

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

SEKSUAALVÄGIVALLA KRIISIABIKESKUSED EESTIS AASTATEL 2016-2023

Magistritöö rahvatervishoius

Irena Viitamees

Juhendajad: Made Laanpere, Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituudi naistekliiniku kaasprofessor, Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliiniku vanemarst-õppejõud

Kai Part, Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituudi naistekliiniku kaasprofessor, Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliiniku vanemarst-õppejõud

Inge Ringmets, MSc; Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, biostatistika nooremlektor

Tartu 2023

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 29.05.2023 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Annika Silde, MD, Sotsiaalkindlustusamet, vägivalda ohvrite teenuste arendusmeeskonna teenuste juht

Kaitsmine: 07.06.2023

SISUKORD

Kasutatud lühendid	5
Lühikokkuvõte.....	6
1. Sissejuhatus	7
2. Kirjanduse ülevaade	9
2.1 Mõisted	9
2.2 Seksuaalvägivald maailmas	10
2.2.1 Seksuaalvägivald kui varjatud probleem.....	10
2.2.2 Paarisuhtes toimuv seksuaalvägivald	12
2.3 Seksuaalvägivald Eestis	13
2.4 Seksuaalvägivald mõju tervisele	14
2.4.1 Seksuaalvägivald kohesed mõjud	15
2.4.2 Seksuaalvägivald pikaajalised mõjud	16
2.5 Seksuaalvägivald kui rahvatervise probleem	17
2.6 Seksuaalvägivald ennetus	18
2.6.1 Esmase ennetus	18
2.6.2 Teisene ennetus.....	20
2.7 Seksuaalvägivald kriisiabikeskused maailmas ja ajalooline taust	21
2.8 Seksuaalvägivald kriisiabikeskused Eestis	23
2.9 Seksuaalvägivald üleelanute esmase abi põhimõtted	24
3. Eesmärgid	27
4. Materjal ja metoodika.....	28
4.1 Seksuaalvägivald kriisiabikeskuste andmekogu.....	28
4.2 Andmestik ja valimi moodustamine	29
4.3 Töös kasutatud tunnused	30
4.3.1 Seksuaalvägivald üleelanutega seotud tunnused	30
4.3.2 Toimepanijatega seotud tunnused	30
4.3.3 SAKi pöördumisega seotud tunnused	30
4.3.4 Alkoholi ja uimastite tarvitamise seotud tunnused.....	31
4.3.5 Seksuaalrännakuga seotud muud tunnused	31
4.3.6 SAKis osutatava abiga seotud tunnused.....	32

4.4 Andmeanalüüs	32
5. Tulemused	33
5.1 SAKi pöördunud seksuaalvägivalla üleelanute iseloomustus SAKide lõikes.....	34
5.2 Toimepanijate iseloomustus SAKide lõikes.....	35
5.3 SAKi pöördumisega seotud asjaolud.....	36
5.4 Alkoholi ja uimastite tarvitamise seos seksuaalrännakuga	36
5.5 Muud seksuaalrännakuga seotud tunnused	38
5.6 SAKis osutatud abi	40
5.7 Esmalt politseisse või SAKi pöördunute erinevused.....	42
5.8 Vigastustega ja vigastusteta pöördunute erinevused	45
6. Arutelu	48
7. Järeldused	56
8. Ettepanekud	57
9. Kasutatud kirjandus	58
Summary.....	63
Tänuavaldus.....	65
<i>Curriculum vitae</i>	66
Lisad	67
Lisa 1. SAKi pöördunu protokoll	67
Lisa 2. Informeeritud nõusolek osalejale.....	90
Lisa 3. 12–17 a. osaleja informeeritud nõusolek.....	93
Lisa 4. 7–11 a. osaleja informeeritud nõusolek.....	95
Lisa 5. Informeeritud nõusolekuvorm lapsevanemale.....	97

Kasutatud lühendid

<i>CI</i>	– usaldusvahemik (<i>confidence interval</i>)
EPA	– Euroopa Põhiõiguste Amet
<i>HIV</i>	– inimese immuunpuudulikkuse viirus (<i>human immunodeficiency virus</i>)
<i>HIV-PEP</i>	– HIV ennetav ravi (<i>post-exposure prophylaxis</i>)
IVKH	– Ida-Viru Keskhaigla
LTKH	– Lääne-Tallinna Keskhaigla
MTO	– Maaailma Terviseorganisatsioon
<i>OR</i>	– šansi suhe (<i>odds ratio</i>)
PH	– Pärnu Haigla
PSA test	– prostata spetsiifiline antigeeni test
<i>PTSD</i>	– traumajärgne stressihäire (<i>post-traumatic stress disorder</i>)
<i>REDCap</i>	– veebipõhine tarkvara uuringuandmete elektrooniliseks salvestamiseks (<i>Research Electronic Data Capture</i>)
SAK	– seksuaalvägivalda kriisiabikeskus
STLH	– sugulisel teel levivad haigused
SV	– seksuaalvägivald
TÜK	– Tartu Ülikooli Kliinikum

