

Abi seksuaalvägivalla ohvritele tervishoiusüsteemis – ajalooline ülevaade ja Eesti tegelikkus

Maris Kluge¹

Juhendaja: Kai Part^{2,3}

Eesti Arst 2022;
101(4):228–236

Saabunud toimetusse:
05.04.2021
Avaldamiseks vastu võetud:
14.07.2021
Avaldatud internetis:
26.04.2022

¹ TÜ meditsiiniteaduste valdkonna arstiteaduse eriala 5. kursuse üliõpilane,
² TÜ Kliinikumi naistekliinik,
³ TÜ kliinilise meditsiini instituudi naistekliinik ja seksuaaltervise uuringute keskus

Kirjavahetajaautor:
Maris Kluge
klugemaris@gmail.com

Võtmesõnad:
seksuaalvägivald, seksuaalvägivalla kriisiabi keskus ehk SAK, standardiseeritud abi seksuaalvägivalla ohvritele

Eesti Arstiteadusüliõpilaste Seltsi ja ajakirja Eesti Arst artiklikonkursile „Minu esimene publikatsioon“ esitatud töö.

Artiklis on antud ülevaade seksuaalvägivalla levimusest ja tervisehoidust, seksuaalvägivalla ohvrite abistamise ja kohtumeditsiiniliste läbimurrete ajaloost, tänapäeval tervishoiusüsteemis pakutavast abist ja Eestis abi järele pöördumistest aastatel 2016–2021 seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste andmebaasi põhjal. Kui ohvrite abistamine sai alguse naiste vabastusliikumisest ja kogemushoidustamisest kogukonnateenusena, siis praeguseks on paljudes riikides 24tunnise valmidusega abiteenus integreeritud tervishoiusüsteemi. Seksuaalvägivalla üleelanud saavad kogu vajaliku multidistsiplinaarse abi ühest kohast, seda ka eelnevalt politseisse pöördumata. Seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste loomine Eestis toimus, lähtudes riigi võetud kohustusest (Istanbuli konventsioon). Nendesse keskustesse abi järele pöördunud inimeste arv on aasta-aastalt kasvanud ja pakutav abi vastab tänapäevastele standarditele, et ennetada seksuaalvägivalla teisest tervisekahju.

Maaailma Terviseorganisatsiooni määratluse järgi on seksuaalvägivald igasugune vägivaldne seksuaalvahekord või seksuaalvahekorda astumise katse, soovimatud seksuaalse alatooniga märkused või lähenevuskatsed või muul moel isiku seksuaalsuse vastu sunni abil toimepandud teod teise isiku poolt sõltumata tema suhtest ohvriga ükskõik millises kohas, sh kodus, tööl või mujal (1). Seksuaalvägivald hõlmab erinevaid vägivalla vorme alates vägistamisest ja laste seksuaalsest ärakasutamisest kuni seksuaalse ahistamise, prostitutsioonile sundimise, sundabelude, sunniviisilise raseduse, aborti või steriliseerimise, naiste sugu-elundite kahjustamise ja muude seksuaalvägivalla ilminguteni (1). Käesoleva artikli keskmes on kontaktne seksuaalvägivald ja ohvrite abistamine tervishoiusüsteemis.

Seksuaalvägivald on laialt levinud (1–3). Eesti rahvastikupõhises uuringus küsitleti 18–44aastasi naisi, kellest 23% olid elu jooksul kogenud küsimustikus defineeritud nelja liiki seksuaalvägivalda, sh vägistamist oli kogenud 7% vastajatest (3). Rasedate uuringus oli elu jooksul kogenud seksuaalvägivalda 18% vastajatest (4).

Seksuaalvägivalla ohvriteks võivad olla igas vanuses inimesed ning nii naised kui ka

mehed. Suurema osa ohvritest moodustavad siiski naised ja enamik toimepanijatest on mehed (3). Viimastel aastatel on hüppeliselt suurenenud teadmised seksuaalvägivalla lühi- ja pikaajalise tervisehoidu kohta, sh on sellealaseid uuringuid tehtud ka Eestis (5).

Seksuaalvägivald põhjustab vigastusi ja nendest tingitud püsivaid tervisekahjustusi, soovimatuid rasedusi, nakatumist seksuaalsel teel levivatesse infektsioonidesse ja HIVi (6). Seksuaalvägivalda kogenud inimestel esineb enam kroonilist vaagnavalu, sellest tingituna laparoskoopiaid, psühhosomaatilisi kaebusi, madalamat tervise enesehinnangut ning neil on rohkem töövoimetuse episoode ja pöördumisi meditsiinisüsteemi poole (7). Seksuaalvägivald on seos kroonilise valuga kulgevate seisunditega, migreeniga, gastrointestinaaltrakti, kardiopulmonaalsete, neuroloogiliste ja günekoloogiliste probleemidega. Esineb tugev seos vaimse tervise probleemidega nagu ärevus, depressioon, suitsidaalsus, paanikahäired ja foobiad, une- ja söömishäired. Vägistamise üleelanute hulgas on posttraumaatilise stressihäire (PTSD) esinemissagedus elu jooksul 34–90% (6).

Eestis läbiviidud uuringutes on leitud seos suitsetamise, alkoholi- ja uimastitar-

vitamisega, samuti esines rohkem nõustumist seksuaalvahekorraga raha või muude materiaalsete hüvede eest ning suurem tõenäosus nakatuda seksuaalsel teel levivatesse infektsioonidesse (5). Riskikäitumist on varasemates uuringutes seostatud ohvrite sooviga leevendada depressiooni ja PTSD sümptomeid (8).

Teadu on, et vaid väike osa seksuaalvägivalla üle elanud inimestest pöördu abijärele (9), kuid suurima tõenäosusega pöörduetakse tervishoiuasutusse (2). Seksuaalvägivalla ohvrite esmaseks abistamiseks ja teisese terviskahju ennetamiseks loodi abiteenused tervishoiusüsteemi, esmalt 1970ndatel Ameerika Ühendriikides ja seejärel Euroopas enam kui 30 aastat tagasi. Eestis 2016. aastal loodud seksuaalvägivalla kriisiabikeskused (SAKid) tegutsevad praegu seitsmendat aastat. Käesolevas artiklis on vaadeldud SAKide loomise ajaloolist tausta ning antud ülevaade selle tervishoiuteenuse ülesehitusest, pakutavast abist ja pöördumistest Eestis.

