

TARTU ÜLIKOOL

Sotsiaalteaduste valdkond

Ühiskonnateaduste instituut

Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika eriala

Hille Rätsep

**Perevägivalda ohvri märkamine ja abistamine: perearsti perspektiiv**

Magistritöö

Juhendajad: Marju Selg, MSW

Kadri Soo, MA

Tartu 2023

Käesolevaga kinnitan, et olen koostanud magistritöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, olulised seisukohad, kirjandusallikad ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Hille Rätsep

18.05.2023

## **ABSTRACT**

### **Noticing and helping a victim of domestic violence: the perspective of a family physician**

The World Health Organization categorises domestic violence as a serious public health problem that can affect any family member and has serious consequences for both physical and mental health. For an individual, experiencing violence can lead to both short- and long-term health damage as well as socioeconomic consequences in the form of decreased ability to work and quality of life.

Based on various international studies, the institutions victims of domestic violence turn to the most as a result of problems caused by violence are healthcare facilities. According to a report by the European Union Agency for Fundamental Rights (2014), female victims of violence are willing to turn to the healthcare system for help more than other organisations representing other fields.

In the Estonian healthcare system, the first point of contact is generally a family physician. Thus, the role of family physicians in noticing and helping victims of domestic violence cannot be understated. In order to effectively intervene and provide help in case of violence, healthcare workers, including family physicians, must have knowledge regarding violence to be able to recognize its warning signs and provide appropriate help.

The role of family physicians in domestic violence interventions has previously been studied in Estonia by Kase and Pettai (2003, 2014) and Linno *et al.* (2011). These studies revealed that family physicians find it difficult to advise patients suffering from domestic violence as they lack necessary training, do not have sufficient time and do not view getting involved in such cases as part of a physician's job.

The objective of my master's thesis is to identify the experience of family physicians in dealing with cases of domestic violence. The empirical material of the study includes seven qualitative interviews with family doctors from different regions of Estonia.

The thesis consists of four parts. In the theoretical part, I cover the prevalence of violence and its effect on health. I point out the role of the state in helping victims of violence and describe the role of family physicians in dealing with cases of domestic violence. In the analytical part, I describe the results obtained in my study and, in the discussion, provide explanations for these results.

Based on the objective of the thesis, I set the following questions:

- What is the exposure of family physicians to domestic violence cases like in their daily work?
- How do family physicians describe their role as the ones noticing and helping victims of domestic violence?
- What are the experiences of family physicians as part of a network helping victims of domestic violence?
- What support do family physicians need to efficiently help victims of domestic violence?

Family physicians themselves see their role as mainly solving health problems. Questioning whether a patient's health concern may be caused by domestic violence is not the first thing on their mind. As a result of my study, it was revealed that, on the one hand, family physicians do not know how to ask about domestic violence and, on the other hand, do not have the knowledge and skills to advise a victim. If a victim of violence (patient) does not directly address their physician and talk about violence themselves and a family physician does not know how to spot the signs of violence, the victim may not receive appropriate help. In order for a family physician to be able to provide efficient help to and empower a victim of violence, they need appropriate training: knowledge regarding violence and its effects on health as well as skills to notice violence and intervene. Study participants would be willing to use screening – questionnaires for identifying violence and assessing its risk factors – to intervene in cases of violence.

Family physicians have undoubtedly potential to provide more effective help to those suffering from violence. However, to do this, they need training to be able to feel competent in the topic of violence and to provide appropriate help. To achieve this, the goal should be the development of a comprehensive training plan that focuses on identifying domestic violence and includes effective methods of intervention as well as integrating such a plan into the continuous education of physicians.

Keywords: domestic violence, victim, family physician, primary care, intervention

# SISUKORD

<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>SISSEJUHATUS</b> .....	6
<b>1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE</b> .....	8
<b>1. Perevägivald</b> .....	8
<b>1.1 Perevägivald</b> tähendus ja liigid.....	8
<b>1.2 Perevägivald</b> levimus.....	10
<b>1.3 Vägivalla mõjud</b> tervisele.....	12
<b>2. Riigi roll</b> vägivalla vähendamisel ja ennetamisel.....	14
<b>2.1 Riiklikud strateegiad</b> ja tegevuskavad.....	14
<b>2.2 Vägivalla ohvrile abi</b> pakkuvad institutsioonid .....	15
<b>3. Perearsti väljakutsed</b> perevägivaldajuhtumitega kokkupuutel .....	18
<b>3.1 Perearst</b> tervishoiuteenuse osutajana .....	18
<b>3.2 Perearst</b> vägivalla ohvri märkajana ja abistajana .....	18
<b>3.3 Sekkumisjuhised</b> ja skriiningküsimustikud .....	22
<b>3.4 Perearst</b> võrgustiku liikmena ohvrite abistamisel .....	24
<b>PROBLEEMISEADE</b> .....	26
<b>2. METOODIKA</b> .....	27
<b>2.1. Metodoloogiline</b> lähtekoht .....	27
<b>2.2 Andmekogumismeetod</b> ja valimi kirjeldus .....	27
<b>2.3 Uurimuse käik</b> .....	28
<b>2.4 Andmeanalüüsi meetod</b> .....	28
<b>3. TULEMUSED</b> .....	30
<b>4. ARUTELU</b> .....	39
<b>KOKKUVÕTE</b> .....	41
<b>KASUTATUD KIRJANDUS</b> .....	43
<b>LISA</b> .....	49

## SISSEJUHATUS

Perevägivald on aktuaalne probleem puudutades paljusid inimesi. Viimastel aastatel on ühiskonnas seda probleemi üha enam teadvustatud – on suurenenud teatamine vägivallajuhtumitest, meedias ilmuvad lood erinevatest abistamisviisidest, toimuvad sotsiaalkampaaniad teadlikkuse tõstmiseks, kus kutsutakse üles kõrvalseisjaid aktiivselt sekkuma. Ent jätkuvalt on perevägivald suurel määral varjatud kuritegu, millel võivad olla väga traagilised tagajärjed.

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO, 2002) nimetab perevägivalda mitte niivõrd sotsiaalseks kui võrd rahvatervise probleemiks, mille all võivad kannatada kõik pereliikmed ja mis põhjustab tõsiseid tagajärgi nii füüsilisele kui vaimsele tervisele. Perevägivaldal on tagajärjed nii üksikisiku kui ühiskonna tasandil. Üksikisiku tasandil põhjustab vägivalla kogemine nii lühikui pikaajalisi tervisekahjustusi, lisaks võib tuua kaasa sotsiaalmajanduslikud tagajärjed - töövõime ja elukvaliteedi languse. Ühiskonnale põhjustab vägivald kulusid vägivallast tingitud juhtumite menetlemisele, ohvrile osutatud tervishoiuteenustele, tööturult eemal olekule, läbi selle majandusele laiemalt (Estimating the cost..., 2014).

Vägivalla märkamine, vähendamine ja ennetamine on olulise tähtsusega nii ühiskondliku kui ka inimese isikliku turvalisuse tagamisel (Siseministeerium, 2018). Vägivalla tõkestamises on ühtviisi tähtsad nii ennetustöö, varane märkamine kui ka kannatanute kaitsmine. Euroopa Liidu Põhiõiguste Ameti (FRA) (2014) uuringu andmetel pöörduvad tõsist vägivalda kogenud naised abi saamiseks erinevate institutsioonide poole nagu politsei, sotsiaalsüsteem, tervishoid. Raporti põhjal on vägivalla ohvritest naised enam valmis pöörduma tervishoiusüsteemi kui muu valdkonda esindava organisatsiooni poole. Uuringu andmetel otsitakse abi haiglast 12% ja tervisekeskusest vms kohast kuni 22% juhtudest. Kuigi raport viitab tervishoiutöötajate võtmerollile ohvrite tuvastamisel, on tervishoiutöötajad harva saanud ettevalmistuse tõhusaks reageerimiseks vägivalla ohvrite abistamisel (FRA, 2014).

Tervisemurega inimese esimeseks kontaktiks Eesti tervishoiusüsteemis on eelkõige tema perearst. Seega perearstide roll perevägivalla ohvrite märkamisel ja abistamisel on olulise tähtsusega. Efektiivseks sekkumiseks ja abi osutamiseks vägivalla korral vajab tervishoiutöötaja sh perearst teadmisi vägivalla temaatikast, et ta oskaks ära tunda ohumärke (kui inimene ise ei räägi) ja asjakohast abi osutada.

Varasemalt on Eestis perearstide rolli perevägivaldaja sekkumistes uurinud Kase ja Pettai (2003, 2014) ning Linno jt (2011). Neist uuringutest selgus, et perearstidel on keeruline perevägivaldaja all kannatavaid patsiente nõustada, kuna puudub vajalik ettevalmistus, ei jätku aega ning juhtumitesse sekkumist ei peeta arsti ülesandeks.

Minu magistritöö eesmärgiks on välja selgitada perearstide kogemused perevägivaldaja juhtumitega tegelemisel. Uurimuse empiiriline materjal sisaldab seitset kvalitatiivset intervjuud perearstidega Eesti erinevatest piirkondadest.

Uurimustöö teoreetilises peatükis käsitlen vägivaldaja levimust ja mõju tervisele. Toon välja riigi ülesanded vägivaldaja ohvrite abistamisel ning kirjeldan perearsti tööülesandeid ning väljakutseid perevägivaldajajuhtumitega kokkupuutel. Metoodikas annan ülevaate uuringu läbiviimise meetodist ning tutvustan lühidalt uuritavaid. Analüüsis kirjeldan uuringu käigus saadud tulemusi ning arutelu annab saadud tulemustele selgitusi.

Minu siiras tänu

- juhendaja Kadri Soole väärtuslike nõuannete ning toetavate sõnade eest
- retsensent Merle Linnole, kes muutis minu vaate perearstidele elukaarekeskseks
- toredatele kursusekaaslastele, kelle ühtsus ja abivalmidus on olnud toeks kogu õpinguaja vältel
- uurimuses osalenud perearstidele
- oma perekonnale, eelkõige tütar Hannaleenale, kellega üheaegselt üliõpilaselu rõõme ja muresid jagasime

Tänutundega meenutan õppejõud Marju Selga, kelle unustamatud loengud juhatasid mind salapärasesse sotsiaaltöö maailma.

# 1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Teoreetilises osas annan esmalt ülevaate perevägivalla olemusest ja liikidest ning kirjeldan vägivalla mõjusid kannatanu tervisele. Seejärel kirjeldan Eesti riigi ja riiklike institutsioonide osa vägivallaga tegelemisel. Kolmandas osas käsitlen esmatasandi tervishoiutöötajate rolli perevägivalla tuvastamisel ja ohvrite abistamisel ning nende kaastust vägivalla vähendamise ja ennetamise võrgustikutöösse.

## 1. Perevägivald

### 1.1 Perevägivalla tähendus ja liigid

Eesti keelsetes allikates, näiteks riiklikes vägivalla ennetamise strateegiates (Vägivalla ennetamise...2015; VEKO, 2021), kasutatakse tihtipeale paralleelselt mõisteid „perevägivald“ ja „lähisuhtevägivald“,. Samas on mõningatel juhtudel lähisuhtevägivald terminina leidnud kasutamist ka partnerite vahelise vägivalla ehk paarisuhtevägivalla kirjeldamisel. Oma uurimustöös kasutan edaspidi mõisteid perevägivald ja lähisuhtevägivald sünonüümidenä.

Euroopa Nõukogu naistevastase vägivalla ja perevägivalla ennetamise ja tõkestamise konventsioon (2018), nimetatud ka Istanbuli konventsiooniks, defineerib perevägivalla kui igasugused füüsilise, seksuaalse, psüühilise ja majandusliku vägivalla aktid, mis leiavad aset perekonnas või koduseinte vahel või endiste või praeguste abikaasade või partnerite vahel, sõltumata sellest, kas vägivallaakti toimepanija elab või on elanud ohvriga samas elukohas. Lisaks vägivallale praeguste ja endiste partnerite vahel võib perevägivald aset leida ka õdedevendade ning täiskasvanud laste ja nende vanemate vahel. Perevägivalla mõiste alla kuulub ka vägivald eakate suhtes ja laste väärkohtlemine. Istanbuli konventsioon (2018) tunnistab, et perevägivald mõjutab rohkem naisi, kuid perevägivalla ohvriks võivad langeda ka mehed, samuti on ohvriks lapsed, sealhulgas perevägivalla pealtnägijatena.

Eraldi toon välja paarisuhtevägivalla ning eakate ja laste väärkohtlemise mõisted. Paarisuhtevägivald on igasugune füüsilise agressiooni, seksuaalse sunduse, psühholoogilise vägivalla ja kontrolliva käitumise akt, mis põhjustab füüsilist, seksuaalset või psühholoogilist kahju (Perevägivald, i.a). Paarisuhtevägivald võib toimuda nii praeguste kui ka endiste elukaaslaste, abikaasade või intiimpartnerite vahel (WHO, 2010).

Nii pere- kui ka paarisuhtevägivalla definitsioonid viitavad erinevatele vägivallaliikidele - füüsiline, psühholoogiline, seksuaalne, majanduslik - mida tutvustan järgnevalt lähemalt. Vägivalla liigina eristatakse ka hooletusse jätmist, seda eelkõige laste ja eakate puhul.

Füüsiline vägivald on tahtlik füüsilise jõu kasutamine teise isiku suhtes põhjustades teisele inimesele vigastusi, füüsilist valu või isegi surma (Perevägivald, i.a). Füüsiline vägivald on kõige kergemini tuvastatav vägivalla liik, kuna ohvril on nähtavad füüsilised kahjustused. Füüsilise vägivallana on tõlgendatavad väga erinevad tegevused, näiteks tõukamine, hammustamine juustest tirimine, löömine, peksmine, relva kasutamine (Perevägivald, i.a).

Psühholoogiline vägivald on verbaalne või mitteverbaalne rünnak, mis kahjustab teist inimest emotsionaalselt ning alandab ta eneseväärikustunnet (Perevägivald, i.a). Psühholoogilise vägivalla korral on eesmärk pidev ja tahtlik teisele inimesele haiget tegemine ja tema tunnete riivamine. Antud vägivallaliik on kõige levinum ning tavaliselt esineb see koos füüsilise, seksuaalse ja/või majandusliku vägivallaga. Samal ajal on psühholoogiline vägivald kõige varjatum ja seetõttu kõige keerulisem märgata ja ära tunda.

Seksuaalne vägivald on igasugune seksuaalse sisuga käitumine, mille kaudu kontrollitakse, manipuleeritakse või alandatakse teist inimest (Perevägivald, i.a). Seksuaalseks vägivalla väljenduseks võivad olla mittesoovitud seksuaalsed puudutused (ka märkused), pealesunnitud suguühe, vägistamine.

Majandusliku vägivalla korral kontrollib vägivallatseja partneri raha kasutamist või partnerile kuuluvaid materiaalseid ressursse eesmärgiga raskendada partneri iseseisvat materiaalist toimetulekut ning muuta partner vägivallatsejast sõltuvaks (Perevägivald, i.a).

Lapse väärkohtlemine tähendab kõikvõimalikke füüsilise ja emotsionaalse lapse vääralt kohtlemise viise, seksuaalselt väärkohtlemist, hooletusse jätmist ja ekspluateerimist, millega kaasneb kas tegelik või potentsiaalne oht lapse tervisele, arengule või väärikusele (WHO, 2002). Lapse hooletusse jätmise on lapse oluliste füsioloogiliste ja emotsionaalsete vajaduste rahuldamata jätmisega või erinevate ohtude eest kaitseta jätmisega lapsele psüühilise või füüsilise ebamugavusseisundi tekitamine, mis kahjustab tema eakohast arengut ja/või tervist (Soonets, 1997).

Eakate väärkohtlemine on üksik või korduv tegu või vajaliku tegevuse puudumine suhetes, mis eeldab usaldust, ning mis põhjustab kahju või ebamugavust vanemale inimesele (WHO, 2022). Väärkohtlemine eaka puhul võib olla füüsiline, seksuaalne, psühholoogiline majanduslik ja

materiaalne väärkohtlemine. Eakate puhul on väärkohtlemisena käsitletavat ka hülgamine ja hooletusse jätmine ning eneseväärikuse ja lugupidamise tõsine kaotus.