Lühikokkuvõte

Seksuaalvägivald (SV) on laialt levinud, kuid varjatud probleem kogu maailmas. SV üleelanutele paremate abivõimaluste pakkumiseks on Eestis alates 2016. aastast tööle rakendunud neli seksuaalvägivalla kriisiabikeskust (SAK) ja loodud on SAK andmekogu. Magistritöö eesmärk oli anda võrdlev ülevaade Eestis nelja SAKi pöördunust, toimepanijatest, seksuaalrännaku ja abi osutamisega seotud tunnustest. Eraldi eesmärk oli analüüsida, mille poolest erinevad esmalt politseisse ja esmalt SAKi pöördunud ning vigastustega ja vigastusteta SV üleelanud.

SAK andmekogus oli registreeritud aastatel 2016–2023 kokku 810 pöördumist. Magistritöös kasutatud (n=755) 10–85-aastaste SV üleelanute andmeid kirjeldati sagedustabelite abil ning seoste analüüsimiseks kasutati logistilist regressioonanalüüsi.

Kõige rohkem pöördumisi oli Lääne-Tallinna Keskhaigla (LTKH) ja Tartu Ülikooli Kliinikumi (TÜK), vähem Pärnu Haigla (PH) ja Ida-Virumaa Keskhaigla (IVKH) SAKi. Pöördunute, toimepanijate, pöördumisega seotud asjaolude ja seksuaalrännaku iseloom neljas SAKis oli üldiselt sarnane, välja arvatud IVKH SAKis, kuhu pöördus rohkem alaealisi ja mitte-eesti rahvusest üleelanuid. Kaks kolmandikku ohvritest oli kasutanud alkoholi. Uimastamise kahtlus oli registreeritud sagedamini LTKH SAKis – ligi viiendikul juhtudel. Rohkem kui kolmandik üleelanutest oli varasemalt kogenud SV ja 15% jaoks oli tegemist esmakordse seksuaalkogemusega. Vaid 7% juhtudest oli teada kondoomi kasutamine.

Pooltel juhtudel olid SV üleelanud pöördunud esmalt SAKi ja pooltel juhtudel esmalt politseisse (ja seejärel SAKi), erandina IVKH SAKis, kus oli rohkem esmalt politseisse pöördunud. Esimese ööpäeva jooksul pärast juhtunut pöördus abi järele üle poole üleelanutest, kuid veel kuuendik pöördus pärast kolme ööpäeva möödumist. Pärast üleelanud SV pöördus tõenäolisemalt esmalt SAKi kui politseisse eesti rahvusest üleelanu, kellel oli rännakust möödas rohkem kui 12 tundi, kes ei teadnud mingil põhjusel toimepanijate arvu ning kes oli tarvitanud alkoholi. Võib järeldada, et SAKi olemasolu pakub abi võimalust ka neile, kes ei tea detaile SV kohta või kes ei julge erinevatel põhjustel politsei poole pöörduda.

Vigastusi kehal esines 60%, suguelunditel ligi kolmandikul ja anusel ligi kümnendikul üleelanutest kõikides SAKides. Vigastusi esines tõenäolisemalt üle 18-aastastel ja suhtepartneri poolt toime pandud SV üleelanutel. Võib järeldada, et mitte kõigil SV üleelanutel ei esine vigastusi, kuid nende esinemine on tõenäolisem paarisuhtes toime pandud SV korral. Kõigis SAKides pakuti abi sarnasel, vastavalt standardiseeritud juhisele, mis kinnitab SV üleelanute sarnast kohtlemist Eestis.

1. Sissejuhatus

Seksuaalvägivald (SV) on laialt levinud, kuid varjatud probleem kogu maailmas (1–3). Euroopa Nõukogu andmetel võib iga viies naine elu jooksul langeda SV ohvriks (4). Maailma Terviseorganisatsioon (MTO) muutis interpersonaalse vägivald oma prioriteediks 2000ndatel ja aastateks 2019–2023 on töökavas naistevastane vägivald hõlmatud osana kestliku arengu eesmärkidest (ingl *Sustainable Development Goal* (SDG)), mis taotlevad soolist võrdõiguslikkust ja naiste mõjuvõimu suurendamist (5). Maailma Terviseassambleel kiitsid liikmesriigid 2016. aastal heaks ülemaailmse tegevuskava (ingl *Global Plan of Action*), et tugevdada tervishoiusüsteemi rolli vägivaldaga tegelemisel, eelkõige võitlemisel naiste ja tüdrukute ning lastevastase vägivaldaga (6). 2017. aastal loodi ÜRO naistevastase vägivaldaga töörühm, mille eesmärk on parandada naistevastase vägivaldaga jälgimist, mõõtmist ja analüüsimist (1).