AJALOO LINE TAUST

Seksuaalvägivalla-vastase liikumise sünnikohaks võib pidada Ameerika Ühendriike. Orjanduse ajal oli tavapärane ja legaalne orjastatud mustanahaliste naiste vägistamine valgete meeste poolt, kuid see vaikiti maha. Esimesed katsed seksuaalvägivalla vastu võidelda algasid 19. sajandi teisel poolel üksikute kohtuistungite ja kampaaniatena, mis olid julged sammud, kuid ei toonud palju edu (10).

Seksuaalvägivalla-vastase liikumise teine laine algas USAs 1970ndatel seoses naiste vabastusliikumisega. Tollel ajal ei pööratud USAs seksuaalvägivallale erilist tähelepanu ning ametlikel andmetel esines seda harva (10). Näiteks laste seksuaalset väärkohtlemist arvati esinevat äärmiselt harva ning samuti väideti, et enamasti on see noorte tüdrukute enda süü, kelle initsiatiivil seksuaalvahekord täiskasvanuga toimub (11). Samas tõdes USA föderaalne julgeolekubüroo juba 1973. aastal, et vägistamine on tõenäoliselt üks kuritegudest, millest kõige vähem õiguskaitseorganeid teavitatakse (10). Samuti oli kõikides osariikides veel 1970ndate algul oma abikaasa vägistamine täiesti legaalne (12). Kuriteoks peeti vaid võõra inimese poolt toimunud rünnakut ja selles olid „süüdi“ naised, kes viibisid valel ajal vales kohas. Väga vähesed ohvrid

pöörduisid politseisse ja neist vaid väike osa jõudis kohtusse. Põhjuseks oli politsei suhtumine – naised mõtlevad vägistamise välja, et maksta kätte truudusetule partnerile. Politseid oli treenitud ohvrit agressiivselt küsitلهma, kuni nad leidsid mõne ebakõla, mis viitas „valetamisele“ (10, 11).

Suhtumine polnud erinev ka mujal maailmas, kuna naiste õigused ja sotsiaalne seisund oli tollal lääneriikides sarnane. Näiteks arvatakse, et Ühendkuningriigis võis politseisse sellel ajal jõuda isegi vaid üks vägistamisjuhtum 99-st. Põhjuseks oli see, et ohvritele ei tagatud anonüümsust. Esitatud süüdistused jõudsid nimeliselt ajakirjandusse, kus analüüsiti ohvri iseloomu, mainet ja varasemat seksuaalkäitumist. Kuna naised ei julgenud nendega toimunud kedagi teavitada, arvati, et vägistamisega kaasneb alati kehaline vägivald ja vigastused ning ründajaks on enamasti võõras inimene (13).

Seksuaalvägivalla ohvrid jõudsid ka haiglatesse. Ka seal võisid nad kogeda süüdistavat suhtumist, see sõltus paljuski töötajate isiklikest hoiakutest (10). Meditsiinitöötajad sidusid haavad, pesid patsiendid puhtaks ja viskasid määratud riided minema. Kui ka viidi läbi kohtumeditsiiniline läbivaatus, oli see pigem formaalsus. Sellel ajal polnud ka veel võimalust testida DNAd (14), kuid teatav tõendmaterjali analüüsimise võimekus oli olemas (nt veregruppide võrdlemine). Kahjuks polnud aga keegi õpetanud arstidele või õdedele, kuidas asitõendeid koguda või säilitada. Seega jäid isegi heatahtlikud pingutused tihti asjatuks, sest süüdimõistmisel neid kasutada ei saanud (11).

ESIMESED ABITEENUSED SEKSUAALVÄGIVALLA ÜLEELANUTELE

Esimesed vägistamiskriisikeskused (ingl *Rape Crisis Center*) avati USAs 1972. aastal ja need erinesid tunduvalt enda tänapäevastest nimekaimudest. Enamasti oli tegemist kogemusnõustamisega ja keskused olid orienteeritud poliitilisele liikumisele, kuid siiski alustati sidemete loomist politsei, prokuratuuri ja tervishoiusüsteemiga (10, 13).

Järgmisena avati sarnane kriisikeskus 1976. aastal Põhja-Londonis, kus pakuti seksuaalvägivalla üleelanutele kaastundlikku hinnanguvaba tuge, nõu ja infot, abi politsei poole pöördumisel. Kümnest naisest koosnev kollektiiv pidas üleval 24

tundi avatud telefoniliini, pakkus näost näkku nõustamist ja suunas ohvreid edasi haiglasse. Ühendkuningriiki ja Iirimaaale oli 1988. aastaks tekkinud 62 kriisikeskust. Enamik neist keskustest said rahastust heategevusest ja kohalikest omavalitsustelt. Osa saavutas ka head suhted politseiga, teised pigem mitte (13).

Ühendkuningriigi politseile sai 1982. aastal osaks avalik pahameel, kui avaldati BBC dokumentaalsari politseijaoskonna tööst, mille ühes osas näidati vägistamisohvri kiusamist ja vaenulikku ülekuulamist. Avalikkuse surve muuteti politsei ja kohtumeedikute töökorraldust (15).

SEKSUAALVÄGIVALLA KRIISIABIKESKUSE NÜÜDISAEGSE MUDELI KUJUNEMINE

Meditsiinasutuses paikneva seksuaalvägivalla kriisiabikeskuse tänapäevase mudeli pakkusid välja meditsiiniõde Ann Burgess ja sotsioloog Lynda Holmstrom, kes avaldasid 1974. aastal uuringu vägistamisohvritest erakorralise meditsiini osakonnas, kus kirjeldasid vägistamise raskeid tagajärgi ohvrite füüsilisele ja vaimsele tervisele. Paremaks arusaamiseks tõid nad kõik seksuaalvägivalla ohvrite rünnakujärgsed reaktsioonid ühe nimetuse alla – vägistamistrauma sündroom (ingl *rape trauma syndrome*) (16). 1980. aastal avaldas Ameerika Psühhiaatrite Ühendus juhendi, milles kirjeldati esimest korda posttraumaatilist stressihäiret ning toodi välja, et see võib esineda vägistamise järel. Mitmeid Burgessi ja Holmstromi kirjeldatud reaktsioone on diagnoositud seejärel kui PTSDd (17).