## 1.2 Perevägivald levimus

Perevägivald on globaalne probleem. Näiteks mõjutab Ameerika Ühendriikides perevägivald igal aastal hinnanguliselt 10 miljonit inimest - iga neljas naine ja iga üheksas mees langeb perevägivalda ohvriks (Huecker jt, 2022). Ühendkuningriigis koges 2018. aasta andmetel perevägivalda hinnanguliselt 2 miljonit inimest, naisohvrite ja meessoost ohvrite suhe oli 2:1 (Calcia jt, 2021).

Perevägivaldast suurem osa moodustab naiste vastu suunatud vägivald. Ülemaailmsed uuringud näitavad, et üks naine kolmest kogu maailmas on oma elu jooksul kogunud füüsilist ja / või seksuaalset vägivalda (WHO, 2017). Vägivallast rääkides on peetakse tihtipeale silmas naist vastu suunatud vägivalda. Ometigi on ka mehed vägivalda ohvrid.

Üle-euroopaliste uuringute (FRA raport 2014; 2021) andmetel esineb Eestis võrreldes teiste Euroopa riikidega kõige rohkem füüsilist vägivalda ja kõige sagedamini on vägivallatsejaks pereliige ja kannatajaks naine. Uuringu kohaselt langeb vägivalda ohvriks aasta jooksul iga kümnes Eesti inimene – selle näitajaga on Eesti koos Soomega Euroopa Liidu riikide seas kõrgeimal kohal. Eesti vägivallakuritegude statistika (Kuritegevus..., i.a) põhjal registreeriti 2022. aastal 3244 perevägivalda kuritegu, mida oli 14 % vähem võrreldes 2021. aastaga. Siinkohal tuleb rõhutada, et perevägivald on varjatud kuritegu ning seetõttu ainult statistikale tuginedes on oht selle esinemist alahinnata. Statistilised numbrid võimaldavad pigem hinnata vägivalda kuritegudest teatamise dünaamikat teatud ajaperioodil ning võrrelda seda eelnevaga. Turvalisuse uuringu raportis (Paats ja Tuisk, 2010) juhitakse tähelepanu, et perevägivalda tegelik tase on palju kõrgem, kui peegeldab politsei statistika.

Perevägivald Eestis kätkeb sagedamini abikaasa/elukaaslase vastu suunatud vägivalda ning laste väärkohtlemist, harvem aga laste vägivalda vanemate vastu või õdede-vendade omavahelist vägivalda (Soo, 2010). Suurima osa perevägivaldakuuritegudest moodustab vägivald paarisuhtepartnerite vahel. Perevägivald on naistevastase vägivalda nägu: toimepanijatest 86% mehed ja ohvritest 79% on naised (Kuritegevus..., i.a.).

Perevägivald puudutab ka lapsi, kui nad peres olemas on. Perevägivalda ohvriks võivad olla lapsed kas pealtnägijatena või halvimal juhul võib laps ise sattuda nii füüsilise, vaimse kui ka

seksuaalse vägivalda ohvriks. Faktina nähtub Eesti 2022. aasta statistikast, et 26% perevägivalda kuritegudest olid lapsohvri või -pealtnägijaga (Kuritegevus..., i.a). Laps võib olla haaratud ka teiste isiku vastu suunatud vägivalda, näiteks laste kaudu teise vanemaga manipuleerimine. FRA raporti (2014) andmetel teatasid 73% naistest, kes olid sattunud praeguse või varasema partneri vägivalda ohvriks, et nendega koos elanud lapsed teadsid vägivallast.

Riigiprokurör Katrin Talviste viitab, et lapsed võtavad tihti üle oma vanemate käitumismustrid ja võivad kasutada vägivalda nii omavahelistes suhetes kui ka hiljem oma lähisuhtepartneri vastu (Orav, 2021).

Rasedust peetakse üheks perevägivalda esinemise riskifaktoriks (Kase ja Pettai, 2006). Kui suhe on olnud vägivaldne enne naise rasedumist, siis on tõenäosus vägivalda suurenemiseks ka raseduse ajal (FRA, 2014). James jt (2013) poolt läbi viidud meta-analüüsis uuriti perevägivalda esinemisest rasedate naiste hulgas - keskmiselt esines emotsionaalset vägivalda 28,4%, füüsilist vägivalda 13,8% ja seksuaalset vägivalda 8,0% juhtudest.

Vägivallaga võib inimene kokku puutuda igas eluetapis. Üks haavatavamaid grupe on eakad inimesed. Eakate vastase vägivalda levikut on väga raske hinnata, sest tihtipeale ei anta sellest teada (Eakate vastase..., 2020). WHO andmetel (2008) on iga kuues üle 60-aastane inimene kogenud mingit tüüpi väärkohtlemist viimase aasta jooksul. Tulenevalt rahvastiku kiire vananemisest ja vanemaealiste osakaalu suurenemisest ennustab WHO (2022) eakate väärkohtlemise kasvu.

Kuna rahvastik vananeb kiiresti ja eluiga pikeneb, muutub vanemaealiste väärkohtlemise teema üha aktuaalsemaks. FRA (2014) naistevastase vägivalda uuringu andmetel olid 2% küsitletud naistest vanuses 60–74 aastat kogenud füüsilist vägivalda oma elukaaslase/partneri poolt intervjuule eelnenud 12 kuu jooksul. Eakate meeste väärkohtlemine on oluliselt märkamatum ja alaraporteeritud võrreldes samaealiste naistega (Kosberg, 2014).

Eesti justiitsministeeriumi andmetel (2021) on eakad kõige rohkem langenud kehalise väärkohtlemise ohvriks. Eakatega seotud vägivallast 55% olid perevägivaldajuhtumid, kus oli ohvriks enamasti eakas ema ja vägivallatsejaks täiskasvanud poeg või tütar, kes sageli oli vägivalda tarvitamise ajal alkoholijoobes.

### 1.3 Vägivalla mõjud tervisele

Perevägivalla kogemine põhjustab ohvrile nii lühi- kui pikaajalisi tervisekahjustusi avaldades mõju füüsilisele, vaimsele, seksuaal- ja reproduktiivtervisele.

Füüsiline vägivald on enamasti silmale nähtav ja tõenäoliselt ka sagedaseim põhjus vahetu meditsiinilise abi järele. Vägivallast tingitud füüsiliste vigastuste raskusaste võib olla väga erinev – verevalumitest kuni luumurdudeni, fataalsel juhul surmani. Raskete füüsiliste vigastuste korral pööratakse tõenäolisemalt kiirabisse ja erakorralise meditsiini osakonda (EMO). Vägivald põhjustab peale füüsiliste traumade vaimse tervise probleeme, mis võivad lõppeda ühiskonnaelust kõrvalejäämise ja töövõimetusega.

Harvad ei ole juhud, kus üheaegselt esinevad füüsiline ja vaimne vägivald. Pikaajaseid tervisehäireid põhjustabki eeskätt vaimne vägivald. Paraku on vaimset vägivalda tunduvalt keerulisem ära tunda kui füüsilist ja vaimse vägivalla tagajärgi tervisele on tihtipeale raskem hinnata. Eriti pikaajalise terrori all kannatanutel esineb sageli depressiooni, traumajärgset stressi sündroomi, enesehinnangu langust ja muid vaimse tervise probleeme (Soo, 2010). Naiste vastu suunatud vägivalla puhul on sageli tegemist kombineeritud vägivalla juhtumitega, kus ühed ja samad naised on kogenud nii vaimset kui füüsilist vägivalda või siis füüsilist ja seksuaalset vägivalda (Proos ja Pettai, 2003).

Füüsilisi traumasid märgata on lihtne, kuid paljud EMO-sse sattunud naistest vägivallaohvrid pöörduvad sinna alles pärast viit-kuut rünnakut ja ka siis nad ei avalda, et seda tegi nende partner (Laanpere, 2020). Samas põhjustavad traumad vaid väikse osa vägivallaohvrite tervisekahjustest. Vägivallast tingitud psühholoogilisel traumal on palju pikemaajalised mõjud. Naistearst Made Laanpere (2020) sõnul pole Eestis küll perevägivalla tervisekahjusid rahas mõõdetud, kuid need on hinnanguliselt võrreldavad diabeedi või kõrgvererõhutõve maksumusega riigile.

Paarisuhtevägivalla ohvriks olevatel naistel on lisaks füüsilistele vigastustele suurenenud risk krooniliste terviseprobleemide tekkeks (McKibbin jt, 2018). Väärkoheldud naised teatavad kaks korda tõenäolisemalt nii füüsilise kui ka vaimse tervise halvenemist kui naised, kes pole seda kogenud, seda isegi juhtudel, kui vägivald leidis aset palju aastaid tagasi. Paljud perevägivalla üle elanud inimesed teatavad, et nende heaolule on kõige pikaajalisem negatiivne mõju pigem psühholoogilisel kui füüsilisel vägivallal (McKibbin jt, 2018).

Vägivalla tõttu kogetud füüsilisest ja vaimsest vägivallast põhjustatud tervisekahjusid ei saa mõnikord omavahel eristada. Vägivalla mõjud nii füüsilisele kui vaimsele tervisele väljenduvad

eriilmeliste tervise probleemidena ja osadest võivad kujuneda ka kroonilised haigusseisundid. Näiteks võivad perevägivalda kogemisega seotud olla krooniline valu, seedetrakti probleemid, günekoloogilised probleemid, depressioon, ärevus ja muud vaimsed häired (Carcia jt, 2021).

Reproduktiivtervisele avaldab mõju eelkõige seksuaalne ja füüsiline vägivald. Lisaks otsestele füüsilistele vigastustele võivad tagajärgedeks olla seksuaalsel teel levivad infektsioonid ja soovimatu rasedus. Kui vägivald on toime pandud raseda naise suhtes, võib see mõjutada tulevase lapse tervist (nii füüsilist kui vaimset), raskemal juhul põhjustada raseduse katkemise.

*National Coalition Against Domestic Violence* (2004) andmetel hukub perevägivalda tõttu igal aastal rohkem rasedaid naisi kui ühelgi muul põhjusel. Ligi 20% naistest kogeb raseduse ajal vägivalda, kusjuures suurem risk selleks on rasedatel noorukitel ja soovimatu rasedusega naistel (NCADV, 2004). Perttu ja Kaselitz (2006) viitavad, et raseduse ajal ja pärast sünnitust võib oht, et naine satub vägivalda ohvriks, isegi suurened.

Perevägivald mõjutab alati peres olevaid lapsi, seda ka siis kui vanemad otseselt lapse suhtes vägivaldsed ei ole. Kokkupuude vanemate vahel toimuva vägivaldaga mõjutab laste füüsilist tervist, arengut, tunnetust ja õpitulemusi (Epsenberg jt, 2022). Vägivallakogemused võivad põhjustada lapse vaimse tervise ja käitumisprobleeme. Perevägivalda pealt näinud lapsi mõjutab trauma kogu elu – neil esinevad teistest lastest sagedamini käitumisprobleemid, vaimse tervise hädad, sh ärevushäired, depressioon ja trauma sümptomid (Howarth et al., 2019; Majali & Alsrehan, 2019; Rode et al., 2019 viidatud Sepper ja Kadarik, 2020 kaudu).

## 2. Riigi roll vägivalla vähendamisel ja ennetamisel

### 2.1 Riiklikud strateegiad ja tegevuskavad

Riiklik vägivalla ennetamise strateegia 2015-2020 (Vägivalla...2015) on tänaseks asendunud vägivallaennetuse kokkuleppega (VEKO) (VEKO, 2021), mille eesmärk on jätkata vägivallavastase poliitika kujundamist valdkondade koostöös ning täpselt sihitud eesmärkide ja kindlate kokkulepete alusel. Mõlemas eelpool nimetatud strateegiadokumendis on rõhutatud suurema rolli andmist tervishoiuasutustele, kuhu vägivallohvrid oma muredega sagedamini satuvad. VEKO (2021) osundab, et tervishoiuasutuste roll vägivallaennetuses tuleb täpsemalt kokku leppida ja selgemalt määratleda.

Tervishoiusüsteemi kaasamiseks vägivalla ennetusse on ellu viidud mitmeid projektipõhiseid tegevusi, mida on rahastatud Euroopa Liidu finantsmehhanismide vahendusel. Nii alustati 2020. aastal sotsiaalkindlustusameti ohvriabi üksuse eestvedamisel koostöös tervishoiusüsteemi esindajatega Euroopa Majanduspiirkonna ja Norra finantsmehhanismi 2014-2021 koostööprogrammi „*Kohalik areng ja vaesuse vähendamine*“ raames ja finantseerimisel perevägivalla varajase märkamise süsteemi (VMS) loomist tervishoius (Sotsiaalkindlustusamet, i.a). VMS eesmärgiks oli välja arendada terviklik lähenemine perevägivalla varajasele märkamisele ja ohvri abistamisele, luua süsteemsem ja kvaliteetsem ohvriabi teenus, sh tõsta meditsiinitöötajate teadlikkust ja oskusi perevägivalla ohvrite tuvastamiseks (k.a. varajase märkamise abivahendi väljatöötamine). Töötasin ise 2020. aasta kevadel VMS projektijuhina sotsiaalkindlustusametis. Paraku muutis koroonapandeemia olukorda, kus VMS projekti kaasatud osapooled (perearstid, erakorralise meditsiini arstid jt) oli tegevuses pandeemiast tulenevate väljakutsetega ning projekt jäi n-ö ootele.

Tervishoiuteenuse osutajate teadlikkust ja oskusi töös kuriteoohvritega ning tervishoiutöötajate poolt vägivallaohvrite märkamise-, dokumenteerimise- ja suunamisvahendeid on arendatud ka justiitsministeeriumi ja üle-euroopalise kuriteoohvrite katusorganisatsiooni (Victim Support Europe) koostöös käivitunud projekti „Kuriteoohvrite kaitse Eestis“ raames. Projekti viiakse ellu aastatel 2021–2023 (Kuriteoohvrite kaitse..., i.a). Tegemist on taas pilootprojektiga, kus tervishoiusüsteemist on partneriteks kolm haiglat – Ida-Viru Keskhaigla, Narva Haigla, Rakvere Haigla.

Tuleb tõdeda, et vaatamata püstitatud eesmärkidele ja korduvatele üritamistele ei ole käesolevaks ajaks terviklikku vägivalla sekkumise süsteemi tervishoius välja arendatud. Ehk

on selle põhjuseks olnud liigselt projektipõhine lähenemine. Teisalt on takistavaks teguriks tõenäoliselt tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi autonoomsus ja vähene sidusus nii riigi kui ka kohalikul tasandil. Ometigi on strateegiadokumentides üheselt sõnastatud, et erinevate riiklikku abi pakkuvate osapoolte tegevus peab olema koordineeritud ning rollid selgelt jaotatud.

## **2.2 Vägivalla ohvrile abi pakkuvad institutsioonid**

Järgnevalt annan ülevaate riiklikest või riigi poolt rahastatud asutustest, kes ühel või teisel viisil puutuvad kokku vägivalla ohvritega. Loetletud institutsioonid ja nende esindajad on olulised koostööpartnerid perearstile kokkupuutel perevägivalla juhtumitega. Seega on perearstide teadlikkus nende asutuste poolt perevägivalla ohvrile pakutavatest abistamise võimalustest olulise tähtsusega võimaldades parimal viisil vägivalla ohvri abistamise.