SV on oluline rahvatervise probleem, mis põhjustab lisaks pikaajalistele sotsiaalsetele probleemidele ka märkimisväärseid kehalise, vaimse ja seksuaaltervise kahjusid ning mõjutab lisaks SV üleelanule ka tema lähedasi ja kogu ühiskonda. Seeläbi puudutab SV kõiki. SV on tugevalt soolise iseloomuga, enamasti on ohvriteks naised ja suurem osa toimepanijatest on mehed. (3–4) Eesti paistab teiste Euroopa Liidu (EL) riikide hulgas silma nii kõrge vägivaldaga levimusega kui ka sellega, et SV ohvrid otsivad tunduvalt vähem abi. Näiteks kui ELis pöördus keskmiselt iga viies naine oma kõige tõsisema füüsilise või SV juhtumi tõttu politseisse või mõne abi andva organisatsiooni poole, siis Eestis vaid iga kümnes (3).

SV üleelanule abi osutamise eesmärk on pakkuda psühholoogilist ja meditsiinilist abi samaaegselt kohtumeditiiniliste tõendite kogumisega. Veelgi olulisem on tagada patsiendile ohutu, turvaline keskkond, mis aitab ennetada SV või selle mõjul tekkida võivat füüsilist või vaimset kahju. (7)

Euroopa Nõukogu naistevastase vägivaldaga ja perevägivaldaga ennetamise ja tõkestamise konventsioon ehk Istanbuli konventsioon pärineb 2011. aastast (8). Tegemist on esimese laiapõhjalise rahvusvahelise leppega võitlemisel naistevastase vägivaldaga, mille eesmärgiks on kaitsta naisi kõikide vägivaldavormide eest, ennetada ja tõkestada naistevastast vägivalda, võtta vastutusele vägivallatseja ning töötada välja meetmed naistevastase vägivaldaga ohvrite abistamiseks ja kaitsmiseks (8). Istanbuli konventsioon allkirjastati Eestis 2014. aastal (9). Konventsioon sätestab muuhulgas seadusandlikke ja muid meetmeid, mis tagavad SV üleelanutele kergesti kättesaadavad ja lihtsasti ligipääsetavad abikeskused, mis pakuvad professionaalset meditsiinilist abi ning psühholoogilist tuge SV traumaga toimetulekuks (8).

Taolise teenuse pakkumiseks on maailmas loodud SV kriisiabikeskuseid alates 1970. aastast USA-s, kaheksakümnendatel Suurbritannias ja Põhjamaades (10). Eesti on esimene ja seni ainus endine Ida-Euroopa riik, kus konventsioonis nimetatud tingimustele vastav abiteenus loodi 2016. aastal (11). Neli seksuaalvägivalla kriisiabikeskust (SAK) pakuvad SV üleelanutele professionaalset ja standardiseeritud meditsiinilist ja psühholoogilist abi, aitamaks neil sellest traumaatilisest sündmusest taastuda. Samaaegselt toimub ka kohtumeditiiniliste tõendite kogumine (12).

Käesolev magistritöö põhineb andmetel, mis on kogutud SAKi pöördunud inimeste, selle kuriteo ja antava abi kohta alates 2016. aastast kuni märtsini 2023.

2. Kirjanduse ülevaade

Kirjanduse ülevaates esitatakse SVga seotud mõisted, kirjeldatakse SV levimust maailmas ja Eestis. Seejärel antakse ülevaade SV mõjust tervisele. Kirjeldatakse primaarset ja sekundaarset SV ennetust ning viimasena antakse ülevaade SV kriisiabikeskustest maailmas ja Eestis.

2.1 Mõisted

Seksuaalvägivalda (ingl *sexual violence*) on defineeritud erinevalt. Lisaks seksuaalvägivalla nimetusele kasutatakse veel erinevaid termineid nagu seksuaalrünnak (ingl *sexual assault*), seksuaalne kuritarvitamine/sundus (ingl *sexual coercion*), seksuaalne väärkohtlemine (ingl *sexual abuse*). Käesolevas magistritöös lähtume MTO määratlusest: „Seksuaalvägivald on igasugune seksuaalvahekord või seksuaalvahekorda astumise katse, soovimatud seksuaalse alatooniga märkused või lähenemiskatsed või muul moel isiku seksuaalsuse vastu sunni abil toimepandud teod teise isiku poolt sõltumata tema suhtest ohvriga ükskõik millises kohas, sh kodus, tööl või mujal“ (12). Seega defineerib MTO seksuaalvägivalda laialt - see on nii vägistamine kui muu seksuaalse iseloomuga sunni abil toime pandud tegu, samuti seksuaalne ahistamine ja seda ükskõik kus ja ükskõik millise isiku poolt.