Seksuaalvägivald polnud enam ainult sotsiaalne või poliitiline probleem, vaid seda hakati seostama ka terviseiga. Järgnes paradigma muutus – kui varem pidi seksuaalvägivalla ohver abi otsima mitmest eri kohast, siis nüüd hakati liikuma nn väravahimudeli poole, kus erinevate erialade asjatundjad töötasid koos ja pakkusid abi ühes asukohas. Ohvrite abistamine liikus politseijaoskonnast ja kogukonnapõhiste teenusepakkujate juurest tervishoiuasutusse ning abi saamise tingimuseks ei olnud enam eelnev politseisse pöördumine (18). Vastava mudeli järgi loodud abikeskus avati esimesena Bostonis erakorralise meditsiini osakonnas 1972. aastal ja sama mudeli võtsid alates 1980ndatest eeskujuks ka Ühendkuningriik ja Põhjamaad (19).

Esimene seksuaalvägivalla kriisiabi suunamiskeskus Euroopas (ingl *Sexual Assault Referral Centre, SARC*) avati Dublinis 1985. aastal ja kohe seejärel – 1986. aastal – asutas dr Raine Roberts keskuse Manchesteris (15, 18). Keskustes pakuti seksuaalvägivalla üleelanutele meditsiinilist ja kohtumeditiinilist abi, psühholoogilist ja jätkutuge. Teenus pidi olema tasuta ja patsientidele kättesaadav ööpäev läbi, sest vigastuste ja kohtumeditiinilise tõendmaterjali leidmise tõenäosus väheneb ajas.

Just tõendmaterjali kogumise ajalimiidist lähtuvalt olid SARCid algusest peale kavandatud abistamiseks esimese 7–10 ööpäeva jooksul pärast seksuaalvägivalla toimumist. Kuna SARCi teenus sisaldas mitmeid komponente ning dokumenteerimine ja tõendmaterjali kogumine pidi olema põhjalik ja detailne, siis koostati personali tööd toetavad üksikasjalikud juhendid ja võeti kasutusele standardiseeritud seksuaalvägivallaohvri läbivaatuse protokollid koos kehakaartidega (18). Praegu on Ühendkuningriigis 36 taolist keskust, mis asuvad haiglates, kuid tegevusi rahastab politsei (13). Enamiku ohvritest suunab abi järele politsei, kuid keskused on avatud ka isepöördujatele, seejuures viimastelt kohtumeditiinilist tõendmaterjali ei koguta.

Kui SARCid asuvad haiglas ja haigla on keskne koht, kus kõik teenusepakkujad kokku saavad, siis mõned riigid on rakanud ka kogukonnapõhise mudeli, kus põhiline töö toimub väljaspool haiglat asuvas keskuses ja vajaduse korral töötatakse koos partnerhaiglaga. Selline mudel on kasutusel näiteks Austraalia seksuaalvägivalla keskustes (ingl *Sexual Assault Services*), kus töö on keskendunud põhiliselt pikaajalisele nõustamise ja juriidilisele abi pakkumisele (20). USAs on levinud nn SART-SANE teenus (ingl *sexual assault response team-sexual assault nurse examiner*), kus meditsiinilist ja kohtumeditiinilist abi pakub spetsiaalse väljaõppe saanud meditsiiniõde, kes kuulub interdistsiplinaarsesse meeskonda (21).

Põhjamaades loodi seksuaalvägivalla kriisiabikeskused (ingl *Sexual Assault Centre, SAC*) haiglate juurde ja need on nüüdseks leidnud kindla koha tervishoiusüsteemis. Keskused asuvad enamasti naistekliinikutes, kuid ka erakorralise meditsiini osakondades ja seal töötavad (naiste)arstid, õed, sotsiaaltöötajad ja psühholoogid. Seksuaalvägivalla üle elanud inimestele pakutakse hoolivat ja

mittehinnangulist esmast psühholoogilist toetust, inimese nõusolekul ka meditsiinilist läbivaatust ja seksuaalsel teel levivate infektsioonide suhtes testimist koos vigastuste tuvastamise, kohtumeditiiniliste tõendite ja uimastiproovide kogumise ja hoiustamisega, raseduse ennetamist ja vajaduse korral ka HIVi kokkupuutejärgse raviga alustamist. Pakutakse ka juriidilist nõustamist ja abi politseisse pöördumisel. Patsientidele pakutakse soovi korral jätkutuge, mis seisneb meditsiinilises järelkontrollis ja psühhosotsiaalses abis (9, 18).

Esimene Põhjamaade keskus loodi 1986. aastal Oslos, seejärel 1993. aastal Reykjavíkis, 1994. aastal Uppsalas ja 2000. aastal Kopenhaagenis. Helsingis avati SAK alles 2017. aastal (9, 22). Kui enamik Põhjamaade SAKe loodi algusest peale avatud juurdepääsu põhimõttel, s.t kõik abivajajad võivad pöörduda otse abi järele ja ei ole vajalik eelnev politseisse pöördumine, siis Taanis loodi keskused algselt nn politsei suunamiskeskustena. Keskustesse pöördujate võrdlev analüüs tõi välja avatud keskuste eelise: sinna pöördus mitu korda rohkem abivajajaid võrreldes (Taani) suunamiskeskustega. Avatud keskustesse pöördujad olid ka nooremad, nende seksuaalvägivalla juhtumid olid eripalgelisemad ja pöördumine leidis aset pikema aja jooksul pärast juhtumit (9).

Praeguseks töötavad kõik Põhjamaade SAKid avatud juurdepääsu põhimõttel. Kõikidelt patsientidelt kogutakse kohtumeditiiniline tõendmaterjal ja see hoiustatakse haiglas – selline lähenemine suurendab ühelt poolt abi järele pöördujate hulka, teisalt kasutatakse ära limiteeritud aeg tõendmaterjali kogumiseks. See kaitseb ka ohvrite huve, kuna annab kontrolli otsustamiseks, kas ja millal pöörduda politseisse, ilma et juurdepääs abile või abi kvaliteet väheneks (18).