### ***Politsei***

Politsei põhiülesandeks on avaliku korra kaitse ja läbi selle ühiskonna turvalisus tagamine. Politsei ja piirivalve seadus (PPVS, 2023) sätestab politsei ülesanded, õigused, korralduse. Politseil on oluline roll perevägivalla juhtumite lahendamisel ja vägivalla ohvrite kaitsmisel. (Perevägivalla võrgustik, i.a). Politsei lõpetab vägivalla, küsitleb osapooli, vaatab üle sündmuskoha, kuriteo tunnuste olemasolul alustab menetlust (olenemata ohvri soovist), vajadusel eemaldab vägivallatseja, täidab perevägivalla infolehe, jagab ohvrile infot edasise abi osas (Perevägivalla võrgustik, i.a.). Politsei reageerib vahetult perevägivalla sündmusele (kui on saanud vastava info) ning korraldab vägivalla ohvrile (vajadusel) meditsiinilise abi kutsudes kiirabi. Tegevusete ring, millega politsei tegeleb perevägivalla juhtumite korral, on lai - sotsiaaltöötajate ja lastekaitse töötajate informeerimine, kannatanute ohvriabi töötaja juurde suunamine, järelkontrolli teostamine vägivallajuhtumitega peredes, vägivalla toimepanijaga vestlemine, tema mõjutamine (Pettai ja Proos, 2015).

### ***Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad ja lastekaitsespetsialistid***

Kohaliku omavalitsuse (KOV) ülesanded on määratud kindlaks kohaliku omavalitsuse korralduse seadusega (KOKS, 2023). Sotsiaalhoolekande seaduse (SHS, 2023) alusel on KOV kohustatud osutama 13 sotsiaalteenust, millele lisaks võidakse korraldada ka teisi sotsiaalteenuseid. Vägivallajuhtumite kontekstis on asjakohased varjupaiga- ja turvakoduteenus. Mõlemad teenused peavad olema kättesaadavad inimestele nende elu ja

tervist ohustavasse olukordades (sh perevågivallaohvrid), kui inimene on langenud füüsilise, vaimse või seksuaalse vägivalla ohvriks (Kohaliku omavalitsuse..., i.a).

Lastekaitseseadus (LasteKS, 2021) defineerib KOVi ja lastekaitsetöötaja kohustused ja tegutsemisjuhised. KOV korraldab lastekaitset kohalikul tasandil ja loob vajalikud tingimused laste õiguste ja heaolu tagamiseks oma territooriumil. KOV-i sotsiaaltöötajad ja lastekaitse spetsialistid on perearstile esmasteks koostöö partneriteks perevågivalla juhtumitega tegelemisel. Tervishoiuteenuse osutaja vaatest on ainuke regulatsioon, mis määratleb koostöö kahe süsteemi vahel, sotsiaalministri määrus, mis sätestab kuni 18-aastaste lastele ennetavaid tervisekontrolle läbiviies vajadusel koostöö kohaliku omavalitsuse lastekaitse- või sotsiaaltöötajaga (Perearsti ja temaga..., 2021).

### ***Ohvriabiteenus***

Ohvriabiteenus on avalik sotsiaalteenus, mille eesmärgiks on hooletuse või halva kohtlemise, füüsilise, vaimse või seksuaalse vägivalla ohvriks langenud isikute toimetulekuvõime säilitamine või parandamine (Abi vägivalla ohvritele, i.a). Ohvriabi korraldus ja rakendus on Eestis Sotsiaalkindlustusameti ohvriabi osakonna ülesanne. Sotsiaalkindlustusameti ohvriabi (SKA OA) pakub abi vägivalla ennetamisel ja vähendamisel läbi nõustamis- ja pereteraapia teenuste, naiste tugikeskused ja tugiliinide näol. Viimati mainitu on olemas ka vägivallatsejale - vägivallast loobumise tugiliin (Abi vägivalla..., i.a). Ohvriabiteenust on kättesaadav igas Eesti maakonnas.

Ohvriabitöötajal on keskne roll vägivalla ohvritele suunatud tegevuse koordineerimisel ning koostöövõrgustike juhtimisel. Ohvriabitöötajad pakuvad emotsionaalset tuge ja jagavad informatsiooni abi saamise võimaluste kohta. Samuti juhendavad ja abistavad suhtlemisel riigi ja kohaliku omavalitsuse asutustega ning teiste ohvrite vajalikke teenuseid osutavate asutustega.

Ohvriabi seadus (2023) sätestab, et teave ohvriabiteenuse kasutamise võimaluste kohta on kättesaadav kohaliku omavalitsuse, politsei-, pääste-, tervishoiu-, hoolekande- ja muudes asjaomastes asutustes ning nende veebilehtedel.

### ***Naiste tugikeskused***

Ohvriabi seadus (2023) määratleb naiste tugikeskused liitteenusena, mille eesmärk on aidata kaasa naistevastase vägivalla ohvriks langenud naise vägivallast pääsemisele ja iseseisva

toimetuleku saavutamisele, pakkudes turvalist keskkonda ja nõustamist ning vajaduse korral ajutist majutust naisele ja temaga kaasas olevatele lastele. Tugikeksustes võimaldatakse vägivalla ohvrile ööpäevaringselt psühhosotsiaalset abi ja turvalist majutust, lisaks nii psühholoogilist kui juriidilist nõustamist. Tugikeskusi on käesoleval ajal kokku 14 ning neid rahastatakse läbi sotsiaalkindlustusameti (Abi vägivalla..., i.a).

### ***Seksuaalvägivalla kriisiabikeskused***

Seksuaalvägivalla kriisiabikeskustest (SAK) saab ööpäevaringselt abi, kui on toimunud vägivaldne seksuaalvahekord (sh vägistamine) või on inimest sunnitud tegema teisi seksuaalse sisuga tegusid (Abi vägivalla..., i.a). SAK pakub vahetut meditsiinilist abi seitsme ööpäeva jooksul vägivaldsest teost, samuti jätkutuge.

SAK-s pakkuvad meditsiinilist abi spetsiaalse ohvrikeskse väljaõppe saanud spetsialistid – naistearstid ja ämmaemandad. SAK teenuses osalevad lisaks tervishoiutöötajatele kohtumeditiini eksperdid, politsei, prokuratuuri esindaja. SAK-d asuvad Eesti nelja piirkonnas asuvate keskhaiglate – Tartu Ülikooli Kliinikumi, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Pärnu Haigla, Ida-Viru Keskhaigla – juures.

SAK teenuse toimimine, rahastus ja järelevalve - korraldatud sotsiaalkindlustusameti kaudu. Osaliselt tasub SAK teenuse eest ka haigekassa (alates 01.04. 2023 uue nimetusega Tervisekassa).

### ***Lastemaja***

Lastemaja on teenus, mida pakutakse seksuaalselt väärkoheldud, selle kahtlusega või kahjustava seksuaalkäitumisega laste abistamiseks (Abi vägivalla..., i.a).

Lastemajades töötavad lapse heaolu nimel erinevad spetsialistid: lastekaitsetöötaja, politsei, arst, psühholoog jt. Lastemaja meeskond hindab lapse olukorda ja abivajadust, uurib juhtumit ning pakub lapsele vajalikku abi. Lastemajad asuvad Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Jõhvis.

### **3. Perearsti väljakutsed perevägivaldajuhtumitega kokupuutel**

#### **3.1 Perearst tervishoiuteenuse osutajana**

Perearst on sellekohase eriala omandanud eriarst, kes on läbinud residentuuri või vastavad spetsialiseerumiskursused ning sooritanud perearsti eksami (Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend, 2021). Nimetatud tööjuhendis on loetletud perearsti töövaldkonnad ja tegevused. Eelkõige on perearsti ülesandeks pakkuda tervishoiuteenuseid oma nimistusse kuuluvatele inimestele. Koos pereõega osutab ta järjepidevat üldarstiabi, korraldab hooldust ja haigusi ennetavaid menetlusi vastavalt sotsiaalministri kehtestatud määrusele (Perearst ja temaga..., 2021).

Perearsti töö on Eestis reguleeritud 16 erineva õigusaktiga (Perearsti ja -õe käsiraamat..., 2022), vägivalla temaatika üheski neist nimetamist ei leia. Samuti ei käsitleta vägivallaga seonduvat peremeditsiini eriala arengukavas. Samas on pereõe tööjuhendis (Pereõenduse..., 2021) viidatud oskusele tähele panna ja hinnata võimalikku vägivaldada peres. Lähemat kirjeldust, milles oskus seisneb, dokument ei kajasta. Küll saab järeldada peremeditsiini professori Ruth Kalda 2020. aastal antud intervjuu (Altosaar, 2020) põhjal, et vägivalla temaatika on käesoleva magistritöö valmimise ajaks perearsti eriala omandamise õppekavas olnud viimased kümme aastat.

#### **3.2 Perearst vägivalla ohvri märkajana ja abistajana**

Eesti riiklikud vägivalla ennetamise strateegiadokumendid (Vägivalla..., 2015; VEKO 2021) rõhutavad vägivalla märkamise tõhustamise olulisust tervishoius. Magistritöö sissejuhatuses viidatud Euroopa Põhiõiguste Ameti raporti (FRA) (2014) andmetel pöörduvad vägivalla ohvrist naised enim abi järele just tervishoiusüsteemi. Raport rõhutab, et tuleb tugevdada tervishoiutöötajate rolli vägivallaohvritega tegelemisel, parandades nende oskusi vägivalla ohvri tuvastamisel ja abistamisel ning soodustades koostööd teiste vägivallaohvreid abistavate organisatsioonidega. Viidatakse, et lisaks perearstidele puudutab see oskus eriti lastearste, naistearste, kiirabiarste, ämmaemandaid, pere- ja kooliõdesid. Kuna perearst on tihtipeale inimese esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemiga, siis tema rolli perevägivalda märkamisel ja sekkumisel ei saa alahinnata.

Ühendkuningriigis tervishoiutöötajate seas läbi viidud uuringus perearstid küll nõustusid, et perevägivald on tervishoiuküsimus, ent samas tunnistasid, et neil puuduvad põhiteadmised vägivallast (Cann jt, 2001). Samas võib perearst paljudel juhtudel olla esimene inimene väljaspool perekonda, kes saab infot perevägivalla kohta (Richardson ja Feder, 1996). Mezey jt (1998) osundasid, et perearsti kabinet on parim koht („*right place*“) sensitiivsete küsimuste esitamiseks ning patsiendid hindasid seda turvaliseks.

Freund jt (1996) näitasid, et kui esmatasandi tervishoidu mistahes põhjusel pöördunud naiste tervise probleemi põhjuste täpsustamiseks lisati tavapärasele patsiendi poolt täidetavasse terviseseisundi küsimustikule (*self-reported health history*) küsimus perevägivalla kohta („kas partner on teid löönud või muul viisil füüsiliselt haiget teinud“), siis tõusis vägivalla tuvastamine 12% -ni võrreldes 0%-ga kontrollrühmas (naispatsiendid, kellelt ei küsitud). Uurijad tõdesid, et ka ainult üks küsimus võib aidata kaasa perevägivalla avastamisele. FRA raporti (2014) järgi oleks üheksale naisel kümnest (87%) vastuvõetav, kui arstid rutiinselt küsiksid neilt teatud vigastuste esinemisel vägivalla kohta. Sama raporti andmetel nõustusid sellega koguni 90% Eesti naistest.

Perevägivald on tabuteema ning sellest rääkimine võib olla ohvri jaoks keeruline. Bacchus jt (2002) osundasid, et paljud patsiendid ei võta initsiatiivi, et rääkida perevägivallast oma perearstile, isegi siis, kui nad on valmistunud selleks kui seda küsitakse. See kinnitab asjaolu, et vägivallaohvrid soovivad, et arst tunneks ära nende raske olukorra ja pakuks kohehõlpsalt nõu ja teavet, mida nad saavad teha ja kuhu pöörduda. Peamised põhjused, miks ohvrid arsti poole ei pöördu, on ühelt poolt häbi- ja süütunne, et abikaasa/elukaaslane kohtleb oma naist nii julmalt. Teiselt poolt kardavad ohvrid, et arst võib teatada politseile ja selle tulemusena võidakse meest karistada, isegi vangistada (Proos ja Pettai, 2003).

Eestis 2003. aastal läbi viidud uuringus „Vägivald ja naiste tervis“ (Proos ja Pettai, 2003) tunnistasid vägivalla ohvrid, et ootavad perearstilt eelkõige infot, kuidas edasi toimida ja kuhu veel abi saamiseks pöörduda. Ligi pooled ohvritest sooviksid arstilt saada ka hingeabi ja moraalselt toetust.

Kui uuringud näitavad, et täiskasvanud ohvrid teatavad harva oma vägivallakogemusest arstile, siis laste puhul võib olla see veel vähem tõenäolisem. Laste puhul käituvad vanemad või hooldajad kui "väravavahid", otsustades sageli lapse tegevuse väljaspool kodu, asutused, millega nad kokku puutuvad ning isikud, kelle käest sotsiaalset tuge ja abi küsida (Thompson, 2014).

Perearstid puutuvad igapäevatoos kokku oma nimistutes olevate lastega läbi rutiinsete tervisekontrollide, vaksineerimiste või haiguspuhuste visiitide. Seega on neil võimalus märgata olukordi, mis võiksid viidata perevägivallale nii lapsega vesteldes ja/või teda läbi vaadates. Kliinilises töö käigus (vastuvõtul) võivad perearstid mõista lapse abivajadust kui tunnet, et „see ei ole normaalne“ (Lykke jt, 2008). Selle reaktsiooni võivad esile kutsuda lapsel esinevad sümptomid, vanemate narratiiv lapse igapäevaelust, lapse ja vanemate suhtlus ja käitumine arsti konsultatsioonil.

Kriitilise tähtsusega on, et lastega töötavad spetsialistid oskavad märgata perevägivallale või hooletusse jätmisele viitavaid nii otseseid kui ka kaudseid signaale ning ka selliseid märke, kus laps sõnaselgelt abi ei küsi (Espenberg jt, 2022).

Kuigi lapsed on arsti vastuvõtul enamasti vanematega, on arstil võimalus ka lapsega üks-ühele vestelda ning vanem(ad) arstikabinetist välja saata. Selle õiguse määratleb ÜRO lapse õiguste konventsioon (LÕK) (1991), mis väärtustab last kui autonoomset õigussubjekti. LÕK käsitab last samal ajal nii erilist kaitset ja hoolitsust vajavana kui ka võimelisena ise oma elu puudutavas kaasa rääkima. Mida vanem ja küpsem on laps, seda suurem kaal tuleb anda tema arvamusele (Aru ja Paron, 2015).

Iga perearsti nimistus on eakaid inimesi ning sõltuvalt nimistu profiilist võivad eakad moodustada sellest märkimisväärse osa. Eakad on ka keskmisest sagedasemad perearsti vastuvõtul käiv patsientide rühm seoses krooniliste haiguste ja muude eakusest tulenevate tervisemurede tõttu. Mitmete autorite (McCreadie jt 2000, Yaffe ja Tazkarji, 2012) sõnul on eakate vastane vägivald alaraporteeritud perearstide poolt, sest perearst ei tunne seda ära. Eakate nähtamatus vägivalla ohvritena on tingitud asjaolust, et spetsialistid seostavad vigastusi, segadust ja depressiooni üksnes vanusega seotud probleemidega (Eakate vägivalla..., 2020). Eakate väärkohtlemine on ka eakate haigestumuse ja suremuse oluline põhjus (Yaffe ja Tazkarji, 2012). Kuigi perearstidel on hea positsioon eakate väärkohtlemise tuvastamiseks, on nende tegelik väärkohtlemisest teatamise määr madalam kui teiste elukutsete puhul. Põhjused, miks tervishoiutöötajad ei tee juhtumite tuvastamise otsuseid, hõlmavad teadmiste puudumist eakate väärkohtlemise, selle levimuse, nähtude ja sümptomite, riskitegurite ja vägivalla toimepanija kohta (McCreadie jt 2000; Taylor jt, 2006).

