prevencijos priemones turėtų rengti atsižvelgdamos į savo situaciją, remtis stebėsenos duomenimis (darbuotojų apklausomis, psichosocialinės rizikos vertinimu, atvejų statistika) ir politiką peržiūrėti kasmet. Tačiau tyrimas rodo, kad praktikoje šios nuostatos taikomos retai.

Todėl siūlome:

- **Peržiūrėti ir atnaujinti SAM rekomendacijas.** Siūlytume jose situacijos analizę įvardyti kaip privalomą pirmąjį plano rengimo žingsnį ir nustatyti minimalią veiksmų plano struktūrą: nustatyta problema, pamatuojamas tikslas, priemonės, atsakingas asmuo, terminas ir pokyčio rodiklis.

- **Stiprinti įstaigų gebėjimus planuoti prevenciją.** Siūlome organizuoti tikslinius mokymus įstaigų darbuotojams (-oms), atsakingiems (-oms) už smurto ir priekabiavimo prevencijos bei lygių galimybių politikos rengimą ir įgyvendinimą, ir matuoti tokių mokymų poveikį.

Sveikatos priežiūros įstaigoms

- **Pradėti smurto ir priekabiavimo prevencijos planavimą nuo situacijos analizės.**

Nė viena tirta sveikatos priežiūros įstaiga neskelbia lygių galimybių situacijos analizės ir neįvardina konkrečių, įstaigai būdingų problemų. Tai lemia, kad veiksmų planuose numatytos priemonės yra abstrakčios ir neatliepia konkrečių įstaigos poreikių. Siekiant didesnio objektyvumo, situacijos analizę galima patikėti išorės vertintojams (-oms). Taip pat rekomenduojame ne tik atlikti bendrą įstaigos darbo aplinkos vertinimą, bet įvertinti ir atskirų padalinių, skyrių ar klinikų vidinę kultūrą. Tyrimo duomenys atskleidė, kad organizacinė kultūra gali reikšmingai skirtis priklausomai nuo padalinio, tad tikslinės analizės padėtų geriau identifikuoti problemas ir išsigryninti įstaigai reikalingas prevencijos priemones.

- **Gerinti prevencijos dokumentų ir priemonių kokybę**.

Rekomenduojame veiksmų planus rengti remiantis situacijos analizės išvadomis. Plane siūlytume įvardyti įstaigai aktualias problemas, iškelti pamatuojamus tikslus, kuriais siekiama problemas spręsti, ir numatyti konkrečias priemones (prireikus, ir specifines priemones

atskiriems skyriams ar padaliniams). Prie kiekvienos priemonės siūlome nurodyti atsakingą asmenį, terminą ir rodiklį, kuris parodytų ne tik tai, ar priemonė įgyvendinta, bet ir ar ji veiksminga. Planą rekomenduojame peržiūrėti kasmet ir atnaujinti pagal stebėsenos rezultatus.

- **Didinti darbuotojų pasitikėjimą pranešimų kanalais**.
  - **Paaiškinti, kaip veikia pranešimų kanalai.** Tvarkas apie pranešimų nagrinėjimą rekomenduojame ne tik skelbti intranete ar formaliai supažindinti įdarbinant, bet ir jas suprantamai paaiškinti ir periodiškai priminti. Darbuotojams (-oms) svarbu žinoti, kur kreiptis, kas nagrinėja atvejį, kas vyksta po pranešimo pateikimo, kaip saugomas pranešėjas (-a), kas sudaro vertinimo komisiją, kaip vyksta tyrimas ir kokių rezultatų galima tikėtis.
  - **Užtikrinti grįžtamąjį ryšį apie pranešimo nagrinėjimą ir apsaugą nuo keršto ar duomenų atskleidimo.** Tyrimo dalyviai įvardija, kad, pasinaudojus pranešimų kanalu, darbuotojai (-os) nesužino, kaip vyksta nagrinėjimas. Pranešėją rekomenduojame informuoti apie atvejo tyrimo eigą ir priimtus sprendimus, kartu išsaugant konfidencialumą.
  - **Parengti aiškų protokolą vadovams (-ėms).** Tyrimo dalyvių teigimu, vadovai (-ės) dažnai nežino, kaip elgtis susidūrus su incidentu. Reikalingos aiškios gairės, ką daryti gavus pranešimą ar pastebėjus netinkamą elgesį, kad jis nebūtų „užglaistytas“.

- **Skirti daugiau dėmesio lygioms galimybėms.**

Tyrimo dokumentų analizės išvados bei tyrimo dalyvių įžvalgos parodė, kad yra stiprus atotrūkis tarp smurto ir priekabiavimo prevencijos politikų ir lygių galimybių užtikrinimo. Tyrimo dalyvių teigimu, mokymosi ir karjeros galimybės vyrams ir moterims nėra vienodos: vyrams lengviau gauti lengvatų, paskatų ir vadovaujančių pozicijų. Dalyviai (-ės) taip pat minėjo, kad komentarai apie santuoką, vaikus ir šeimos planus daro įtaką vertinimui bei galimybėms darbe. Rekomenduojame peržiūrėti lygių galimybių politikų veikimą bei priemonių įgyvendinimą, taip pat užtikrinti, kad darbo užmokestis ir paskatos (kompetencijų kėlimo stažuotės, mokymai, paaukštinimai ir pan.) būtų skiriami pagal aiškius ir viešai skelbiamus kriterijus.

Kontaktai: **diversity@diversity.lt**

www.diversity.lt

LIETUVOS
ĮVAIROVĖS
CHARTIJA