Paljudes riikides ei ole siiani ohvritele kättesaadavad avatud standardiseeritud abiteenused tervishoiusüsteemis või on abi saamise eeltingimuseks politseisse pöördumine (18).

MEDITSIINILISED JA KOHTUMEDITSIINILISED LÄBIMURDED

SAKide arengule on palju kaasa aidanud teaduslikud läbimurded, mis võimaldasid ohvrite jaoks senisest enamat teha. Esiteks

töötati 1970ndatel USAs Chicagos välja kohtumeditiinilise tõendmaterjali kogumise karp (ingl *rape-kit*). Esimesi karpe hakati tootma 1978. aastal brändinimega „*Vitullo Evidence Collection Kit*”. Kogu au ja kuulsuse karbi väljatöötamise eest sai seersant Louis Vitullo. Alles 2020. aastal avaldatud artikkel näitas, et karbi töötas tegelikult välja Chicago kriisiabikeskuse vabatahtlik Martha Goddard.

Tegemist oli lihtsate pappkarpidega, mis sisaldasid ohvritelt tõendmaterjali kogumiseks vajalikke vahendeid koos juhendmaterjaliga ning võimaldasid kogutud materjali ka nõuetekohaselt hoiustada. Tõendmaterjali karp tõi kaasa muutused kohtusaalis – enam polnud vägistamise ainukeseks tõendiks tunnistaja ütlused, vaid süüdistajal oli võimalik ette näidata ka juhtunut tõendavaid teaduslikke materjale nagu patsiendi riided, kangakiud, muld, taimelehed, juuksekarvad, naharakud ja leitud sperma või veri (11).

DNA-analüüsi kasutati kohtumeditiinilises esimest korda 1986. aastal Ühendkuningriigis, kui briti uurijad tabasid selle abil kolm ohvrit vägistanud ja tapnud mehe. DNAd analüüsis biokeemia ja geneetika professor Alec Jeffreys, kes leidis pärilikud variatsioonid inimese DNAs ja lõi seeläbi geneetilise sõrmejälje (14). Varem kogutud tõendmaterjali analüüsimisel on selgunud, et korduvaid vägistamisi toime pannud inimesi on palju rohkem kui algselt arvatud (23). On küsitud, kas taoline tagasivaatav analüüs on ka kulutõhus. Ühe uurimuse järgi on ühe juhtumi DNA-analüüsi maksumus 81 korda odavam kui selle abil ennetatud korduvate seksuaalkuritegude kulud ühiskonnale. Lisaks annab see positiivse sõnumi ohvritele, aitab süüteo menetlejal rohkemaid kuritegusid tõendada, ennetab korduvate kuritegude toimepanemist ja väldib valesüüdistusi (24).

Kolmanda suure läbimurdena võib nimetada postkoitaalse kontratseptiooni kasutuselevõtmist. Yuzpe ja Lincee kirjeldasid 1977. aastal postkoitaalse kontratseptiooni meetodit, mis sisaldas 0,20 mg etüüülöstradioli ja 2 mg levonorgestreeli jagatuna kaheks 12tunnise vahega manustatavaks annuseks, mida sai kasutada viie päeva jooksul pärast kaitsmata seksuaalvahekorda. Suhteliselt suur kogus östrogeeni põhjustas sageli iiveldust ja oksendamist (25). WHO viis

2002. aastal läbi uuringu, mille põhjal üks annus (1,5 mg) levonorgestreeli või 10 mg mifepristooni on sama efektiivsusega ja ilma eriliste kõrvaltoimeteta (26). Praeguseks on teada ka 30 mg ulipristaalatsetaadi postkoitaalne kontratseptiivne efektiivsus viie ööpäeva jooksul pärast kaitsmata seksuaalvahekorda (27). Emakasisese vaske sisaldava vahendi tõhusat postkoitaalset toimet kirjeldati esimest korda 1976. aastal (28), kuid selle peab paigaldama kogenud tervishoiutöötaja. WHO on lisanud vaske sisaldava emakasisese vahendi ja nn SOS-pillid hädavajalike ravimite nimekirja (29).

Neljandana võib välja tuua HIV ravi ja profülaktika väljatöötamise. Juba 1987. aastal võeti kasutusse esimene antiretroviirusravim – asidotümidin, tuntud ka kui sidovudiin. Sellest ajast on leitud aina tõhusamaid HIV ravimeid ja nende kombinatsioone, mis on ka edukad viiruse ülekande ennetamisel (30). Sealhulgas on nüüd kättesaadav HIV kokkupuutejärgne 28päevane kolmest ravimist koosnev kombinatsioon, millega on soovitatav alustada esimese 72 tunni jooksul pärast võimalikku kokkupuudet (31).

SEKSUAALVÄGIVALLA KRIISIABIKESKUSED EESTIS

Eestis loodi seksuaalvägivalla kriisiabikeskused 2016. aastal. Ülesehituselt sarnanevad need kõige enam Põhjamaade vastavate keskustega. Samal ajal avati sarnased keskused ka mitmes teises Euroopa riigis, kus need eelnevalt puudusid – näiteks 2016.

aastal Belgias ja 2017. aastal Soomes (22, 32). Paljude riikide jaoks andis vajaliku tõuke liitumine Euroopa Nõukogu naistevastase vägivalla ja perevägivalla ennetamise ja tõkestamise ehk Istanbuli konventsiooniga (32, 33), millele alla kirjutanud riigid lubavad muu hulgas välja arendada piisaval arvul kergesti kättesaadavaid vägistamisohvrite keskuseid, et tagada arstlik ja kohtumeditiiniline läbivaatus, toetus traumaolukorras ja ohvrite nõustamine. Konventsiooni on allkirjastanud 45 riiki ja Euroopa Liit. Eesti allkirjastas konventsiooni 2014. aastal 37. riigina ja konventsioon jõustus Eestis 2018. aastal (33).

Eesti SAKid asuvad neljas haiglas: Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus, Tartu Ülikooli Kliinikumis, Pärnu Haiglas ja Ida-Viru Keskhaiglas. Keskused on avatud ööpäev läbi ning neis pakutav abi on tasuta. SAKides töötab koolitatud personal – naistearstid, meditsiiniõed ja ämmaemandad. Teenust rahastab täiendavalt Sotsiaalkindlustusameti kaudu Sotsiaalministeerium, kattes spetsiaalse arstide ja õdede valveringi, tõendmaterjali kogumise ja teenuse arendamiseks värvatud ekspertide kulud.