Rahvusvahelised uuringud on näidanud, et kõige tõhusam meetod mitmete terviseprobleemidega eakatele tervishoiuteenuste pakkumisel on igakülgne geriaatriline hindamine (Kolk, 2018). Geriaatrilise hindamise eesmärgiks on multiprobleemse toimetulekuhäirega täiskasvanu ehk geriaatrilise patsiendi tervisliku, funktsionaalse ja

sotsiaalse seisundi hindamine (Šved-Pantelejeva, 2016). Hindamisprotsessis osaleva multidistsiplinaarse meeskonna (geriaatria-alase ettevalmistusega arst, õde, sotsiaaltöötaja ning vajadusel teised spetsialistid) abil saaks lisada tervise näitajate hindamisele tuvastada ka vägivallale viitavate tunnuseid, näiteks eakate väärkohtlemise ja/või enese hooletusse jätmine.

Siinkohal peatun meditsiinieetikal, mis on arstliku tegevuse üks alustalasid. Meditsiinieetika põhiprintsiip on isikuautonoomia austamine (Soosaar, 2020). Autonoomia all mõistetakse isiku võimet ja võimalust teha enda kohta otsuseid ning teisalt tähendab see ka kohustust austada autonoomsete isikute otsuste tegemise võimekust. Soosaare (Soosaar, 2020) poolt viidatud autonoomia kontekst on seotud eelkõige raviotsutega ja patsiendi kaasatusega sellesse. Eelpool kirjeldatud autonoomia printsiipi (ehk patsiendi arvamus) ei rakendata kui on oht patsiendi elule. Laste puhul rakendub lastekaitseeadus (LasteKS, 2023), mis kohustab kõiki isikuid teavitama abivajavast või hädaohus olevast lapsest.

Perevägivalla teema on tundlik ja selle käsitlemine peab olema delikaatne. Ühelt poolt perearst kui vägivalla märkaja, ja teiselt poolt ohver, kes ei soovi, ei taha või kardab sel teemal rääkida. 2014. aastal Eesti Avatud Ühiskonna Instituudi ja Tartu Ülikooli peremeditsiini õppetooli (Proos ja Pettai, 2013) koostöös läbi viidud tervishoiutöötajate küsitluse tulemused näitasid, et perearstidel on sageli keeruline perevägivalla all kannatavaid patsiente nõustada, sest puudub vajalik ettevalmistus, ei jätku aega ning juhtumitesse sekkumist ei peeta arsti ülesandeks. Samas olid siiski üle poole (59%) perearstidest oma igapäevatöös lisaks meditsiinilisele abile aidanud ohvraid. Valdavalt on perearstid olnud nõustaja rollis, soovitades ohvril pöörduda teiste spetsialistide nagu psühholoog, perenõustaja, politsei, juristid jt poole.

Perearst ei pruugi somaatiliste ja/või psühhosomaatiliste kaebuste taga esimese asjana vägivallada kahtlustada. Kui ohver ise ei räägi ise ja arstil puudub vastav ettevalmistus küsida „õigeid“ küsimusi või oskus märgata vägivallale viitavaid tunnuseid, siis võimalus, et vägivalla ohver võib jääda adekvaatse abita.

Perevägivalla ohvrite abistamine perearsti poolt saab toimuda otseselt läbi tervishoiuteenuse osutamise (füüsilise ja/või vaimse tervise probleemid) ja/või läbi nõustamise, edasisuunamise teiste toetavate teenusepakkujate juurde. Et perearst saaks tõhusalt abi osutada, peab ta omama teadmisi perevägivallale viitavates märkidest, vägivalla ohvri nõustamisest ja sekkumisvõimalustest.

### 3.3 Sekkumisjuhised ja skriiningküsimustikud

Juba möödunud sajandi 90-ndatel osundas Ameerika Arstide Assotsiatsioon, et perevägivallaalaste teadmiste ja koolituse puudumine võib kaasa aidata sellele, et tervishoiuteenuste osutajad ei suuda ära tunda ja õigesti tõlgendada perevägivallaga seotud käitumist (McClure, 1996). Uuringus toodi välja tervishoiutöötaja võimalused nii esmaseks (vägivallast teadlikkuse tõstmine jms tegevused) kui sekundaarseks (meditsiinilise abi osutamine) sekkumisteks perevägivalla korral.

Käesoleva magistr töö konteksti arvestades peatun pikemalt sekundaarsel sekkumisel, mis on suunatud vägivallast tingitud terviseprobleemi varajasele tuvastamisele ja abi osutamisele. McClure jt (1996) arvates peaks vägivalla hindamine olema rutiinne sünnieelse või ka muu tervishoiuga seotud külastuse puhul. Vägivalla kohta konkreetsete küsimuste esitamine eeldab aga vägivalla probleemi ära tundmist ja valmidust aidata. McClure jt (1996) andmetel esines vägivallast teatamist naiste endi poolt vägivallaga seotud küsimustikule vastates 8% juhtudest. Kui sarnaseid küsimusi esitas arst, siis teatati vägivallast oluliselt rohkem - 29%. See fakt ilmestab, kui olulised on arsti teadmised ja oskused vägivalla teema käsitlemiseks.

Suurbritannias on riiklik soovitus tervishoiutöötajatel esitada kõikidele naispatsientidele küsimus perevägivalla esinemise kohta (Ramsay jt, 2012; Richardson jt, 2002). Rasedusaegne regulaarne perevägivalla kohta küsitamine naistekliinikutes võib suurendada selle varajast avastamist ja annab võimaluse pakkuda naistele abi (Bacchus jt 2002).

Perevägivald tuleb käsitleda delikaatselt, sõltumatult ohvri vanusest ja soost. Perttu ja Kaselitz (2006), kes keskendusid naisohvritele, toovad välja, et naistel ei ole kerge rääkida vägivallast perearstidele, kui perearstid tunnevad kogu perekonda (kaasa arvatud vägivaldselt käitunud mees). Naine tunneb end küll ohvrina, ent sellest rääkides võib ta kogeda nii hirmu-, süü- kui häbitunnet. Naised leiavad, et sellest tundlikust teemast rääkimine on raske, ohtlik ja piinlikkust tekitav (Perttu ja Kaselitz 2006).

Enamik naisi ei reeda tervishoiutöötajale, et nad on oma lähisuhtepartneri vägivalla ohvrid, kuigi nad pöörduvad abi saamiseks kõige sagedamini just tervishoiuasutustesse. Kuna suur osa tervishoiutöötajatest ei küsi lähisuhtevägivalla kohta, jääb enamik juhtumeid avastamata (Bacchus jt, 2004).

Perttu ja Kaselitz (2006) sõnul peaks küsitamine peaks põhinema standardiseeritud skriiningküsimustikel ja seda ei tohiks läbi viia ilma eelneva koolitusega.

### ***Juhendid, küsimustikud vägivalda tuvastamiseks***

Meditsiinis on skriiningu ehk sõeluuringu eesmärgiks leida üles haiguseelsed seisundid ja/või haigused nende varastes staadiumites, kui veel ei ole kujunenud sümptomeid ehk haigustunnuseid.

Vägivalda tuvastamiseks ja sekkumisstrateegiate väljatöötamiseks tulevaste kahjude ennetamiseks on kasutusel erinevaid skriiningu küsimustikke, nn skriiningu tööriistad („tools“) (McKibbin, 2016). Küsimustike rakendamise eesmärk on läbi nende tuvastada riskifaktorid, mis viitavad vägivalda esinemisele. Struktureeritud ankeedi alusel riskide hindamine aitab spetsialistil kõige paremini sekkumisi planeerida ning tulevast vägivalda ennetada (Klaar ja Kass, 2022). Tervishoiutöötaja peab olema koolitatud vägivaldale viitavatest märkidest – nii objektiivsetest, mis on silmale nähtavad ja tuvastavad kui vestluse käigus ohvrielt kogutud infost.

Üks pikemaajaliselt Eestis kasutusel olnud juhendeid on seksuaalvägivalda ohvrite abistamise juhend (Laanpere ja Part, 2016), mida kasutatakse seksuaalvägivalda kriisiabiüksustes, ent ka naistearstide ja ämmaemandate poolt võimaliku vägivalda kahtluse korral. Juhend (Laanpere ja Part, 2016) sisaldab „miinimumpaketi“ teadmistest, mida vajatakse seksuaalvägivalda ohvri seisundi mõistmiseks ning abi osutamiseks, ja on suunatud peamiselt tervishoiuasutuses esmaselt ohvritega kokku puutuvatele meedikutele. Üks juhendi peamisi eesmärke on võimaldada abiandjal selles nõudlikus situatsioonis keskenduda lisaks (kohtu)meditsiinilisele tegevusele ka kriisiolukorras oleva ohvri psühholoogilisele toetamisele ja järelravile suunamisele, ennetamaks ohvri edasist haigestumist.

2022. aastal valmis sotsiaalkindlustusameti ohvriabi (SKA OA) poolt Euroopa Majanduspiirkonna ja Norra finantsmehhanismi toetusel juhendmaterjal tervishoiutöötajatele riskihindamise läbiviimiseks lähisuhtevägivalda juhtumite korral (Klaar ja Kass, 2022).

Värskeima näitena saab tuua 2023. aasta veebruaris justiitsministeeriumi ja üle-euroopalise kuriteoohvrite katusorganisatsiooni (*Victim Support Europe*) koostöös projekti „Kuriteoohvrite kaitse Eestis“ raames piloteeritud tegevusjuhendi meditsiinitöötajale (Kuriteoohvrite..., i.a.). Selles juhendis antakse 'läbi kuue sammu' suunised, kuidas võimaliku vägivalda ohvriga kokkupuutel talle läheneda – kuidas ohvrit märgata, kuulata, pakkuda esmast inimlikku tuge või suunata abi saama ning aidata taastada tema turvatunnet. Juhendis on toodud viited, kuidas ja kelle poole saab täiskasvanud või alaealisi ohvreid abi saamiseks edasi suunata. Samuti on sinna lisatud abi andjate ja tugiteenuste võrgustiku kontaktid.

Samuti on justiitsministeeriumi initsiatiivil käsil kehakaardisüsteemi kasutuselevõtu projekt (Kuriteohvrite..., i.a). Kehakaart on dokument, millele nimetus tuleneb ühel leheküljele joonistatud inimkehast, mis kujutab endast abivahendit vigastuste süstemaatiliseks dokumenteerimiseks. Sellele saab märkida, kus on patsiendi kehal vigastused.

Eelpool loetletud juhendmaterjalid vägivalla ohvrite tuvastamiseks ja riskihindamiseks on leitavad vastavate institutsioonide - sotsiaalkindlustusamet ja justiitsministeerium - veebilehtedelt. Infot selle kohta, mil moel need materjalid ja/või koolitused nende rakendamiseks tervishoiutöötajateni (k.a perearstideni) jõuavad, polnud leitav.

### **3.4 Perearst võrgustiku liikmena ohvrite abistamisel**

Riiklikud vägivalla ennetamise strateegiad rõhutavad vägivallaga kokku puutuvate spetsialistide ühise arusaama olulisust vägivalla olemusest, selle riskiteguritest ja mõjust ning ennetamise viisidest (Vägivalla..., 2015; VEKO, 2021). Võtmetegurina tuuakse välja eri valdkondade ja asutuste aktiivne koostöö. Vägivallajuhtumitega tegelemine ja nende ohvrite abistamine hõlmab koostööd õigus-, sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi vahel.

Vägivallajuhtumite edukas lahendamine eeldab nii menetlemisel kui ka toetavate teenuste tagamisel võrgustikku, kuhu kuuluvad õiguskaitseasutused, omavalitsus, ohvriabi, tugikeskused, tervishoiuasutused jt (Perevägivald, i.a). Erineva taustaga spetsialistide koostöö huvides on vaja ühist taustateadmist ja sarnast arusaama vägivallas, mis eeldab spetsialistide koolitamist ja koostöö soodustamist.

Võrgustikutööd võib defineerida kui inimestevahelist, organisatsioonidevahelist ning inimeste ja organisatsioonidevahelist koostööd, mille käigus omavahel kokku puututakse, suheldakse ning vajadusel sekkutakse inimeste ja/või organisatsioonide ellu ja tegevusse, et aidata neid kriisiperioodidel (Medar jt, 2012). Hans Van Ewijk (2017) viitab, kui Eestis räägitakse võrgustikutööst, peetakse selle all üldjuhul silmas osalemist erineva taustaga spetsialistide võrgustikes. Just see asjaolu iseloomustabki multidistsiplinaarset vägivalla ennetamisele ja vähendamisele suunatud võrgustikku.

Keerukaks võib koostöö teha asjaolu, et taustsüsteemid (tervishoid, õiguskaitse, sotsiaalsüsteem) praktikas toimivad autonoomselt ja üksteisest sõltumatult. Nii on näiteks tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem igapäevane toimimine suures pildis üsna teineteisest sõltumatud – ollakse justkui koos, ent siiski eraldi. Valdkonnadki on juhitud erinevate ministrite poolt –

vastavalt terviseminister ja sotsiaalkaitseminister, seadusandlusest ja ressurssidest (nii rahalised kui inimressursid) rääkimata.

Eestis on vägivalla vähendamiseks ja ennetamiseks ning ohvrite abistamiseks riiklikul tasandil ellu kutsutud koostööle toetuv võrgustik, mille koordinaatoriks on kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja. Justiitsministeeriumi andmetel peaksid kuuluma võrgustikku teiste spetsialistide hulgas ka perearst ja pereõde (Perevägivald, i.a).

Juba 2014. aastal alustati Eestis projektiga „Ühtse süsteemi ülesehitamine lähisuhtevägivalla tõkestamiseks Eestis“, mille eesmärgiks oli, et kõik lähisuhtevägivalla ohvritega tegelevad spetsialistide teaksid, milline on nende roll vägivalla ennetamisel ja tõkestamisel ega ei jääks nn „hülle tsoone“ (Proos jt, 2015). Ootus oli, et ühtne süsteem, kus igal spetsialistil on oma kindlaksmääratud roll, võimaldab paremini vägivalda ennetada ja õigeaegselt sekkuda ning ära hoida raskeid juhtumeid.

Eelpool nimetatud projekti raames viidi läbi ekspertküsitlusi, mis hindasid tervishoiutöötajate (perearst, naistearst, ämmaemand) valmisolekut ja suutlikkust osutada perevägivalla ohvritele professionaalset abi ning teha koostööd teiste institutsioonidega (Proos jt, 2015). Perearstid hindasid kõige paremaks koostööd sotsiaaltöötajatega - veidi enam kui pooled vastanutest hindasid koostöö heaks või väga heaks. Teiste võrgustikuliikmetega – politsei, ohvriabi spetsialist- koostööd nii positiivselt ei hinnatud. On selge, et kõik perearstid ei saa kuuluda perevägivalla võrgustikku, ent on oluline, et nad on teadlikud võrgustikust ja selle abivõimalustest vägivalla juhtumite käsitlemisel.

Alates 2016. aastast on sotsiaalkindlustuse ohvriabi juhtimisel rakendatud riskis olevate perede, sealhulgas lähisuhtevägivalla probleemide all kannatavate perede abistamiseks võrgustikutöö meetodit MARAC (*Multi-Agency Risk Assessment Conference*), mis eeldab ka tervishoiutöötajate kaasamist. MARAC eesmärk on tagada perevägivalla ohvri turvalisus ja vähendada vägivalla kordumise võimalust ning läbi võrgustiku (politsei, kohalik omavalitsus, ohvriabi, tervishoiuasutus jt) koostöö tagada ohvrile (ja tema lastele) kaitse, tervis ja heaolu (Raudsepp, 2017). MARAC on suunatud eelkõige kõrge vägivalla riskiga juhtumite lahendamiseks. Võimalikule kõrgele riskile viitavad näiteks vägivalla korduvus ning selle eskaleerumisvõimalus, vahetu ja jätkuv risk kannatanu elule ja tervisele, konflikt või vägivald lapse juuresolekul, lapse suhtes või laste olemasolu peres, haavatavas olukorras inimesed (eakas/pensionär, vaimse tervise probleemid, puudega inimene, rasedus) (MARAC juhendmaterjal..., 2019).

MARAC meetodis rõhutatakse meditsiinasutuste kaasamise olulisust MARAC meeskondadesse, kuna perevägivalla kaasnevate vigastustega pöördub kannatanu sageli tervishoiuasutuste poole (Raudsepp, 2017). Kas ja mil määral on perearstid kaasatud MARAC võrgustikku pole teada. Perearsti kaasamist võiks toetada asjaolu, et reeglina teab ta konkreetse inimese elu- ja haiguslugu ning saab seeläbi panustada ohvri toetamise võimalustesse.