Lisaks toob MTO esile SV laiema kultuurilise dimensiooni – see hõlmab prostitutsioonile sundimist, inimkaubandust seksuaalse ärakasutamise eesmärgil, pornograafia tootmises osalema sundimist, laste seksuaalset ärakasutamist, sundabielusid (sh laste abielusid), sundi rasedumiseks, raseduse katkestamiseks ja steriliseerimiseks; neitsilikkuse tõestamise sundi; naiste suguelundite sandistavat moonutamist (ingl *female genital mutilation*) ja mitmeid teisi naistevastase vägivalla vorme (12).

Sooline vägivald (ingl *gender-based violence*) on vägivald, mis on suunatud isiku vastu tema soo, soolise identiteedi või soolise väljendumise tõttu või mis mõjutab ebaproportsionaalselt teatud soost isikuid (13).

Naistevastane vägivald on Euroopa Nõukogu naistevastase vägivalla ja perevägivalla ennetamise ja tõkestamise konventsiooni (Istanbuli konventsioon) kohaselt vägivald, mis on suunatud naiste vastu põhjusel, et tegemist on naisega, ning on naiste inimõiguste rikkumine ning naiste diskrimineerimise vorm; see hõlmab “kõiki soolise vägivalla akte, mille tulemusena või võimaliku tulemusena tekitatakse naisele füüsilisi, seksuaalseid, psühholoogilisi või majanduslikke kahjusid või kannatusi, sealhulgas selliste aktidega ähvardamist, sundi või

omavolilist vabadusest ilmajätmist sõltumata sellest, kas see leiab aset avalikus või eraelus” ja mis mõjutab naisi ebaproportsionaalselt suurel määral võrreldes meestega (13).

Lähisuhtevägivald (ingl *domestic violence*) – eesti keeles ka perevägivald – „igasugused füüsilise, seksuaalse, psüühilise ja majandusliku vägivalla aktid, mis leiavad aset perekonnas või kodus endiste või praeguste abikaasade või elukaaslaste vahel, sõltumata sellest, kas vägivallaakti toimepanija elab või on elanud ohvriga samas elukohas“ (13).

Paarisuhtevägivald (ingl *intimate partner violence*) – käitumisviis paarisuhtes, mis põhjustab füüsilist, seksuaalset või psühholoogilist kahju, sealhulgas füüsiline agressioon (laksu andmine, löömine, pekmine), seksuaalne väärkohtlemine (nt sunniviisiline seksuaalvahekord), psühholoogiline väärkohtlemine (nt hirmutamine, alandamine, pidev halvustamine) ja kontrolliv käitumine (nt inimese isoleerimine perekonnast ja sõpradest, tema liikumiste jälgimine ning infole või abile juurdepääsu piiramine) (12).

Kohtinguvägivald on emotsionaalne, füüsiline või seksuaalne vägivald (käimis)suhtes, kus vähemalt üks isik on teismeline (14).

Laste vastu suunatud seksuaalvägivalla (sageli nimetatud ka seksuaalseks väärkohtlemiseks) puhul on tegemist lapse kaasamisega seksuaalsesse tegevusse, mille sisust ta ei saa täielikult aru, ei ole võimeline andma teadlikku nõusolekut või milleks laps ei ole arenguliselt ette valmistatud ega saa seetõttu nõusolekut anda ning mis rikub seadusi või ühiskonna sotsiaalseid või õigusnorme (15).

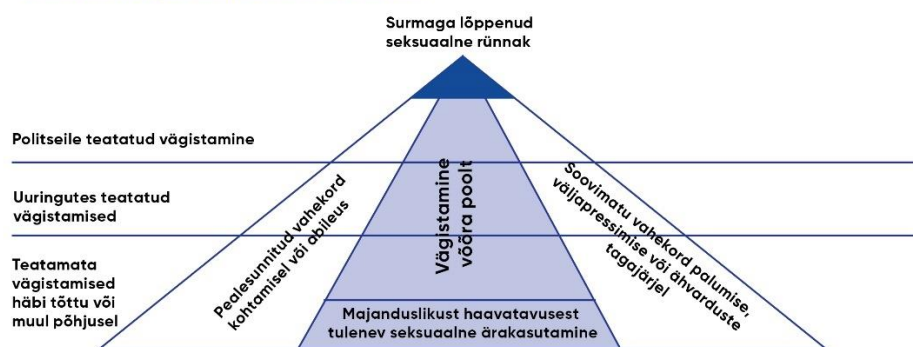
Seksuaalne ahistamine (ingl *sexual harassment*) – seksuaalse iseloomuga soovimatu sõnalise, mittesõnalise või füüsilise käitumise mis tahes vorm, mille eesmärk või tagajärg on isiku väärkuse rikkumine, eelkõige hirmutava, vaenuliku, alandava või ründava õhkkonna tekitamine (16).