Seksuaalvägivalla üleelanutele pakutakse nende nõusolekul standardiseeritud juhendi kohaselt (34) kogu abi ühes kohas. Sellise abi hulka kuuluvad esmane psühholoogiline toetus, läbivaatus ja tõendite kogumine, abi raseduse ärahoidmisel (tasuta SOS-pillid), suguhaiguste testimine ja HIV kontaktijärgne ravi (patsiendile antakse 3 päeva stardipakk ja ravi jätkub nakkushaiguste arsti poolt), tugi politseisse pöördumisel ning meditsiiniline ja psühholoogiline jätkutugi. Arusaadavalt tehakse koostööd teiste elualade esindajatega – politsei, kohtumeedikute, prokuratuuri, naiste tugikeskuste, sotsiaaltöötajate, psühholoogide jm spetsialistidega (34).

Eesti SAKid võtavad vastu kõik, kes tulla soovivad – naised, mehed ja lapsed. Abi pakutakse kuni 7 ööpäeva möödumisel seksuaalvägivalla toimumisest. Pöörduda võib nii ise kui ka suunatuna politsei poolt. Koos SAKide loomisega koostati ja võeti kasutusele Eesti oma standardiseeritud tõendmaterjali kogumise karbid (vt foto), mida analüüsib politsei tellimusel Eesti Kohtuarstliku Meditsiini Instituut. Eesti SAKides säilitatakse tõendmaterjali karpe vähemalt 6 kuud. Kasutusel on seksuaalvägivallaohvri läbivaatuse standardprotokoll



Foto. Eestis seksuaalvägivallaohvritele välja töötatud tõendmaterjali karbi sisu ja tõendmaterjali kogumise juhis.

Foto: Anni Õnneleid, Ekspress Meedia

Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll Täitmiseks tervishoiutöötajale või kohtumeedikule. Vajadusel edastatakse koopia politseile. Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.	Patsiendi nimi/ribakood: _____
--	-----------------------------------

Üldise informatsiooni ja anamneesi võib täita öde/ammaemand/nõustaja. Arst kinnitab oma allkirjaga. Protokoll kasutatakse koos seksuaalvägivaldaohvri tõendmaterjali kogumise karbiga.

ÜLDINE INFORMATSIOON

PATSIENT

Perekonnanimi _____ Eesnimi _____

Isikukood _____

Isik tuvastati jah ei
 pass juhiluba ID kaart muu, mis _____

Telefon _____ E-posti aadress _____

Saatja nimi _____
 seotus ohvriga, telefon, e-post _____

Tulnud politsei saatel jah ei

Saabumise kuupäev _____ ja kellaaeg _____

PERSONAL

Läbivaatuse teostamise koht (asutus, osakond) _____

Esmane kontaktisik/kriisinõustaja (eriala, nimi) _____

Läbivaatuse tegija (eriala, nimi, kood) _____

Assisteeriv öde/ammaemand _____

Läbivaatuse juures viibis veel (spetsialist, nimi) _____

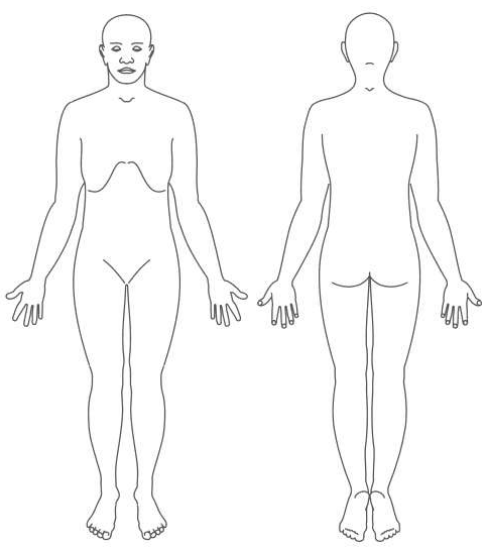
JUHTUNU ANAMNEES

Paluge patsiendil ¹ esmalt juhtunut kirjeldada, seejärel küsige ise allolevaid küsimusi. Selgitage, et need on vajalikud selleks, et teha korrektne läbivaatus ja tõendmaterjali kogumine.

¹ Kui patsient ei saa ise juhtunut kirjeldada, siis märkige, kes juhtunut kirjeldab (nt politseitöötaja, vanem, sõber, partner)

Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll Täitmiseks tervishoiutöötajale või kohtumeedikule. Vajadusel edastatakse koopia politseile. Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.	Patsiendi nimi/ribakood: _____
--	-----------------------------------

Tähistage vigastused kehakaartidel:
 täisvärvitud alad – verevalumid, viirutatud alad – marrastused, jooned – kriimustused, lisage sõnaline selgitus ja mõõtmed



Patsiendi nimi: _____

Kuupäev: _____

Läbivaatuse teostaja nimi: _____

Joonis 1. Seksuaalvägivaldaohvri läbivaatuse standardprotokolli avaleht ja näide kehakaartidest (34).

koos kehakaartidega (vt joonis 1), et hõlbustada anamneesi kvaliteetset kogumist ja seisundi dokumenteerimist (34).

SEKSUAALVÄGIVALDA KRIISIABIKESKUSTE ANDMEBAAS

Tartu Ülikooli meditsiinivaldkonna kliiniliste uuringute keskus on loodud Eesti seksuaalvägivalda kriisiabikeskuste andmekogu isikustatud andmete kogumiseks kümne aasta jooksul (2019–2029), isikustamata andmed on andmekogusse sisestatud aastast 2016 (TÜ eetikakomitee luba 294/T-8, 17.06.2019). Iga abi järele pöördunud seksuaalvägivalda üleelanu kohta kogutakse 65 tunnust, sh kuriteo detailide, ohvri tervisekahjude ja pakutud abi kohta. Tunnused saadakse ohvri pöördumisel kogutud andmete põhjal standardprotokollist (34) ja kantakse andmekogusse tervishoiuasutuses volitatud isikute poolt, järgides isikuandmete kaitset.