Vägivalla ennetamise strateegia (VES) 2015-2020 lõpparuande (Vägivalla..., 2021) põhjal oli 2020. aasta lõpuks igas Eesti maakonnas loodud vähemalt üks MARAC, suuremates rohkem – kokku 19 MARAC-i. MARAC-is osalevate asutuste hulka kuuluvad ohvriabi ja politsei (MARAC-i eestvedajad piirkonnas), prokuratuur, naiste varjupaigad, kohaliku omavalitsuse ja lastekaitse esindajad ja aina sagedamini ka tervishoiuasutuste esindajad.

## **PROBLEEMISEADE**

WHO (2002) on defineerinud perevägivalla kui tõsise rahvatervise probleemi. Perevägivalla kogemine põhjustab ohvrile füüsilisele kui vaimsele tervisele. nii lühi- kui ka pikaajalisi tagajärgi.

Erinevad rahvusvahelised uuringud on näidanud, et tervishoiuasutused on kohad, kuhu vägivalla ohvrid vägivallast tingitud probleemide tõttu kõige sagedamini pöörduvad (FRA, 2014). Samuti rõhutab vägivalla ennetuse kokkulepe (VEKO, 2021) tervishoiutöötajate rolli suurendamist perevägivalla varajasel märkamisel ja ohvrite abistamisel. Et perearst on tihti peale inimesele esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemiga, siis on neil oluline roll vägivallajuhtumitega tegelemisel ja ohvri abistamisel.

Eestis on varasemalt küsitlusuuringutega uuritud perearstide rolli perevägivallajuhtumite sekkumisel ja ohvrite abistamisel.

Minu magistritöö eesmärk on välja selgitada perearstide kogemused perevägivalla juhtumitega tegelemisel.

Eesmärgist lähtuvalt püstitasin järgmised uurimisküsimused:

- Milline on perearstide kokkupuude perevägivalla juhtumitega oma igapäevatoos?
- Kuidas perearstid kirjeldavad enda rolli perevägivalla ohvrite märkajana ja abistajana?-
- Missugused on perearstide kogemused võrgustikutööst perevägivalla ohvri abistamisel?
- Millist tuge perearstid vajavad perevägivalla ohvri tõhusaks abistamiseks?

## **2. METOODIKA**

### **2.1. Metodoloogiline lähtekoht**

Uurimuse metodoloogiliseks lähtekohaks on kvalitatiivne uurimisviis, mis on suunatud inimeste kogemuste, arusaamade ja tõlgenduste mõistmisele ning on sobilik uurimustööde puhul, mille eesmärgiks on nähtuste tähenduse, mõtteprotsesside ja emotsioonide väljaselgitamine (Laherand, 2008).

### **2.2 Andmekogumismeetod ja valimi kirjeldus**

Uurimustöö andmed kogusin kvalitatiivsete poolstruktureeritud intervjuudega. Poolstruktureeritud intervjuu puhul on teemad ette teada, ent küsimused pole eelnevalt täpselt sõnastatud ega järjestatud (Virkus, 2016). Küsimused võivad olla eelnevalt formuleeritud, ent uurija saab otsustada, mida ja millal on otstarbekas küsida. Olulisimad on temaatilised küsimused, milles sisaldub kogu teemade ring, mida intervjuus käsitleda tahetakse (Lagerspetz, 2017).

Intervjuude läbiviimiseks valmistasin ette intervjuukava (vt Lisa). Intervjuukava on juhis, millel uurija intervjuud tehes toetub (Lagerspetz, 2017). Kava sisaldas järgmisi teemasid: kokkupuuted perevägivalla juhtumitega, perearsti kogemused vägivalla ohvrite märkamisel ja abistamisel, kogemused võrgustikutööst perevägivalla ohvri abistamisel, perevägivalla ohvri tõhusat abistamist toetavad tegurid.

Uuritavateks oli 8 perearsti. Uurimuses osalenud arstid leidsin mugavusvalimi põhimõttel – kasutasin nii enda kui kolleegide kontakte perearstisüsteemis. Intervjueeritavate perearstide valiku kriteeriumiks oli tingimus, et nad on töötanud perearstina ühes praksises vähemalt 5 aastat. Lisatingimuseks valisin asjaolu, perearstide praksised asuksid erinevates Eesti piirkondades.

Kokku viisin läbi seitse intervjuud perearstidega seitsmest erinevast perearstikeskusest. Kuue perearstiga tegin individuaalintervjuud ja üks oli paariintervjuu, mille puhul oli tegemist ühes perearstikeskuses töötavate kolleegidega.

Intervjueeritavate hulgas oli seitse naist ja üks mees. Uuringus osalejate vanus jäi vahemikku 35 – 56 eluaastat ning perearsti staaž ulatus 8 kuni 25 aastani. Perearstide nimistute suurus ehk patsientide arv nimistus oli keskmiselt 1800 inimest.

### **2.3 Uurimuse käik**

Alustasin magistritööks jaoks intervjuude kokku leppimisega juba 2021. aastal. Minu magistritöö kirjutamine sattus koroonapiirangute ajale, siis osutus see takistavaks teguriks perearstide kaasamiseks uurimustöösse.

Arstidega leppisin kokku nii e-kirja kui telefoni teel. Kaheksast valitud perearstist kuus arsti nõustusid koheselt intervjuudega. Ülejäänud kahega suhtlesime veel korduvalt e-kirja teel. Üks neist keeldus lõpuks ajapuuduse tõttu. Teise perearstiga kujunes küll pikem kirjavahetus, ent lõplikku vastus temalt ei saanudki.

Enne intervjuude läbiviimist saatsin uurimuses osalevatele perearstidele e-kirja, milles tutvustan uuringu eesmärki ja meetodit. Intervjuudeks leppisime kokku intervjuueeritavale sobiliku aja ja koha. Algselt oli plaan intervjuud läbi viia silmast silma kohtumistena, ent kehtivate koroonapiirangute tõttu toimusid vestlused Teams' keskkonnas. Enne intervjuude alustamist leppisime kokku konfidentsiaalsuse põhimõtetes.

2022. aastal veebruari-märtsi jooksul viisin läbi intervjuud kuue perearstiga Eesti erinevatest piirkondadest. Lisaks toimus 2022. aasta novembris kahe perearstiga paariintervjuu silmast silma kohtumisena perearstikeskuses. Paariintervjuuni jõudsin arstide soovil. Kuna konkreetsed perearstid asusid piirkonnas, kust uurimuses osalejaid varasemalt ei olnud, sain laiendada ka geograafilist hõlmatust. Paariintervjuu toimus vene keeles, kui jäin mõne terminiga hätta, kasutasin eesti keelt.

Intervjuud salvestasin mobiilitelefoni vastava programmiga ning hiljem transkribeerisin. Intervjuude kestuseks oli 40 kuni 70 minutit. Transkriptsiooni teostamise järgselt lindistatud intervjuud kustutasin. Uuringu käigus kogutud andmed (transkribeeritud intervjuud) säilitasin isiklikus arvutis parooliga suletud failis. Intervjuueeritavate andmed esitan nimeta, nende eristamiseks kasutan tähe- ja numbrimärke sisaldavaid kombinatsioone (nagu Arst\_1, Arst\_2 jne). Intervjuudes toodavate võimalike näidete puhul kasutan infot isikustamata kujul.

### **2.4 Andmeanalüüsi meetod**

Uurimustöö raames läbiviidud intervjuude transkriptsioonide puhul kasutan kvalitatiivset sisuanalüüsi, mis lihtsustab kvalitatiivsete andmete hulgast sarnaste mustrite otsimist ja aitab leida andmetes peituvad tähendused ja mõtted (Laherand, 2008). Käesoleva uurimustöö puhul on sobilikum temaatiline sisuanalüüs, sest intervjuudes on käsitletud leidnud kindlad teemad, mille kohta uurijana soovisin infot saada.

## 2.5 Eneserefleksioon

Minu sotsiaaltöö ja -poliitika magistriõppe eelne haridus ja ka erialane töö on seotud tervishoiusüsteemiga ning sellest tulenevalt oli kindel soov leida lõputööks teema, mis käsitleks kahe süsteemi kokkupuuteala. Paraku kujunes konkreetse teema leidmine üsna aeganõudvaks nii objektiivsetel kui subjektiivsetel asjaoludel.

Perevägivalla ja esmatasandi meditsiini teemani jõudsin õppejõudude Marju Selg ja Merle Linno kaasabil. Esimene pöördumine Tartu perearstide poole toimus 2021. aasta alguses, kui saatsin Tartu suuremates perearstikeskustes töötavatele perearstidele e-kirjad uurimustööst ja selle eesmärkidest. Esmase tagasiside (õigemini praktiliselt selle puudumine) oli pettumust valmistav. Seoses akadeemilisele puhkusele jäämisega võitsin aega võimalike intervjueeritavate leidmiseks.

Perevägivalla teema avamine perearstidele ja sel teemal intervjuerimine minu jaoks ei olnud raske. Raske oli pigem arstidel meenutada juhtumeid praktikast ning see asjaolu esitas mulle kui uurijale väljakutse, kuidas teemat piisavalt avada perearsti jaoks ning seeläbi andmeid uuritava valdkonna kohta koguda. Minu uurimus põhines poolstruktureeritud intervjuudel, siis ettevalmistatud küsimustikku kasutades ning vestluste käigus muutusin teema käsitlemisel ka ise osavamaks.

Üksjagu keerukaks ja aeganõudvaks kujunes magistritöö teoreetiline pool. Vägivalla, sh perevägivalla teema on lai, sellest on erinevaid uurimusi, analüüse, on vaadeldud ohvri vaadet, kirjeldatud erinevaid abistavaid teenuseid jne. Oluliselt keerulisem oli leida asjakohaseid uurimusi perearsti rollist meil ja mujal.

Intervjuude tulemuste analüüs osutus väljakutsuvamaks kui oskasin eeldada. Ühelt poolt oli intervjuude materjali kokku praktiliselt kaheksa tundi, ent transkriptsioonijärgselt oli veidi murelik, kas uurimuses kogutud andmed on piisavad töö eesmärgist lähtuvalt. Teataval määral osutus segavaks faktoriks ka minu meditsiiniline haridus ja teadmised, mis tulemuste interpreteerimist mõjutama kippusid. Eesmärk oli uurijana jääda kogutud andmete sõltumatuks tõlgendajaks.

Ent hea meel oli tõdeda, et intervjuude kasutegur oli kahepoolne. Nii andis üks perearstidest tagasisidet, et tänu meie vestlusele teadvustab ta perevägivalla teemat enam. Ühte perearstikeskusesse kutsuti mind tagasi ka uurimustöö lõpptulemus tutvustama.

### 3. TULEMUSED

Selles peatükis esitan oma uurimustöö tulemused perearstide kokkupuutest perevägivalda juhtumitega igapäevases töös perearsti praksises.

#### *Kokkupuuted perevägivalda juhtumitega*

Palusin intervjuueeritavatel kirjeldada kokkupuuteid perevägivalda juhtumitega, näiteks kas on inimesed otse pöördunud vägivalda tõttu või on arst ise märganud perevägivaldale viitavaid märke. Osad intervjuueeritavad olid raskustes konkreetse(te) kogemuse(te) meenutamise ja nii mõnelgi polnud tuua näidet, kus oleks inimene ise pöördunud või arstil endal kahtlus tekkinud. Üsna ilmekalt joonistus välja, et perevägivalda defineeritakse eelkõige läbi naistevastase vägivalda.

Arst\_3: „...aga mul ei ole sellist kogemust, et naisterahvas, et tuleks see perevägivald jutuks...“

Samas olid osadel uuritavatel käepärast näited praktikast, peamiselt juhtumitest, kus naine on rääkinud arstile paarisuhtevägivalda kogemusest.

Arst\_5: „Jah, et naisterahvad on ikkagi tulnud siia, mõni on isegi tulnud ja öelnud, et tal on mees on vägivaldne ja kirjeldanud väga konkreetset neid lugusid....“

Näiteks olid ka juhtumid, kus arst oli teadlik, et peredes esineb või on esinenud füüsilist vägivalda.

Arst\_4: „Mul tulevad kohe meelde minu pered, kus ma tean, et pere sees on lähisuhtevägivald, eesti keeles öelduna mees peksab naist.“

Intervjuudest saadud üldmulje põhjal saab öelda, et perevägivaldaga kokkupuuted on olnud pigem harvad. Enamasti olid n-ö üksikute juhtumite kirjeldused. Vestluste jooksul tekkis arusaam, et arstid püüdsid tagantjärele tõlgendada olukordi, mis võisid viidata võimalikule perevägivaldale. Samuti jäi mulje, et mitte kõikidel kirjeldatud juhtudel („tean, et kodus mees peksab“) polnud inimene pöördunud perearstile vägivalda tõttu. Küll tunnistasid uurimuses osalejad, et kuigi kokkupuuteid praktikas on vähe ette tulnud, siis kindlasti on probleem olemas, iseasi kas sellest perearstile räägitakse.

## ***Vägivalla märkamine***

Intervjuudes käsitlesin perearstide valmisolekust olla ise aktiivne osapool vägivalla märkamisel. Arstide hinnangud, kas on keeruline rääkida perevägivalla teemadel, olid erinevad. Näiteks nenditi, et kui ollakse pikalt töötanud, pole enam mingeid tabusid, samas tunnustati oskuste puudumist vägivalla märkamisel. Teisalt väljendati kartust, et kui olla proaktiivne, siis võib patsient seda pahaks panna - „... *et issand jumal, mida te ometi mõtlete*“ (Arst\_1). See viitab justkui arusaamale, et perevägivald on tabuteema ja sellest pigem ei taheta rääkida.

Mitmed intervjueritud arstid arvasid, et neile perevägivallast väga ei räägita.

*Arst\_2: „Kui inimene ei tule sellest rääkima, ma võin küll kahtlustada, aga inimene ei tule väga sellest rääkima...“*

Oli ka arvamus, et vägivalla probleemi märkamiseks peaks arst inimest piisavalt sageli nägema. Üksikute harvade kohtumiste põhjal on raske saada tervikpilti inimese eraelus toimunud muutustest.

*Arst\_6: „Ma siiski arvan, et mõnda asja võid märgata, aga inimesed ei käi nii tihti meie juures, et ma oskaksin neid asju näha, et võibolla...et midagi märgata pean aru saama, et midagi on muutunud, inimest suht tihedalt nägema, kui näed episoodiliselt, siis raske öelda, et midagi...“*

Vägivalla märkamise kontekstis joonistus välja, et perearstid tunnevad end ebakindlalt, kuna ei tunne vägivallale viitavaid märke. Arstide sõnul pole neil teadmisi, kuidas nad peaksid vägivalla juhtumi puhul toimima, millist nõu andma või kuhu ohvri suunama.

*Arst\_2: „... ma võin seda [vägivalla probleemi] märgata ja öelda, et pöörduda kusagile, aga ma ei ole pädev nagu teda nõustama“.*

Ühelt poolt jäi küll kõlama tõdemus, et intervjueritavatel pole probleemi patsiendiga vägivallast rääkida, teisalt tunnustati teadmiste ja oskuste puudumist, et vägivallale viitavaid märke ära tunda.

Erinevatest vägivalla liikidest nimetasid arstid eelkõige füüsilist ja vaimset vägivalda, mida patsiendid olid kogenud. Intervjueritavate arvates pöörduakse suurte vigastuste korral reeglina erakorralise meditsiini osakonda abi saamiseks. Füüsilise vägivalla juhtumite puhul nimetasid uuritavad peksmist ja käte sahtli vahele löömist.