2.2 Seksuaalvägivalla levimus maailmas

2.2.1 Seksuaalvägivald kui varjatud probleem

Hinnangud SV levimuse kohta erinevad suuresti sõltuvalt kasutatavatest SV definitsioonidest ja teabe kogumise viisist (12). MTO toob välja (joonis 1), et ainult väike osa ehk „jäämäe“ nähtav tipu osa SV juhtumitest registreeritakse politseis.

Seksuaalvägivalla probleemi ulatus



Joonis 1. Seksuaalvägivalla levimuse ja varjatuse proportsioon (kohandatud MTO joonise järgi) (12).

Ka seksuaalkuritegevuse statistika erineb riigiti märkimisväärselt. Statistiliste näitajate erinevus võib olla seotud erinevustega seadusandluses ja juriidilises kategoriseerimises, politseile teatamise ja kuritegude registreerimiste erinevuses ja mitte pelgalt SV tegelikus tasemes (3). Suurem SV levimus avaldub küsitlusuuringutes, kuid enamik juhtumitest ei kajastu üldse statistikas, sest ajendatuna häbist, hirmust ja teistest teguritest ei avalda suur hulk SV üleelanuid seda mitte kunagi (12). Alaraporteerimise põhjuseks on SV üleelanute sagedane süüdistamine, kuna SV on jätkuvalt tugevalt tabu- ja häbimärgistav teema (1).

Peamised andmed SV kohta saadakse küsitlusuuringute süstemaatilise ja põhjaliku analüüsi teel. Kuigi on teada, et kõik uuringud alahindavad SV levimust, siis puudulikult kavandatud või küsimuste mitmeti mõistetava formuleeringu puhul võib alaraporteerimine olla veelgi suurem ning arvulised näitajad veelgi enam eksitavad (1). Näiteks võivad eksitavad andmed tekkida seoses toimepanija määramisega – vahel ei võeta arvesse, et toimepanijaks võib olla ka praegune või endine elukaaslane, mitte ainult võõras inimene (1). Kuigi ühiskonnas levinud uskumused SV toimumisest on tekitanud kuvandi vägistamisest kui võõra poolt pimedal tänaval toime pandud kuriteost (17), näitavad paljud uuringud, et suurema tõenäosusega toimub SV ohvrite endi kodus tuttava, enamasti paarisuhtepartnerist vägivallatseja poolt (18). Lisaks sõltuvad tulemused sellest, kuidas konkreetses riigis on olukord vägivalla aktsepteeritavuse ja sellest rääkimise osas. Euroopa Põhiõiguste Ameti (ingl *European Union Agency for Fundamental Rights*) 2014. aastal läbi viidud uuring toob naistevastase vägivalla, sh ka SV osas välja, et see sõltub soolise võrdõiguslikkuse tasemest riigis (mida mõnikord nimetatakse ka Põhjamaade paradoksiks): SV levimus on kõrgem seal, kus sooline võrdsus on suurem ning teadvustatakse probleemi rohkem (3). Nende asjaolude

tõttu tuleb SV levimuse hindamisel alati arvestada, et see on ühiskonnas levinud, kuid varjatud nähtus.

MTO on hinnanud, et keskmiselt iga kolmas naine maailmas vanuses 15–49 aastat on vähemalt kord elus puutunud kokku SVga ja/või füüsilise vägivallaga, mis on toime pandud kas praeguse, endise abikaasa või elukaaslase poolt; on kogenud SV mittepartneri poolt või on kogenud SV mõlema – nii partneri kui mittepartneri poolt (1).

Euroopa Põhiõiguste Ameti (EPA) poolt 2014. aastal läbi viidud uuring EL riikides toob välja, et 11% naistest on alates 15. eluaastast kogenud SV, kas partneri või mõne teise isiku poolt. Uuring tõi välja, et hinnanguliselt 3,7 miljonit naist ELis oli kogenud SV uuringule eelneva aasta jooksul. Umbes 6% naistest alates 15. eluaastast on üle elanud vägistamiskatse. Sama hulk naisi on vastu tahtmist osalenud mingis seksuaalses tegevuses hirmust selle ees, mis võib juhtuda, kui nad seda ei tee. (3)

SVst on enim ohustatud noored naised vanuses 15–19 aastat. Selles vanuserühmas on üks tütarlaps neljast vähemalt korra elus kogenud SV ja/või füüsilist vägivalda partneri poolt (3). Vähemalt kord elus mittepartneri poolt on SV kogenud 6% naistest kogu maailmas (1).

Eeltoodust nähtub, et seksuaalvägivald on varjatud, kuid levinud.