Alljärgnevalt on esitatud kirjeldavad arvandmed seniste pöördumiste kohta.

SAKide avamisest 2016. aastal kuni 2020. aasta lõpuni pöörduti neisse 430 korral, seejuures on pöördumiste arv pidevalt suurenenud. Pöördumiste arv aastatel 2016–2020 haiglate kaupa on esitatud joonisel 2. Vaadeldud perioodil on olnud kõige rohkem ja suurenevas hulgas pöördumisi Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikumi SAKi, kahes väiksemas keskus on pöördumiste arv olnud alla kümne aastas ja see on jäänud samale tasemele.

COVIDi-epideemia ajal 2020. aastal langes pöördumiste arv Lääne-Tallinna Keskhaigla SAKis, seda just esimese haigestumislaine ajal aprillis ja mais. On võimalik, et COVIDi-epideemia on mõjutanud negatiivselt abi järele pöördumist. Seda toetab ka registreeritud kuriteostatistika: kui viimastel aastatel on registreeritud seksuaalkuritegude hulk aasta-aastalt suurenenud, siis 2020. aastal täheldati kahanemist 12% võrra (35).

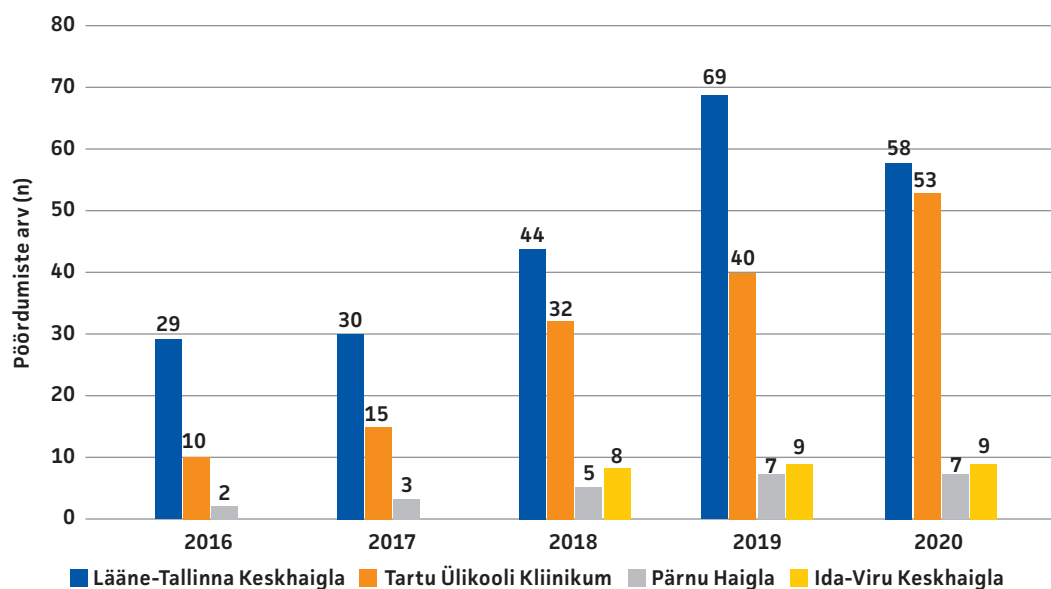
Järgnevad andmed on esitatud perioodi 2017 kuni 2021 (20.03.2021. a seisuga) kohta. Selle perioodi jooksul pöördus SAKidesse

416 inimest vanusevahemikus 1–79 aastat. Pöördujate mediaanvanus oli 23 aastat. Alla 18aastaseid oli 114 (27%) ja alla 14aastaseid 42 (10%). Enamik pöördujatest on olnud naised, mehi on olnud üheksa.

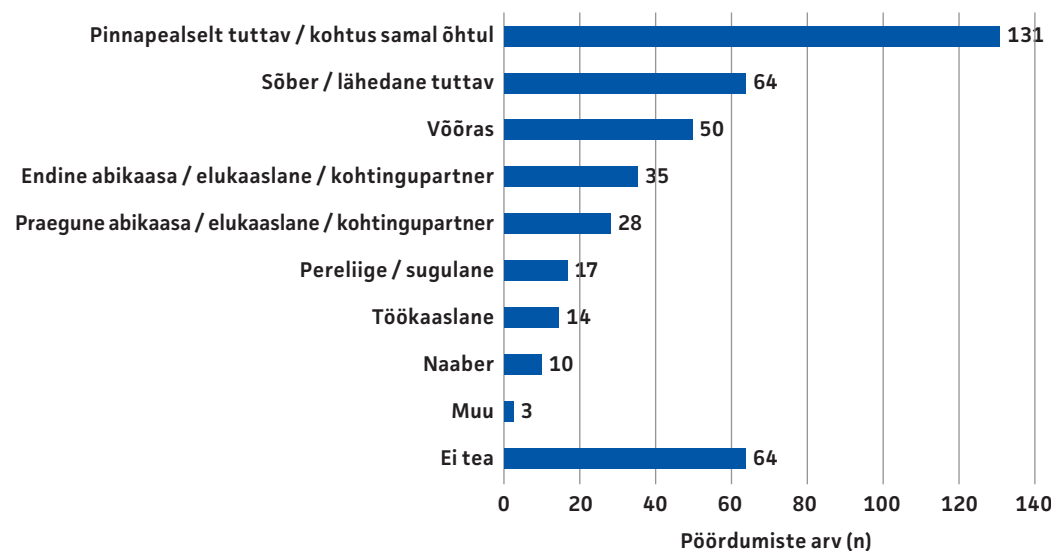
Abi järele pöördujatest 53% oli suunanud politsei ja 47% tuli ise. Viimastest ligikaudu pooled pöördusid hiljem politseisse. Pöördumisel oli juhtunust möödunud aja mediaan 13 tundi, seega oli kõige sagedamini pöördujad esimese seksuaalvägivallast möödunud ööpäeva jooksul. Seda võib pidada

positiivseks, sest pöördumisel esimese viie ööpäeva jooksul on võimalik veel vajaduse korral kasutada SOS-pille ja alustada 72 tunni jooksul HIV kontaktijärgset ravi. Ka on vigastuste tuvastamise ja tõendmaterjali leidmise tõenäosus varasema pöördumise korral suurem.