Mõned arstid rääkisid, et on märganud verevalumeid inimesel. Arstidele tundusid need kahtlased, pigem vägivalle viitavad kui lihtsalt kukkumised, siis nad ka küsisid nende päritolu kohta. Patsiendid pigem eitasid vägivalda. Uuritavatel oli kogemusi, kus nende juurde pöördunud naispatsient soovis füüsiliste vigastuste („sinikad“) fikseerimist, et seda hiljem vajadusel vägivalle tõendamiseks kasutada. Perearstid nentisid, et ei patsient ise aga politsei pole hiljem vastavat päringut teinud. Üks neist arstidest oli soovitanud patsiendil kohtumediitsiini arsti poole pöörduda (politsei kaudu), kes saaks teha kõik nõutavad toimingud, ent patsient ei olnud sellest huvitatud.

Perearstide sõnul on nad oma töös rohkem kokku puutunud emotsionaalse vägivalle ohvritega. Näiteks nimetati manipuleerimist, ähvardamist ja hirmutamist, mis on põhjustanud kannatanul depressiooni ja ärevushäireid. Arstid leidsid, et nad saavad küll kirjutada välja ravimi, näiteks antidepressandid, ent see on ainult pool lahendust. Praktiliselt kõik intervjuueeritavad töid välja ohvri vajaduse psühholoogilise abi järele perevägivalle juhtumites. Perearstid tõdesid, et neil puudub ettevalmistus psühholoogiliseks nõustamiseks ning pidasid seda asjaolu üheks suuremaks väljakutseks inimeste aitamisel. Uuritavad viitasid, et seoses pikkade järjekordade ja spetsialistide puudusega on abivajajale keeruline saada asjakohast psühholoogilist (või ka psühhiaatrilist) abi.

*Arst\_4: „Praegu on ju kõikvõimaliku psühhoteeraapia leidmine erakordselt raske. Ma üritan oma parimat, aga sellised perejamat vajaksid pereteraapiat, kogu perega tegelemist“.*

### ***Perevägivalle ohvrid***

Uurides perearstide arvamust, milliseid pereliikmeid hõlmab perevägivalle, viidati enamasti naisohvritele ja meestele kui vägivallestatsejatele. Nii mõnelgi juhul jäi ebaselgeks, kas intervjuueeritav esitab üldlevinud arvamust või viitab kogemusele. Kuigi vägivallestatistika põhjal on perevägivalle naistevastase vägivalle nägu, siis mõned perearstid töid välja, et ka naised teevad meestel liiga. Eelkõige kirjeldati selliseid situatsioone läbi vaimse vägivalle ja laste kaudu manipuleerimise.

*Arst\_5: „Tegelikult naised teevad meestele ka väga palju liiga ja lapsed ka veel sinna takkaotsa. Et manipuleeritakse lastega, kui tahetakse teiselt osapoolelt midagi saada.“*

Perearstide nimistud hõlmavad sageli terve perekonna ehk sama perearsti juures käivad nii naine, mees kui lapsed. Nimistutes võivad olla ka vanavanemad, seega mitu põlvkonda. Uurisin, kuivõrd võib olla takistuseks perevägivalla ohvri abistamisel asjaolu, et partnerid on ühes perearsti nimetus. Arvati, et see asjaolu on pigem kasuks, kuna nii teab arst perest rohkem võrreldes sellega kui pereliikmed on erinevate perearstide nimistutes. Teisalt oli ka vastupidine arvamus - kui mõlemad partnerid on samas nimistus, siis ei räägita perevägivallast, kuna kardetakse, et arstil tekib eelarvamus. Seda eriti juhul, kui paar ei plaani lahku minna vaatamata vägivaldsele suhtele.

Uuritavad väitsid, et neil pole olnud kokkupuuteid eakate vastu suunatud vägivallaga. Ühelgi intervjueeritaval ei meenunud konkreetset juhtumit või asjaolusid, mis oleks äratanud kahtlusi selle kohta. Ühe arsti sõnul on ta lugenud, et esineb selline vägivalla vorm, ent temani ei ole need jõudnud. Teine intervjueeritav, kel puudus samuti kogemus, lisas, et tema arvates on tegemist on eagrupidiga, kellel ei ole kombeks kurta keeruliste või suisa vägivaldsete peresuhete üle.

Perearstid defineerisid eakate probleeme eelkõige läbi meditsiiniliste diagnooside, enamasti oli domineerivaks kognitiivse võimekuse langus ja dementsus.

*Arst\_1: „... Ega ma ju ei mõtle kohe, et siin on nagu vägivallaga tegemist kui ta tööpoolest mulle just silma ei karju. Sest neid vanu inimesi on mul ikkagi palju, ja nende vanainimestega ongi see, et kui ta jätab ennast hooletusse, siis hakkad mõtlema, et ilmselt on seal kognitsiooni langus ja puha.“*

Eakatel esinevate mäluhäirete tõttu võib olla raskendatud võimaliku vägivalla probleemi tuvastamine ja on keeruline aru saada, mis on tõeline mure ja mis mitte.

*Arst\_6: „... osad muutuvad dementseks, siis ei saa aru, mis on tõde, ja mis on välja mõeldud“*

Üksi elavad eakad võivad küll abi vajada, ent põhjused selleks olid erinevad, näiteks töötavad nooremad pereliikmed välismaal. Arstid tunnistasid, et alati ei ole tegemist hooletusse jätmisega, vaid eakas ise elab üksi omal valikul, ei pruugi küll hakkama saada, ent ei ole nõus ka hooldekodusse minema. Samuti ei pruugi hooletusse jätmine olla uuritavate sõnul igakord pahatahtlik. Näiteks kirjeldas arst perekonda, kus on füüsilise puudega keskealine poeg ning 90-aastane dementne ema, kes elavad kehvades sotsiaalsetes tingimustes, ent ei soovi ka mingisugust abi vastu võtta.

Arst\_2: „Enesehooleks jätmine see on nagu see, et vanuritel need kognitiivsed võimed langevad. Tal on üsna ükskõik, kas tuba on puhas ja kas voodis lina. Ta ise ei pruugi aru saada, et ta nagu vajab abi.“

Positiivse näitena eakate kontekstis toodi välja hoolduskoordinaatorite olemasolu. Nende puhul on tegemist kohaliku omavalitsuse sotsiaalsüsteemis töötava spetsialistiga, kelle ülesandeks on abistada eakaid ning puuetega inimesi igapäevaelu korraldamisel, et tagada sobilik abi nii tervishoiusüsteemist kui vajalikud toetavad teenused hoolekandesüsteemist.

Intervjuudes uurisin kuivõrd on kokkupuuteid olnud juhtumitega, kus laps on perevägivalda ohver. Vestluste põhjal selgus, et lapsed on kannatajaks vanemate vaheliste tülide või vägivalda korral, eriti lahkuminekul ajal või järel. Sellistel juhtudel kasutavad vanemad last teisele vanemale haiget tegemiseks.

Arst\_4: „...lapsed on nii-öelda käinud ühe vanema käest teise kätte nende perejamae käigus ja ikka väga kõvasti saanud pihta.“

Lastega seotud juhtumite korral toodi välja kuivõrd oluline on tähele panna lapse käitumist arsti vastuvõtul. Üks arst tunnistas, et on ka lapsevanema kabinetist välja saatnud.

Arst\_4: „... just laste läbivaatusel, iga aastasel, seal peaks julgema küll küsimusi küsida, ja panna tähele, mis see laps teeb, vahib ema, ei julge vastata.“

Perearstid viitasid ka määrusele, kus on sätestatud, et lastele ennetava tervisekontrolli läbiviimiseks teeb perearst/pereõde vajadusel koostööd kohaliku omavalitsuse lastekaitse- või sotsiaaltöötajaga. Siinkohal on silmas peetud olukordi, kui arstil on kahtlus, et laps on hooletusse jäetud. Toodi näiteid, et on teataud lastekaitseks, kui beebide või väikelastega ei käida vastuvõttudel vaatama meeldetuletustele. Uuritavad tõid välja, et enamasti on sel juhul peredes ka muid probleeme nagu alkoholi kuritarvitamine, narkootikumid.

Lapsed vägivalda ohvritena käsitlemisel ilmestus ühes intervjuus ka lapsepõlves kogetud vägivalda mustrite edasikandumise näide.

Arst\_5 : „ Mul on siin väga omapäraseid pesakondi. Et siin on kõike, otsapidi lahku kolinud ja siis on need lastekaitsejagajad ja nad ei saa neist jagu. Ja noh, lapsed on suureks kasvanud ja käituvad juba ise samamoodi.“

Arstide lugudest ilmnes ka õdede-vendade vahelist vägivalda. Näiteks kirjeldati füüsilist vägivalda kärgperes elava kasuõe ja -venna vahel.

Arst\_3: „... seal oli hoopiski niimoodi, oli kärgpere ja kasuvend kiusas ja tegi haiget, ja vanemad ei pööranud tähelapanu.“

Intervjueeritud arstid olid teadlikud kohustusest teatada abivajavast või ohus olevast lapsest. Lastega seotud juhtumite korral olid perearstidel tihtipeale ka kokkupuuted sotsiaalsüsteemi või lastekaitse spetsialistiga.

### ***Koostöö kogemused perevägivalla juhtumite korral***

Intervjuudes uurisin spetsialistide vahelise koostöö kohta perevägivalla juhtumitega tegelemisel – missugused on kogemused vägivalla ohvrit abistavate organisatsioonidega ning kelle poole on perearst soovitanud vägivalla ohvril pöörduda. Kuna kokkupuuteid perevägivalla juhtumitega olid vähesed, siis avaldus see ka kogemuste kirjeldamisel.

Enim nimetati koostööd kohaliku omavalitsuse lastekaitse- ja sotsiaaltöötajaga, seda eelkõige lastega seonduvate juhtumite käsitlemisel. Paaril korral toodi välja soovitus politseisse pöördumiseks või oli arst ise teinud sinna kõne.

Arst\_5: „/.../, võtsin kohe telefonikõne politseisse, et ta tuleb teeb avalduse, mida ta muidugi ei teinud.“

Teisalt oli näiteid, et pigem ollakse valmis andma ohvrile asjakohast infot, et inimene saab ise võimaluse otsustada, kuidas konkreetsel juhul edasi toimida.

Arst\_1: „Ma ilmselt politseile kohe ei hakka teatama, aga ma arvan, et ma ikkagi need kontaktid annan sellele naisele, et tal jääb nagu aega mõelda, mitte kohe seal kabinetis see otsus vastu võtta.“

Paludes intervjueeritaval nimetada asutusi, kust perevägivalla ohver lisaks politseile võiks abi saada - siis jäädki vastusega pigem hätta. Kui naiste varjupaikadest või tugikeskustest oldi kuulnud, siis ohvriabi oskas nimetada ainult paar arsti. Täpset infot ei teata, vajaduse tekkides neid otsitakse pigem guugeldades.

Arstid, kellel oli kokkupuuteid perevägivalla juhtumite puhul sotsiaaltöötaja või lastekaitsetöötajaga, olid pigem rahul sellega. Osade uuritavate kogemusel on vägivaldaga seotud pered ühel või teisel viisil juba sotsiaaltöötajate vaateväljas. Uurisin intervjueeritavalt, kui võrd kohalik omavalitsus (sotsiaaltöötaja, lastekaitse spetsialist) on omapoolset initsiatiivi näidanud koostööks. Enamikul arstidel ei meenunud, et kohaliku omavalitsuse sotsiaalsüsteemi või ohvriabi poolt oleks toimunud proaktiivne info jagamine. Perearstid tõid välja, et koostöö

edukus sõltub asjaolust, kas omatakse väärsemaid kontakte ja koostöö kogemusi KOV spetsialistidega.

*Arst 5: „Ei, see ikka nii, et minul on probleem. Paraku on see niimoodi, Ja siis nad vahetavad seal koguaeg neid ülemusi ja alamusi, noh jah. Sellist teavitamist meil ei ole jah.“*

Üks arst arvas mäletavat, et on mingit infot saanud meili teel, ent samas tõdes, et sellisel kujul läheb see kaotsi („ja siis kui vaja, ei leia sa seda üles“).

Intervjueritud perearstidest oli MARAC mudelist kuulnud ainult üks arst. Meenutamise peale seostas ta seda spetsialistide võrgustikuga, kus tegeleti perevägivalda teemadega.

*Arst\_1: „MARAC käib /.../ ikka ka, mul esimese hooga ei tulnudki meelde, mis see MARAC nüüd on. Lähisuhtevägivalda teemasid nad seal ju arutasid. Põhiline oligi see, et see laste psühhiaater pidas loengut ja andis nõu.“*

Intervjuude põhjal saab järeldada, et teadlikku võrgustikupõhist koostööd perearst-sotsiaalsüsteem/ohvriabi ei toimu ja tihtipeale puudus perearstil ka sellekohane info. Teisalt vähesed kokkupuuted perevägivalda juhtumitega võivad olla ka põhjuseks, miks koostöö kogemus praktiliselt puudus.

### ***Teadlikkus vägivalda teematikast***

Perearstide sõnul pööratakse nende poole enamasti tervisemuredega. Intervjuudest jäi mulje, et kas ja kuidas tervisemure võiks olla perevägivaldaga seotud ei ole esmane mõte arsti peas. Intervjuudes ilmnas, selleks, et arst kahtlustaks somaatilise kaebuse taga võimalikku vägivalda, eeldab see vägivalda märkide tundmist.

Kaheksast perearstist oli ainult üks arst osalenud vägivaldlateemalisel koolitusel erialase väljaõppe (residentuuri) jooksul. Ülejäänud seitse arsti olid omandanud perearsti kvalifikatsiooni ajal, mil ettevalmistuses vastav teematika puudus. Küll olid mõned arstid osalenud naiste tervist puudutavatel konverentsidel, kus käsitleti paarissuhtevägivalda ja seksuaalvägivalda (sh laste vastu suunatud seksuaalvägivald). Uuringus osalenud arstid tunnistasid vastavasisuliste koolituste vajadust ja oleksid valmis ka neil osalema. Samas viidati

asjaolule, et koolitustel osalemine on seotud ajapuudusega, kuna erinevaid koolitusi on palju ja kõigil ei jõuta käia.

*Arst\_6: „... pole küll selle teemalisele koolitusele sattunud, ent koolitusi perearstidele on nii palju, võiks igal nädal koguaeg käia.“*

Ühe kitsaskohana perevägivalda ohvri abistamisel toodi välja ajafaktor- perearsti vastuvõtul on ajaline piirang ühe patsiendi jaoks. Mitmed arstid arvasid, et lühike vastuvõtuaeg on kindlasti takistuseks perevägivalda juhtumi tuvastamisel ning seda mitte ainult perearsti vaates, vaid ka ohver vajab aega, et tundlikust teemast alustada rääkimist.

*Arst\_6: „...sa pead paljudele asjadele mõtlema, paljusid asju märkama siis ongi et lõpuks... ajafaktor ka sa ei saa igatühega tund aega istuda ja hakata rääkima... võibolla siis tuleks midagi välja.“*

Käesolevas uuringus keskendusin perearstide kogemustele ja rollile ning pereõde tegevust eraldi ei käsitlenud. Küll aga rääkisid uuritavad arstid pereõde rolli olulisusest. Et viisin enamusi intervjuusid läbi koroonapiirangute ajal (2022. aasta kevadel), siis oli patsientide pääs perearstile samuti piiratud. Sellest tulenevalt oligi (ja on tihtipeale ka praegu) pereõde n-ö esimene filter reguleerimaks pääsu perearstile ja seega võib ta olla esmaseks kontaktiks perevägivalda ohvrile. Intervjueritavate hulgas olnud ainuke meesarst osundas ka asjaolule, et ehk on perevägivalda ohvril (pidades silmas naissoost ohvrit) lihtsam rääkida pereõele – „...niisuguseid asju naisterahvale [pereõele] räägivad parema meelega“.

Intervjueritavad olid ühel meelel, et vägivallateemalised koolitused peavad hõlmama lisaks arstidele ka pereõdesid.

### ***Skriining kui abivahend vägivalda tuvastamiseks***

Perearstidel on kogemused (skriining)küsimustike rakendamisel erinevate haiguste või tervist kahjustavate käitumisprobleemide tuvastamisel nagu näiteks depressiooni, alkoholi liigtarvitamise jms korral.