2.2.2 Paarisuhtes toimuv seksuaalvägivald

SV esineb harva isoleeritult ja enamasti, eriti paarisuhtes, on kõik vägivalla liigid esindatud (19). Vägivald võib esineda suhte erinevates etappides ja enamasti süveneb aja jooksul. ELis elavatest naistest, kelle partner on vägivaldne, kirjeldab 82%, et esimene füüsilise ja/või seksuaalse vägivalla juhtum leidis aset kohe pärast seda, kui nad hakkasid koos elama. Samas 34% naistest on kogenud füüsilist ja/või SV eelmise partneri poolt, kui nad ei elanud enam koos. Viimasel juhul on võimalik, et vägivald aitas kaasa naise otsusele suhte lõpetada või leidis vägivald aset pärast lahkuminekut. (3) Paarisuhtes on suur tõenäosus SV kordumiseks. Iga kolmas (31%) vägistamise ohvriks sattunud naine oli kogenud kuus ja enamat juhtu praeguse partneri poolt ja olenemata SV liigist on kolmandik kuni veerand ohvritest üle elanud rohkem kui ühe intsidendi endise partneri poolt. EPA uuringust selgub, et SV ohvriks võivad langeda väga erineva sotsiaalmajandusliku taustaga naised. (3)

Eeltoodust nähtub, et SV on ka paarisuhtes sagedane probleem.

2.3 Seksuaalvägivaldalla levimus Eestis

SV on ka Eestis laialt levinud ja kuni viimase ajani ühiskonnas varjus olnud nähtus (3, 19–20).

Esmakordselt Eestis analüüsiti SV kogemust 1993. aasta kuriteoohvrite uuringus. Uuringu fookus oli selgitada kuriteo ohvriks langemise levikut ning SV käsitleti ühe kuriteoliigina (20). Selle uuringu andmetel oli rünnakut või ähvardusi kogenud 6,4% 16–74 aasta vanustest Eesti elanikest (21). Esimene ainult SV kogemist analüüsiv noorte uuring viidi läbi 1997–1998. aastal Tartumaal ning 2003. aastal käsitleti SV peamise teemana üldhariduskoolide ja kutsekoolide õpilaste küsitluses (20). Uuringu andmetel oli kogenud SV 11,6% 16–19 aastastest Eesti üldhariduskoolide ja kutsekoolide õpilastest (22).

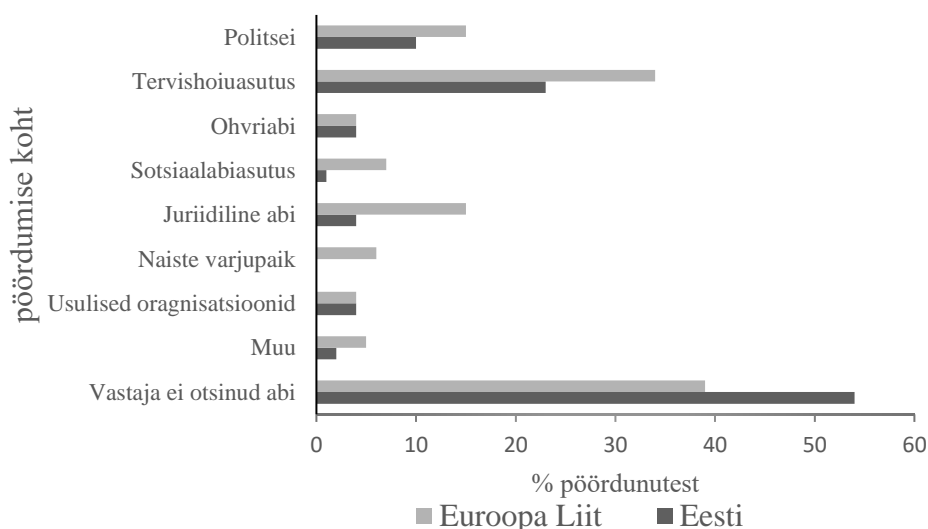
Alates 2001. aastast on Eestis läbi viidud täiskasvanud elanikkonnale suunatud uuringud, milles muuhulgas sooviti välja selgitada kokkupuude vägivallaga, ohvri profiil ja vägivald mõju ohvrile. Nii näiteks viidi 2004. ja 2014. aastal läbi rahvastikupõhine Eesti naiste tervise uuring, kus lisaks seksuaalintervist ja -teenuseid puudutavatele küsimustele olid küsimused ka SV kohta. Uuringu andmetel oli Eesti naistest vanuses 18–44 eluaastat 2014. aasta uuringus kogenud SV lapseas 5,8%, täiskasvanueas 4,2% ja nii lapse- kui täiskasvanueas 0,9% vastajatest. (23) Samal aastal läbi viidud meeste hoiakuid ja käitumist analüüsiv uuring kasutas samasuguseid küsimusi meeste vastu suunatud SV uurimiseks. Eesti meestest vanuses 18–44 eluaastat oli kogenud SV lapseas 0,6% ja täiskasvanueas 1,0% meestest. Nii lapse- kui täiskasvanueas SV kogemine meeste seas uuringust ei selgunud (andmed olid 0,0%). (23) Seega võib kirjeldatud andmete põhjal öelda, et SV kogevad Eestis nii naised kui mehed, kuid oluliselt sagedasem on levimus naiste hulgas.