Joonisel 3 on esitatud seksuaalvägivalla toimepanija seotus ohvriga. Kõige sagedamini on toimepanija olnud ohvri tuttav või lähedane – kas siis pinnapealselt tuttav või samal õhtul kohatud inimene (31%) –,



Joonis 2. Pöördumiste arv (n = 430) seksuaalvägivalla kriisiabikeskustesse aastatel 2016–2020 haiglate kaupa seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste andmebaasi andmetel.



Joonis 3. Seksuaalvägivalla toimepanija seotus ohvriga (n = 416) perioodil 2017–2021 (20.03.2021. a seisuga) seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste andmebaasi andmetel.

seejärel sõber või lähedane tuttav (15%), praegune/endine suhtepartner (15%), pere-liige või sugulane (4%). Toimepanija oli ohvri jaoks võõras 12%-l juhtudest.

Kahel kolmandikul (68%) juhtudest eelnes ohvrite hinnangul seksuaalvägivalla juhtumile alkoholi ja 7%-l uimastite kasutamise. Kolmandik ohvritest ei teadnud, kas kasutati füüsilist või verbaalset vägivalda, sest olid juhtunu ajal kas teadvuseta, magasid, neil oli „mäluauk“ või nad olid uimastatud. Ülejäänutest (n = 280) veidi üle poole (53%) oli neid, kelle hinnangul toimepanija kasutas verbaalset vägivalda, füüsilist vägivalda oli kogunud kolmveerand (77%), sh kogeti peamiselt kinnihoidmist (69%), tõukamist (43%), juustest tirimist (28%), löömist (27%), kägistamist (25%) ja vangistamist (19%).

Pöördujatest, kelle kohta olid registreeritud andmed kondoomi kasutamise kohta (n = 350), pea kaks kolmandikku (63%) vastas, et kondoomi ei kasutatud; kolmandik (31%) ei teadnud, kas kondoomi kasutati või mitte ning vaid 6% teadis, et kondoom oli kasutusel. Seega võiks tõendmaterjali kogumine enamikul juhtudest aidata DNA-analüüsi kaudu toimepanijat kindlaks teha.

Pöördujatest, kes olid nõus kogu keha läbivaatusega (n = 398), esines 246-l (62%) vägivaldajuhtumiga seostatavaid vigastusi kehal. Pöördujatest, kes olid nõus suguelundite läbivaatusega (n = 391), esines 103-l (26%) vigastusi suguelunditel ja 10%-l ka anus'e piirkonnas.

SAKi pöördujatest 41% vajas SOS-pille (n = 407). HIV kontaktjärgne ravi oli näidustatud 44%-le ja ravimite stardipakki soovis 25% pöördujatest (n = 416). Kohtumeditiiniline tõendmaterjal koguti 86%-l ja veri või uriin uimastiproovide võimalikuks määramiseks koguti 74%-l pöördujatest (n = 416).

KOKKUVÕTE

Seksuaalvägivald on maailmas ja Eestis laialt levinud ning olemasolev kuriteostatistika alahindab selle probleemi ulatust. Kui seksuaalvägivalla ohvrid otsivad abi, siis pöörduvad nad kõige tõenäolisemalt tervishoiuasutusse. Kogemusnõustamisena alguse saanud teenused seksuaalvägivalla ohvritele on nüüdseks paljudes riikides muutunud tervishoiusüsteemi integreeritud teenusteks. Ka Eestis on aastast 2016

loodud Põhjamaade eeskujul SAKid, millele andis vajaliku tõuke liitumine Istanbuli konventsiooniga. Uus standardiseeritud teenus, mis on integreeritud tervishoiusüsteemi, aitab teadvustada seksuaalvägivalla probleemi ühiskonnas, tuua rohkem inimesi abi järele ja sekundaarselt ennetada seksuaalvägivalla negatiivset tervisemõju. Juba praeguste andmete põhjal on näha, et pöördumiste arv on iga aastaga suurenenud. Tänu SAKide andmebaasi loomisele on võimalik ka edaspidi analüüsida seksuaalkuritegusid ja ohvritele pakutavat abi Eestis. Kvaliteetsete andmete põhjal saab registreerida muutusi kuritegude iseloomus ja pöördumiste arvus ning anda soovitusi teenuse arendamiseks.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel ei ole huvide konflikti artiklis käsitletud teemaga.

SUMMARY

Services for sexual assault victims in the health care system: historical survey and situation in Estonia

Maris Kluge¹
Supervisor: Kai Part^{2,3}

This article deals with the prevalence of sexual violence and its related health harm, historical breakthrough developments in victim services and forensic science, as well as the help provided by modern multidisciplinary sexual assault centres (SACs). It also includes data on sexual assault victims who sought medical help in Estonia during the period of 2016-2021, based on the Estonian SAC database.

Sexual violence was brought to public attention by the Women's Liberation Movement and the first rape crisis centres provided mainly counselling. Today, open sexual assault centres are integrated into the health care system and offer 24-hour multidisciplinary help in one location, with no requirement to involve the police. In Estonia, SACs were founded in 2016 after the ratification of the Istanbul Convention. The number of sexual violence survivors in SACs has increased year by year. Standardised services in SACs contribute to secondary prevention of health harm among sexual violence survivors.