Kõik perearstid tunnistasid üksmeelselt vajadust abistava küsimustiku või muu taolise tööriista järele, mis hõlbustaks perevägivalda teema käsitlemist. Samas arvati, et enne peaks arst ikka märkama ja tal kahtlus tekkima.

*Arst\_3: „Loomulikult küsimustikud abistavad, kõigepealt peab arst märkama, et igale sa [küsimustikku] nina alla ei pane.“*

Arstide ootus on, et skriiningu küsimustik oleks hästi kättesaadav, rakendatav ja võimaldama identifitseerida vägivallega seonduvad ohumärgid. Samuti nähakse võimalust skriiningu küsimustiku kasutamiseks läbi pereõe.

Käesoleva magistr töö autorina pean oluliseks välja tuua, et eelpool kirjanduse ülevaates nimetatud Eestis kasutusele võetud skriiningküsimustikud jm juhendmaterjal tervishoiutöötajatele vägivalga ohvriga tegelemisel ei olnud uurimustöö intervjuukava ettevalmistamisel (2021. aasta) veel ilmunud ning seetõttu ei olnud võimalik konkreetset juhendit puudutavaid küsimusi intervjuu kavasse lisada. Täpsustusena saan lisada, et intervjuudes (toimusid 2022. aasta kevadel) vesteldes skriiningust kui sekkumise võimalusest, ei nimetanud ükski perearst, et oleks teadlik taolise juhendite olemasolust.

### ***Eetilised dilemmad ja konfidentsiaalsus***

Perevägivalga teema on delikaatne ja sellest rääkimine eeldab patsient-arst suhtes suurt usaldust. Samaselt on ka patsiendi tervisemurede käsitlemine seotud konfidentsiaalsusega. Üsna üheselt jäi intervjuude põhjal kõlama, et perearstid tunnetavad, et neil on usalduslikud suhted oma nimistus olevate inimestega, mis võiks hõlbustada perevägivalga kui tundliku teema käsitlemist.

*Arst\_6: „...pead tunnetama kelle käest kuidas küsid, mõne käest lihtsalt, vahel pead laveerima...ei saa lajatada, kas oled peksta saanud.“*

Samas arstidest tunnistas, et tal pole küll hirne teemat käsitleda, ent kipub andma hinnanguid.

*Arst\_5: „/.../ peaks oma keele hammaste taga hoidma. Peaks suunama ikkagi inimese õigesse kohta.“*

Vägivalga ohvriga suhtlemine peab olema hinnangute vaba, et ei toimuks taasohvristamist. Seega perevägivalga teema eeldab asjakohaseid teadmisi ohvrikesksest lähenemisest. Arstid nõustusid, et spetsiaalne koolitus tagab oskused, kuidas perevägivalga teemal patsiendiga rääkida viimast kahjustamata.

## 4. ARUTELU

Käesolev magistritöö keskendus perearsti rollile perevägivalda juhtumite avastamisel ja ohvrite abistamisel. Perevägivalda võib kogeda igal eluetapil, ent need kogemused on erinevad sõltudes ohvri vanusest ja väärkohtlemise toimepanijast (Warren jt, 2023). Perearsti rolli perevägivalda käsitlemisel teebki eriliseks asjaolu, et tal on kokkupuude inimesega läbi terve elukaare - nimistutesse kuuluvad nii imikud, väikelapsed kui vanemaealised ja kõik muud eagrupid, kes sinna vahemikku jäävad.

Uurimustöös osalenud arstid kirjeldasid kokkupuuteid partnerite vahelise vägivaldaga (eelkõige naiste vastu suunatud vägivald) ja laste väärkohtlemisega. Uuritavatel puudusid praktiliselt kokkupuuteid eakate vastu suunatud vägivaldaga. Samas selgus intervjuudest, et eakate enese hooletusse jätmist ei määratlenud perearstid vägivaldانا. McCreadie jt (2000) sõnul on eakate vastase vägivalda esinemine perearstide poolt alahinnatud, sest perearstid ei tunne seda ära, kuna pole saanud vastavat ettevalmistust.

Intervjuude käigus kogutud andmete põhjal saab öelda, et uurimustöös osalenutel olid kokkupuuted perevägivalda juhtumitega pigem vähesed. Otsest pöördumist vägivalda tõttu kirjeldati vaid üksikjuhtudel, mille puhul perearstide arvates oodati neilt eelkõige meditsiinilist abi. Oma professionaalsest ettevalmistusest tulenevalt peab perearst end eelkõige tervisemurede lahendajaks ning ei otsi iga kaebuse tagant automaatselt perevägivalda. Allen ja Perttu (2010) rõhutavad, et kõige olulisem on ära tunda, et vägivald on tervisehäirete põhjustaja ja sellest patsiendiga rääkida. Ühe põhjusena, miks patsiendi perevägivalda kogemus ilmsiks ei tule, on autorite väitel tervishoiutöötaja puudulik ettevalmistus vägivaldale viitavate märkide tundmisel. Minu uurimuses osalenud perearstid tunnistasid küll valmidust ohvriga vägivalda teemal rääkida, ent kurdeti, et ei osata temaatikat käsitleda – missuguseid küsimusi esitada, milliseid mitte. Samuti puuduvad teadmised, mida vägivalda ohvritega edasi teha, kui esmane meditsiiniline abi on antud.

Vajakajäämisi ettevalmistuses vägivaldajuhtumitega tegelemisel näitab ka see, et käesolevas uurimuses osalenud kaheksast perearstist ainult üks arst oli saanud koolitust vägivalda teemadel. Arst, kes oli saanud vastava ettevalmistuse, tundis end oluliselt kindlamalt vägivaldajuhtumite märkamisel ja sekkumisel. Pettai ja Kase (2014) näitasid juba kümme aastat tagasi Eestis läbi viidud küsitlusuuringu põhjal, et tervishoiutöötajatele suurimaks takistuseks vägivalda ohvri abistamisel on spetsiaalse koolituste ja juhendite puudumine ning ajapuudus. Ka Leppäkoski jt (2014) sõnul põhjendavad arstid ja õed vastumeelsust või ebamugavust perevägivalda kohta

pärimise suhtes selliste teguritega nagu ajapuudus, koolituse ja tõhusate sekkumisviiside puudumine. Ka minu uuringus osalejad tõid takistava tegurina perevägivaldajuhtumitega tegelemisel välja ajafaktori. Perearstide arvates nõuab perevägivald teema käsitlemine arsti kabinetis rohkemat aega kui 15 - 20 minutit.

Käesoleva uurimustöö üks fookus oli uurida perearsti kogemusi võrgustikutöös perevägivald ohvri abistamisel. Perevägivald juhtumite puhul, kuhu olid kaasatud ka lapsed, leidis vajadusel aset koostöö kohaliku omavalitsuse lastekaitse spetsialisti või sotsiaaltöötajaga. Ehkki riiklikud vägivald vähendamise strateegiadokumendid (Vägivald..., 2015; VEKO, 2021) rõhutavad tervishoiutöötajate kaasatuse olulisust võrgustikutöösse, siis praktikas pole päris selge, kes koostöö toimimise eest n-ö hoolt kandma peaks. Arstid on jäänud vägivald ennetamise ja sekkumismeetmetes tahaplaanile. Ka polnud enam uuringutes osalenutest kuulnud ohvriabist ja MARAC võrgustikust.

Kogutud andmete põhjal jääb mulje, et arste ei kaasata ega informeerita, näiteks ei olnud nad kuulnud olemasolevates juhenditest ja skriiningküsimustikest. Asjakohane on küll lisada, et osad neist on valminud pärast minu uuringu läbiviimist.

Forsdike jt (2014) sõnul on perearstid erinevalt teistest arstidest unikaalses situatsioonis, kuna näevad tervet perekonda. Ka uuringus osalenud perearstid viitasid sellele kui positiivsele aspektile – arstil on terviklik ülevaade kõigist pereliikmetest. Teisalt arvati, et see võib perevägivald juhtumite korral osutada n.ö miinuseks nii ohvri kui vägivald toimepanija vaatest. Näiteks ei julge ohver rääkida põhjusel, et tunneb piinlikkust või hirmu vägivald avalikustamisest, kuna vägivaldlatseja kuulub samasse nimistusse. Perearstil tuleb ravida ka vägivaldlatsejat, kui see juhtub olema oma ohvriga sama perearsti nimistus. Taft jt (2020) toovad välja, et perearstil puuduvad teadmised, kuidas ümber mõtestada (*reconceptualise*) oma rolli, kui tema nimistus olevas peres leiab aset perevägivald ning tal on kokkupuude nii ohvri kui vägivaldlatsejaga. Ka seda aspekti tuleb arvestada perearstide ettevalmistusel perevägivaldaga juhtumitega tegelemiseks.

## KOKKUVÕTE

Käesolev magistritöö uuris perearstide kogemusi perevägivaldajuhtumitega igapäevases perearsti praksises, tuginedes intervjuudele kaheksa perearstiga.

Uurimuse eesmärgist lähtuvalt püstitasin järgnevad küsimused:

- Milline on perearstide kokkupuude perevägivaldajuhtumitega oma igapäevatoos?
- Kuidas perearstid kirjeldavad enda rolli perevägivald ohvrite märkajana ja abistajana?
- Missugused on perearstide kogemused võrgustikutööst perevägivald ohvri abistamisel?
- Millist tuge perearstid vajavad perevägivald ohvri tõhusaks abistamiseks?

Ootused perearstile, esmatasandi meditsiinile tervikuna, on ühiskonnal väga kõrged. Perearst peab lahendama inimese akuutsed tervisemured, jälgima krooniliste haigustega patsiente, viima ellu tervist edendavaid ja haigusi ennetavaid tegevusi jpm.

Käesolev magistritöö näitas, et perearst ise teadvustab oma rolli eelkõige läbi terviseprobleemide lahendamise. Patsiendi tervisemure taga võimaliku perevägivald otsimine ei ole esimene mõte arsti peas. Minu uurimustöö tulemusena selgus ühelt poolt, et perearst ei tea kuidas perevägivald kohta küsida ja teisalt ei ole tal alati teadmisi ja oskusi ohvri nõustamiseks. Kui vägivald ohver (patsient) ise otse ei pöördu ega räägi, ning perearst ei märka vägivald tundemärke, võib ohver jääda asjakohase abita esmatasandi tervishoiusüsteemis. Uuringu tulemused näitasid ilmekalt, selleks, et perearst saaks anda tõhusat abi ja jõustada vägivald ohvrit, vajab ta asjakohast ettevalmistust - teadmisi vägivaldast ja selle tervisemõjudest ning oskust vägivald märgata ja sellesse sekkuda. Uurimuses osalejad oleksid valmis vägivald sekkumiseks kasutama skriiningu vahendeid – küsimustikke vägivald tuvastamiseks ja riskifaktorite hindamiseks- kui need on lihtsasti kättesaadavad ja rakendatavad.

Uurimustöös osalenud arstide kogemused võrgustikutööst piirdusid KOV lastekaitsespetsialisti või sotsiaaltöötajaga ning olid pigem positiivsed. Vähene võrgustikutöö kogemus oli tingitud omakorda vähestest kokkupuudetest vägivaldajuhtumitega. Ent teisalt olid perearstide teadmised puudulikud teistest vägivald ohvrile kättesaadavatest abimeetmetest. Uuringu tulemustele tuginedes tõstatub küsimus, kuidas praktikas ikkagi peaks koostöö toimuma erinevate süsteemide vahel ja kes kannab hoolt, et kõik osapooled oleksid informeeritud.

Vägivalla ennetuse kokkuleppes (VEKO, 2021) on eesmärgina sõnastatud tervishoiutöötajate pädevuse suurendamise vägivalla märkamisel ning vägivalda käsitlevate koolituste lisamine tervishoiutöötajate) baas- ja täiendkoolitusse. Paljud vägivalla ohvrite abistamise teenuseid ja organisatsioonid on soo- ja/või vanusepõhised – näiteks naiste tugikeskus, lastemaja jmt ning neis töötavate inimeste ettevalmistus ka sellest lähtuv. Perearsti vaade perevägivalla juhtumitele on elukaarekeskne, seega tema ettevalmistus vägivalla ohvritega tegelemiseks peab olema kõiki eagruppe hõlmav.

Perearstidel, kes on inimeste esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemis, on kahtlemata potentsiaali pakkuda tõhusamat abi vägivalla all kannatanutele. Selleks on aga tarvilik arstide ettevalmistus, et nad tunneksid vägivalla teemal kompetentsena ja saaksid asjakohast abi osutada.

Eesmärgiks tuleb seada tervikliku koolitusplaani välja töötamine perevägivalla tuvastamisest ja efektiivsetest sekkumisviisidest ning see integreerida arstide täiendõppesse. Aina enam on juurdunud perearstikeskustes praktika, et patsiendi võtab arsti asemel vastu hoopis pereõde, olles nõnda oluliseks kontaktiks esmatasandi meditsiini süsteemis. Seega peaksid koolitused vägivallast hõlmama lisaks perearstidele ka pereõdesid.

Kokkuvõtvalt - tervishoiutöötajatel (sh perearstil) on oluline roll perevägivalla ohvrite varajasel märkamisel ja nende abistamisel. Selleks et aidata perevägivalla all kannatavat inimest, peavad olema perearstile tagatud pädevus, võimalused ja vahendid.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Allen, M. ja Perttu, S. (2010). Sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna töötajad vägivalda vastu. Õpetaja käsiraamat. Helsingi.

Altosaar, A. (2020). Perearst: sageli on terviseprobleemide taga varem kogetud vägivald. *Postimees* 11. märts Kasutatud 10.02.2022, <https://leht.postimees.ee/6919476/perearst-sageli-on-terviseprobleemide-taga-varem-kogetud-vagivald>

Aru, A., Paron, K. (2015). Lapse parimad huvid. *Juridica*, 6, 375–386. [https://www.juridica.ee/article\\_full.php?uri=2015\\_6\\_lapse\\_parimad\\_huvid&pdf=1](https://www.juridica.ee/article_full.php?uri=2015_6_lapse_parimad_huvid&pdf=1)

Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2002). Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(1), 9–16. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2002.00514.x

Calcia, M.A., Bedi, S., Howard, L.M., Lempp, H., & Oram, S. (2021). Healthcare experiences of perpetrators of domestic violence and abuse: a systematic review and meta-synthesis. *BMJ Open*; 11(5): e043183. <https://doi.org/10.1136%2Fbmjopen-2020-043183>

Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., & Thomas, J. (2001). Domestic violence: A comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *Public Health*, 115(2), 89–95. <https://doi.org/10.1038/sj.ph.1900749>

Domestic Violence and Pregnancy (2004). National Coalition Against Domestic Violence (NCADV). Kasutatud 10.04.2023, <https://vawnet.org/material/fact-sheet-domestic-violence-and-pregnancy>

Enim langevad eakad kehalise väärkohtlemise ohvriks. (2021). Justiitsministeeriumi kodulehekülj. Kasutatud 25.04.2023 <https://www.just.ee/uudised/enim-langevad-eakad-kehalise-vaarkohtlemise-ohvriks>

Espenberg, K., Luhamaa, K., Markina, A. ja Vain, K. (2022). Laps perevägivalda pealtnägijana. Tartu Ülikool. Justiitsministeerium

Estimating the costs of gender-based violence in the European Union: Report. (2014). Kasutatud 15.05.2023, <https://eige.europa.eu/publications/estimating-costs-gender-based-violence-european-union-report>

Ewijk, H. (2017). Võrgustikutöö. *Sotsiaaltöö* 3/2017: 25-27

Forsdike, K., Tarzia, L., Hindmarsh, E., & Hegarty, K. (2014). Family violence across the life cycle. *Australian Family Physician* VOL. 43, NO. 11, November: 768-774. <https://www.racgp.org.au/afp/2014/november/family-violence-across-the-life-cycle>

FRA (2014). Naistevastane vägivald: Euroopa Liitu hõlmav uuring. Tulemuste kokkuvõte. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14\\_et.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_et.pdf)