Rahvusvaheline läbilõikeuuring rasedate naiste hulgas viidi läbi aastal 2010 kuues Euroopa riigis, Eesti kaasa arvatud (24). See hõlmas küsimusi emotsionaalse, füüsilise ja seksuaalse vägivaldalla kogemise kohta. Uuring tõi välja, et võrreldes teiste uuringus osalenud riikidega on Eestis kõrgeim nii füüsilise, emotsionaalse kui seksuaalse vägivaldalla levimus ja pea pooled vastajatest (45,5%) olid elu jooksul kogenud mõnda nimetatud vägivaldalla liiki. Võrdluseks Belgias oli see 23,2%, Islandil 35,5%, Taanis 33,6%, Norras 37,1 ja Rootsis 30,2%. Seksuaalvägivaldalla oli elu jooksul kogenud 18% vastajatest. (24)

Detailsemalt uuriti SV kogemist paarisuhtes ja väljaspool seda ning ka seksuaalse ahistamise juhtumeid 2014. aasta EPA naistevastase vägivaldalla uuringus (3). Sellest selgus, et Eesti naiste hulgas oli kas praeguse või endise partneri või mittepartneri poolt kogenud seksuaalvägivaldalla ja/või füüsilist vägivaldalla alates 15. eluaastast 33% vastajatest ehk iga kolmas naine. SV oli kogenud 13% naistest (3). Uuring, mis viidi läbi 2021. aastal 15–74-aastaste Eesti

elanike seas, näitas, et viimase aasta jooksul oli SV kogenud 2% vastanutest ning 6% vastajatest oli lapsepõlves üle elanud vägistamiskatse, 3% vägistamise (25).

Nagu eelpool märgitud, on politseisse pöördunute arvud vaid väike osa tegelikest SV juhtumitest (20). Järgnevalt toodud andmete põhjal võib oletada, et Eestis on jätkuvalt levinud ohvrit süüdistavad hoiakud ja seetõttu ei julgeta kogetud SV avaldada ja politseisse pöörduda. EL 27 liikmesriigis 2010. aastal läbi viidud uuring tõi välja, et 84% Eesti elanikkonnast pidas vägivalda soodustavaks teguriks naiste enda käitumist. See on teine kõrgeim tulemus pärast Leedut, kus sama arvas 86% elanikkonnast (26). Kuigi EPA 2014. aastal läbi viidud uuringust selgub, et 13% naistest on kokku puutunud SVga kas partneri või mittepartneri poolt, arvas ainult 11% Eesti naistest, et SV on suur probleem, EL arvas nii keskmiselt 27% naistest (3). Eestis otsivad SV üleelanud raskeima seksuaalvägivalla juhtumi korral abi enamasti tervishoiusüsteemist, kuid üldiselt on abi otsimine ja politsei poole pöördumine vähene võrreldes EL keskmisega (joonis 2).



Joonis 2. Raskeima seksuaalvägivalla juhtumi korral abi otsimine ja abi otsimisel pöördumise kohad (%). Allikas (kohandatud) (3).

Seega eeltoodust võib järeldada, et SV on Eestis sagedane. 2014. aastal ei peetud seda oluliseks probleemiks ja politseisse pöördumine oli vähene.

2.4 Seksuaalvägivalla mõju tervisele

Viimase paarikümne aasta jooksul on suurenenud tõendus põhiste andmete hulk, mis osutavad SV märkimisväärsele negatiivsele tervisemõjule. Vastavaid uuringuid on tehtud ka Eestis.

SV mõjud võivad olla kohesed või pikaajalised (19). MTO hinnangul ilmnevad SV kohesed mõjud vahetult pärast juhtunut ja on tavaliselt kergemini vägivallaga seostatavad. Pikaajaline mõju võib avalduda krooniliste haigustena, mis võivad kulgeda varjatult, ilmnedes alles aastaid hiljem ning ei pruugi olla esmapilgul SVga seostatav. (27) Lisaks negatiivsele tervisemõjule on täheldatud SV üleelanute seas ka suuremat riskikäitumist (28).