¹ student, Faculty of Medicine, University of Tartu, Estonia,
² Women's Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia,
³ Sexual Health Research Center Department of Obstetrics and Gynecology; Sexual Health Research Centre, University of Tartu, Estonia

Correspondence to:
Maris Kluge
klugemaris@gmail.com

Keywords:
sexual violence, sexual assault crisis centre, SAC, SACs, standardised services for sexual assault victims

KIRJANDUS / REFERENCES

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO, 2002:149–81.
- European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Main results. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014.
- Lippus H, Soo K, Laanpere M, et al. The prevalence and patterns of exposure to interpersonal violence among men and women in Estonia. *PLoS ONE* 2020;15:ARTN e0237562.
- Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, et al. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93:669–77.
- Lippus H, Laanpere M, Part K, Ringmets I, Karro H. What do we know about the impact of sexual violence on health and health behaviour of women in Estonia? *BMC Public Health* 2020;20.
- Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27:15–26.
- Hilden M, Schei B, Swahnberg K, et al. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG* 2004;111:1121–7.
- Johnson NL, Johnson DM. Factors influencing the relationship between sexual trauma and risky sexual behavior in college students. *J Interpers Violence* 2013;28:2315–31.
- Nesvold H, Worm AM, Vala U, Agnarsdóttir G. Different Nordic facilities for victims of sexual assault: a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:177–83.
- Bevacqua M. Rape on the Public Agenda: Feminism and the Politics of Sexual Assault. Boston: Northeastern University Press; 2000.
- Kennedy R. The Rape Kit's Secret History. *The New York Times*, 2020.
- Bennice JA, Resick PA. Marital rape: history, research, and practice. *Trauma Violence Abuse* 2003;4:228–46.
- Rackley E, Auchmuty R. Women's Legal Landmarks. Celebrating the History of Women and Law in the UK and Ireland. 1st ed. Oxford, UK; Portland, Oregon: Hart Publishing; 2019:321–6.
- Jeffreys A. Genetic fingerprinting. *Nat Med* 2005;11:1035–39.
- Lyall J. Raine Roberts: founder of the UK's first sexual assault referral centre. *BMJ* 2020;371:m4026.
- Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry* 1974;131:981–6.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM III. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
- Eogan M, McHugh A, Holohan M. The role of the sexual assault centre. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27:47–58.
- Bramsen R, Elklit A, Nielsen L. A Danish model for treating victims of rape and sexual assault: the multidisciplinary public approach. *J Aggress Maltreatment Trauma* 2009;18:886–905.
- Astbury J. Services for victims/survivors of sexual assault: identifying needs, interventions and provision of services in Australia. Australian Centre for the Study of Sexual Assault (ACSSA) 2006;6:1–28.
- Ahrens CE, Campbell R, Wasco SM, Davidson WS, et al. Sexual assault nurse examiner (SANE) programs. Alternative systems for service delivery for sexual assault victims. *J Interpers Violence* 2000;15:921–43.
- Baseline report by the Government of Finland on measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence. 2018:58–62. <https://rm.coe.int/baseline-report-finland-2018/16807c55f2>.
- Lussier P, Bouchard M, Beaugregard E. Patterns of criminal achievement in sexual offending: Unravelling the "successful" sex offender. *J Crim Justice* 2011;39:433–44.
- Wang C, Lawrence MW. Analyzing approaches to the backlog of untested sexual assault kits in the U.S.A. *J Forensic Sci* 2018;63:1110–21.
- Yuzpe AA, Lancelotti WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977;28:932–6.
- Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360:1803–10.
- Glazier AF, Cameron ST, Fine PM, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010;375:555–62.
- Van Look PF, von Hertzen H. Emergency contraception. *Br Med Bull* 1993;49:158–70.
- World Health Organization. Model List of Essential Medicines, 21st List, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
- Barré-Sinoussi F, Ross AL, Delfraissy J-F. Past, present and future: 30 years of HIV research. *Nat Rev Microbiol* 2013;11:877–83.
- Dominguez KL, Smith DK, Vasavi T, et al. Updated guidelines for antiretroviral post-exposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other non-occupational exposure to HIV. United States: Centers for Disease Control and Prevention; 2016.
- Hendriks B, Vandenberghe AMJA, Peeters L, et al. Towards a more integrated and gender-sensitive care delivery for victims of sexual assault: key findings and recommendations from the Belgian sexual assault care centre feasibility study. *Int J Equity Health* 2018;17:152.
- Naistevastase vägivalla ja perevägivalla ennetamise ja tõkestamise Euroopa Nõukogu konventsioon (01.02.2018). RT II, 26.09.2017, 2. <https://www.riigiteataja.ee/akt/226092017002>.
- Laanpere M, Part K. Seksuaalvägivalla ohvrite abistamise juhend meedikutele. 2016. <https://www.ens.ee/ravijuhendid/gynekoloogia/seksuaalvaegivalla-ohvri-abistamine/eesti-k>.
- Kuritegevus Eestis 2020. Justiitsministeerium; 2020. <https://www.kriminaalpoliitika.ee/kuritegevus2020/seksuaalkuriteod>.

Metformiini tarvitavate meeste järglastel on suurenenud kaasasündinud väärarengute risk

Diabeedihagetel meestel on sperma kvaliteet üldiselt halvem. Ka diabeediravim metformiin võib sõltumata vere glükoositasemest mõjutada meeste reproduktiivset süsteemi ja suurendada kaasasündinud väärarengute kujunemise riski järglastel.

Lõuna-Taani ülikooli ja USA Stanfordi ülikooli teadlased analüüsisid Taani sünniregistrite baasil aastatel 1997–2016 sündinud lastel esinenud kaasasündinud väärarengute seost

diabeediravimite tarvitamisega nende isade poolt.

Analüüsi kokku 1 116 779 lapse andmeid, neist 3,3%-l oli vähemalt üks kaasasündinud väärareng. Väärarengu esinemist peeti seotuks diabeediravimi tarvitamisega siis, kui ravim oli välja kirjutatud 3 kuud enne eostamise eeldatavat aega. Kolme kuud peetakse ajavahemikuks, mille jooksul arenevad viljastusvõimelised spermatoosidid.

Analüüsil ilmnes, et spermatoosidide küpsemisperioodil metformiini kasutanud meeste järglastel oli kaasasündinud defektide kujunemise risk 40%

võrra suurem kui nende meeste järglastel, kes metformiini ei kasutanud või olid seda teinud enne või pärast spermatoosidide arengu suhtes kriitilist ajavahemikku. Insuliiniga ravitud meeste järglastel seoseid ravimi kasutamise ja järglastel kaasasündinud väärarengute esinemise vahel ei ilmnenud. Sulfoonüüluurea derivaatide kasutamise ja kaasasündinud defektide riski kohta uuringus kindlaid seoseid ei leitud.

REFEREERITUD

Wensink MJ, Lu Y, Tian L, et al. Preconception anti-diabetic drugs in men and birth defects in offspring: A Nationwide Cohort Study. *Ann Intern Med* 2022, doi: 10.7326/M21-4389.

LÜHIDALT