FRA (2021). Kuritegevus, turvalisus ja ohvrite õigused. Ülevaade. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2021-crime-safety-victims-rights-summary\\_et.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2021-crime-safety-victims-rights-summary_et.pdf)

- Freund, K. M., Bak, S. M., & Blackhall, L. (1996). Identifying domestic violence in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 11(1), 44–46. <https://doi.org/10.1007/BF02603485>
- Huecker MR., King, KC., Jordan, GA., & Smock. W. (2022). Domestic Violence. *StatPearls Publishing*; 2023 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/>
- James, L., David, B., & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims* Vol 28 Issue 3. DOI: 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00034
- Kalda, R., Maaros, H-I. ja Rätsep, A. (2012). Peremeditsiini eriala arengukava kuni aastani 2020. [https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide\\_erialade\\_arengukavad/peremeditsiin\\_arengukava.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/peremeditsiin_arengukava.pdf)
- Kase, H. ja Pettai, I. (2006). Naistearstile naisetevastasest vägivallast. Tallinn: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut.
- Klaar, A. ja Kass, V. (2022). Riskihindamine lähisuhtevägivalla juhtumites. Tallinn
- Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus (KOKS). (01.04.2023). *Riigi Teataja* I. Kasutatud 20.04.2023 <https://www.riigiteataja.ee/akt/123022023005>
- Kohaliku omavalitsuse sotsiaalteenused ja toetused. (i.a). Sotsiaalministeeriumi kodulehekplg, Kasutatud 20.03.2023. <https://www.sm.ee/lapsed-hoolekanne-ja-vordne-kohtlemine/hoolekanne/kohaliku-omavalitsuse-sotsiaalteenused-ja>
- Kolk, H. (2018). Multidistsiplinaarne geriaatiline hindamine – võimalus eaka inimese probleemide ja vajaduste objektiivseks hindamiseks ning ressursside otstarbekaks kasutamiseks *Eesti Arst* 97(4):225–227
- Kõre, M. (2021). Seksuaalvägivalla tervisekahjude ennetusest seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste kaudu. Konverentsi ettekanne. Tervise Arengu Instituut. Tallinn.
- Kosberg, J. I. (2014). Rosalie Wolf Memorial Lecture: Reconsidering assumptions regarding men as elder abuse perpetrators and as elder abuse victims. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(3), 207–222. <https://doi.org/10.1080/08946566.2014.898442>
- Krug, EG, Dahlberg, LL., Mercy, JA., Zwi, AB., & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. World Health Organization. Kasutatud 15.02.2022, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf)
- Kuritegevus Eestis (i.a). Kriminaalpoliitika kodulehekül. Kasutatud 23.04.2023, <https://www.kriminaalpoliitika.ee/et/statistika-ja-uuringud/kuritegevus-eestis>
- Kuriteoohvrite kaitse Eestis (i.a). Justiitsministeeriumi kodulehekül. Kasutatud 25.04.2023 <https://www.just.ee/kuriteoohvrite-kaitse-eestis>
- Laanpere, M. (2020). Made Laanpere: mure laostab tervist. *Postimees*, 30.jaanuar. Kasutatud 10.02.2022, <https://leht.postimees.ee/6884984/made-laanpere-mure-laostab-tervise>
- Laanpere, M. ja Part, K. (2016). Seksuaalvägivalla ohvrite abistamise juhend meedikutele. Tartu

- Lagerspetz, M. (2017). Ühiskonna uurimise meetodid. TLÜ kirjastus. Tallinn
- Laherand, M-L. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn 2: OÜ Infotrükk.
- Lapse õiguste konventsioon. (1991). *Riigi Teataja* II. Kasutatud 30.04.2023  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/24016>
- Lastekaitse seadus (LasteKS) (01.04.2023). *Riigi Teataja* I  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/106012023015?leiaKehtiv>
- Linno, M., Soo, K. ja Strömpl, J. (2011). Perevägivalla levikut soodustavad riskid ja perevägivalla ulatus praktikute hinnangutes. Justiitsministeerium. Tartu Ülikool.
- Lykke K., Christensen, P., & Reventlow S. (2008). “This is not normal ... “ — signs that make the GP question the child’s well-being. *Family Practice*, Jun;25(3), 146–153.  
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmn021>
- MARAC juhendmaterjal lähisuhtevägivallaga tegelevale spetsialistile. (2019). Tallinn. Sotsiaalkindlustusamet. Siseministeerium.
- McClure, BM. (1996). Domestic Violence: The Role of the Health Care Professional. *Michigan Family Review* Volume 02, Issue 1, pp. 63-75 <http://dx.doi.org/10.3998/mfr.4919087.0002.105>
- McCreadie, C., Bennett, G., Gilthorp, MS., Houghton, G., & Tinker, A. (2000). Elder abuse: Do general practitioners know or care? *Journal of the Royal Society of Medicine* Feb;93(2):67-71 DOI: 10.1177/014107680009300205
- McKibbin, A., & Gill-Hople, K. (2018). Intimate Partner Violence: What Health Care Providers Should Know. *Nurs Clin North Am.* Jun;53(2):177-188. Doi:10.1016/j.cnur.2018.01.007
- Medar, M., Köre, J., Rähn, A. Narusson, D. ja Kiis, K. (2012). Juhised juhtumipõhise võrgustikutöö meetodi rakendamiseks. EV Sotsiaalministeerium/TÜ Pärnu kolledž. Lõppraport.
- Mezey, G., King, M., & McClintock, T. (1998). Victims of violence and the general practitioner. *British Journal of General Practice*, 48, 906-908.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1409907/>
- Naistevastase vägivalla ja perevägivalla ennetamise ja tõkestamise Euroopa Nõukogu konventsioon (01.02.2018). *Riigi Teataja* II. Kasutatud 13.03.2023  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/226092017002>
- Abi vägivalla ohvritele (i.a). Sotsiaalkindlustusameti kodulehekülg. Kasutatud 10.04.2023  
<https://sotsiaalkindlustusamet.ee/abivajav-laps-ja-taiskasvanu/abi-vagivalla-ohvrile>
- Ohvriabi seadus (OAS) (01.04.2023). *Riigi Teataja* I. Kasutatud 10.04.2023  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/106012023001>
- Orav, A.T. (2021). Julm tõde: Eestis esineb rohkem perevägivalda kui mujal Euroopas. *EPL* 05. aprill. Kasutatud 06.05.2023 <https://epl.delfi.ee/artikkel/93037961/julm-tode-eestis-esineb-rohkem-perevagivalda-kui-mujal-euroopas>
- Paats, M. ja Tuisk, K. (2010). Turvalisuse uuring. Tallinn  
[https://www.stat.ee/sites/default/files/2021-02/Metoodika\\_raport\\_ver3\\_0.pdf](https://www.stat.ee/sites/default/files/2021-02/Metoodika_raport_ver3_0.pdf)

- Perearsti ja -õe käsiraamat nimistuga töö alustamiseks. (2022).  
file:///C:/Users/Admin/Downloads/Perearsti\_k%C3%A4siraamat\_terviktekst\_09-10-2022.pdf
- Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. (09.01.2021). *Riigi Teataja I*.  
Kasutatud 4.04.2023 <https://www.riigiteataja.ee/akt/13263878?leiaKehtiv>
- Pereõenduse tegvusjuhend. (2021). Eesti Haigekassa. Tallinn.  
file:///C:/Users/Admin/Downloads/Pere%C3%B5dede\_juhend\_tv\_veeb%20(3).pdf
- Perevägivald (i.a). Kriminaalpoliitika kodulehekül. Kasutatud 20.03.2023  
<https://www.kriminaalpoliitika.ee/et/teemalehed/perevagivald>
- Perevägivald võrgustik (i.a). Kriminaalpoliitika kodulehekül. Kasutatud 20.03.2023  
<https://www.kriminaalpoliitika.ee/et/spetsialistile/perevagivald-vorgustik>
- Perttu, S. ja Kaselitz, V. (2006). Kuidas aidata perekonda, milles esineb vägivalda – juhiseid tervishoiutöötajatele. Naiste Varjupaik MTÜ
- Perttu, S. ja Laurola, H. (2020). Eakate vägivald ohvrite tuvastamine ja toetamine. Koolituskäsiraamat spetsialistidele, vabatahtlikele ja eakatele inimestele. Tartu
- Pettai, I. ja Kase, H. (2014). Lähisuhtevägivald Eestis tervishoiutöötaja pilgu läbi. Lühikokkuvõtte ekspertküsitluste tulemustest 2003-2014. Tallinn. Eesti Avatud Ühiskonna Instituut
- Pettai, I. ja Proos, I. (2003). Vägivald ja naiste tervis. Sotsioloogilise uuringu materjalid. Tallinn: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut
- Politsei ja piirivalve seadus (PPVS). (21.03.2023). Kasutatud 20.04.2023  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/110122020023?leiaKehtiv>
- Proos, I., Pettai, I. ja Laidmäe, V-I. (2015). Pere- ja naistevastane vägivald ja ohvrite tervis. Üle-eestilise uuringu tulemused. Tallinn: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, Vol 62, e647-e655  
<https://doi.org/10.3399/bjgp12X654623>
- Raudsepp, T. (2017). MARAC – võrgustikupõhine mudel lähisuhtevägivald juhtumite korraldamiseks. *Sotsiaaltöö*, 2017/3: 45-49
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S., & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. *BMJ*, 324(7332), 274.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7332.274>
- Richardson, J., & Feder, G. (1996). Domestic violence: a hidden problem for general practice. *British Journal of General Practice* Vol 46:239-242 <https://bjgp.org/content/46/405/239>
- Sepper, M.-L. ja Kadarik, I. (2020). Ohvrikeskne lähenemine lähisuhtevägivald juhtumites nelja Euroopa riigi näitel. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- Siseministeeriumi kodulehekül (2018). Kasutatud 23.11.2020  
<https://www.siseministeerium.ee/et/eesmark-tegevused/ennetustegevus/vagivaldaennetus>

Soo, K. (2010). Paarisuhtevägivald Eestis – levik ja tagajärjed. Lõppraport. Tartu Ülikool. Sotsiaalministeerium.

Soonets, R. (1997). Lapse väärkohtlemise mõiste ja liigid. *Laste väärkohtlemine/ D. Kutsar*. Tartu:91-105

Soosaar, A. (2020). Meditsiinieetika põhiprintsiibid I – isikuautonoomia austamine. *Eesti Arst*, 99(7):446–447

Sotsiaalhoolekandeseadus (SHS) (01.04.2023). *Riigi Teataja* I. Kasutatud 20.04.2023 <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005?leiaKehtiv>

Sotsiaalkindlustusameti kodulehekülg (i.a). Kasutatud 20.04.2023 <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/asutus-uudised-ja-kontakt/asutuse-info/projektid>

Šved-Pantelejeva J. (2016). Geriaatrilised hindamised 2012–2015. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Taft, A., Broom, DH., & Legge, D. (2004). General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study *British Medical Journal*, 328:618 doi:10.1136/bmj.38014.627535.0B

Taylor DK, Bachuwa G., Evans J., & Jackson-Johnson V. (2006). Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: A communitywide survey of primary care physicians. *Journal of the National Medical Association*, 98:403–404 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2576103/>

Thompson, RA. (2014). Why are relationships important to children's well-being? Teoses A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes, & J. Korbin (Toim.), *Handbook of Child Well-Being* (lk. 1917–1954). Dordrecht: Springer.

Vägivalla ennetamise strateegia 2015-2020 lõpparuanne (2021). Kriminaalpoliitika kodulehekülg. Kasutatud 20.04.2023 [https://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumendid/ves\\_2015-2020\\_lopparuanne.pdf](https://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumendid/ves_2015-2020_lopparuanne.pdf)

Vägivalla ennetamise strateegia 2015-2020 (2015). Kasutatud 23.11.2020 [https://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumendid/ves\\_2015-2020\\_1.pdf](https://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumendid/ves_2015-2020_1.pdf)

Vägivalla ennetuse kokkulepe 2021–2025 (i.a). Justiitsministeeriumi kodulehekülg. Kasutatud 15.04.23 <https://www.just.ee/kuritegevus-ja-selle-ennetus/vagivallaennetuse-kokkulepe>

Virkus, S. (2016). Intervjuu, vaatlus ja sisuanalüüs. Tallinna Ülikool. [https://www.tlu.ee/~sirvir/Intervjuu\\_vaatlus\\_ja\\_sisuanals/index.html](https://www.tlu.ee/~sirvir/Intervjuu_vaatlus_ja_sisuanals/index.html)

Warren, A., Blundell, B., Waters, R., & Chung, D. (2023). Exploring Categories of Family Violence Across the Lifespan: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*, May 6 OnlineFirst <https://doi.org/10.1177/15248380231169486>

World Health Organization. Ageing and Life Course Unit & Université de Genève. Centre interfacultaire de gérontologie. (2008). A global response to elder abuse and neglect : building

primary health care capacity to deal with the problem world-wide : main report. World Health Organization. Kasutatud 15.04.2023 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43869>

World Health Organization. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. World Health Organization. Kasutatud 22.03.2023 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44350>

World Health Organization. (2017). Violence against women. Kasutatud 23.11.2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

World Health Organization. (2022). Abuse of older people. Kasutatud 05.05.2023 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

Yaffe, MJ., & Tazkarji, B. (2012). Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician*. Dec;58(12):1336-40, e695-8.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520657/>

# LISA

## Intervjuukava

Sissejuhatus: uurimuse teema ja eesmärk, informatsioon vabatahtlikkusest, anonüümsusest, lindistamisest ja hilisemast andmete kasutamisest (säilitamine ja hävitamine).

- Kuaa olete töötanud erialal, kui suur on nimistu, nimistu profiil (vanuseline struktuur)?
- Mida teie jaoks tähendab perevägivald ?
- Kirjeldage kokkupuuteid perevägivald juhtumitega igapäevases perearsti praksises?  
Kas on patsiendid ise pöördunud või on endal tekkinud kahtlus? Kui sageli neid juhtumeid ette tuleb?  
Märksõnad: partnerid, eakad, lapsed.
- Mida ette võtsite, kui avastasite perevägivald?  
Märksõnad: püüdis ise aidata ja nõustada, teatas kellelegi (kellele?), suunas ohvri kuhugi (kuhu?), tegi kellegagi püsivamat koostööd (kellega), mida veel? Piirdus ravimisega?
- Kellega teete koostööd perevägivald juhtumitega tegelemisel? Missuguseid institutsioone peate oluliseks kaasata? Milliseid abistavaid teenuseid oskate nimetada? Kogemused koostööst. Positiivsed/negatiivsed näited. Ootused koostööle.
- Kui lihtne/keeruline on patsiendiga perevägivald teemal rääkida? Palun tooge näiteid.
- Mis on takistanud ohvrite aitamist või neile kohase abi korraldamist?  
Märksõnad: pädevus, eetika - patsiendi-arsti suhte konfidentsiaalsus; naine perevägivald ohvrina, meespartner sama perearsti nimekirjas või vastupidi jms. Vägivalla ohvri poolset tegurid.
- Kas olete osalenud perevägivald võrgustikus: (ametkondade võrgustik, kus LSV juhtumiga tegeletakse), MARAC võrgustik? Kuidas kulges koostöö? Teadlikkus neist?
- Kuidas kirjeldate perearstide ettevalmistust/väljaõpet vägivalla teemadel? Missuguseid koolitusi pakutakse? Kas on osalenud jne - kas piisav? millest puudu? Millest jääb teadmistes vajaka? Mida on õppinud oma praktikast ja teiste spetsialistidega koostööd tehes?
- Mida Teie perearstina (ja mida perearstisüsteem) saaksite teha perevägivald varajaseks märkamiseks ja ohvrite abistamiseks?

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Hille Rätsep

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Perevägivalda ohvri märkamine ja abistamine: perearsti perspektiiv“, mille juhendajad on Kadri Soo (MA) ja Marju Selg (MSW), reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Hille Rätsep

18.05.2023