SV tervisemõju hindamisel peab arvestama, et SV esineb sageli koos teiste vägivalla liikidega ja eri vägivalla liikidel võib olla sünergistlik koosmõju. Nii näiteks leidsid Lippus ja kaasautorid, et üle poole (55,3%) vastanud naistest rahvastikupõhises Eesti naiste tervise uuringus olid kogunud kas emotsionaalset, füüsilist või SV, kuid kõiki kolme nimetatud vägivallaliiki oli kogunud elu jooksul 9,4% vastajatest (29), samas meeste hulgas sarnases uuringus oli kõiki kolme vägivalla liiki kogunud kolm korda vähem ehk 2,8% vastajatest (23). Kui vaadeldi mitme vägivallaliigi kogemise tervisemõju, siis selgus, et kõiki kolme uuritud vägivallaliiki kogunud naistel oli kõrgeim risk tajumaks oma tervist pigem halvana. Neil esines enam igapäevaseid tegevusi piiravaid kroonilisi haigusi, lootusetuse tunnet/masendust /depressiooni, rahulolematust oma eluga, muret oma seksuaalelu pärast ja seksuaalelu häireid. Autorid järeldasid, et SV tervisemõjude hindamisel tuleb arvesse võtta, et ohvrite hulgas on inimesi, kes kogevad mitut vägivallaliiki ja nende koosmõju tervisele on veelgi suurem. (29) Hoolimata tõenditest, et SV üleelanud kasutavad palju tervishoiuteenuseid, ei tea arstid sageli oma patsientide eluloo seda aspekti (30), sest hirm partneri ees või häbi ja hirm hukkamõistu ees ei lase neil alati arstiga rääkida kogetud vägivallast (31).

2.4.1 Seksuaalvägivalla kohesed mõjud

Kuigi SV tagajärjel enamasti vigastusi ei teki, siis juhtudel (32–33), kus vigastused siiski tekivad, võivad need olla eluohtlikud või fataalsed. SVga kaasneva füüsilise vägivalla tõttu võivad tekkida nii keha kui suguelundite vigastused, mis vajavad kohest ravi (nt luumurrud, peavigastused, suguelundite vigastused, verekaotus), valu leevendamist, teetanusevastast vaktsineerimist (saastunud haavad). SV tagajärjel, kui toimepanija ei kasuta kondoomi, võib üleelanu nakatuda seksuaalsel teel levivatesse nakkustesse, sh B-hepatiit ja HIVi, eriti kui suguelunditel ja anaalselt tekivad vigastused. SV tagajärjel võib soovimatult rasestuda, mis võib veelgi raskendada naise olukorda. (34)

Psühholoogilistest tagajärgedest on nimetatud kohese reaktsioonina šokki, eitamist, hirmu (35) segadust, ärevust, paanikat, foobiaid, endasse tõmbumist, süütunnet, närvilisust (12) ja enamasti valdavat häbitunnet juhtunu pärast (3). Samuti on üsna tavaline, et SV ohvrid

muutuvad kartlikuks. Umbes 2/3 ehk 64% naistest, kes on kogenud SVd praeguse või endise partneri poolt, ütlevad, et tunnevad juhtunu tõttu hirmu (3). Mõned naised võivad oma tundeid hoopiski alla suruda ning väliselt näida rahuliku ja vaoshoituna (36).

2.4.2 Seksuaalvägivalla pikaajalised mõjud

SV pikaajalised mõjud võivad tekkida ja süveneda kuude ja aastate jooksul pärast SV juhtumit ja olla iseloomult kroonilised.

Füüsilise tervise mõjuna on kirjeldatud erinevaid valusündroome ja sellest tingitud tagajärgi. Näiteks on SV üleelanutel sagedamini kõhu- ja vaagnapiirkonna operatsioone, ebamääraste valude tõttu esineb rohkem ravimite kõrvaltoimeid ning opioidide kroonilist kasutamist ja sõltuvust. (30) Kroonilise vaagnavalu tõttu tehakse rohkem uuringuid, esineb rohkem psühhosomaatilisi kaebusi ja madalamat tervise enesehinnangut (37). Lisaks on sagedasi pöördumisi krooniliste selja- ja peavaludega, valudega paljudes kehapiirkondades korraga, enam diagnoositakse migreeni (38). Levinud on ka seedetrakti sümptomid nagu iiveldus, oksendamine, kõhuvalu jne. Näiteks USAs naiste seas läbi viidud juhuslikustatud uuringust selgus, et seedetrakti sümptomeid esines SV üleelanutel kaks korda sagedamini (41%) võrreldes naistega, kes pole SVga kokku puutunud (26%) (19). SV üleelanud arvasid oluliselt sagedamini, et nad on ülekaalulised, võrreldes SV mitte kogenud naistega, ja et nad peaksid kaalus alla võtma. Neil esines äkilisi kaalumuutusi ja suurema tõenäosusega kogesid nad söömishäireid (39). Samuti esineb SV üleelanutel sageli hingamiseldite ja südameveresoonekonna haiguste sümptomeid, nagu õhupuudus, südamepekslemine, südame rütmihäired, stenokardia (38). SV all kannatavatel naistel esinevad sagedamini erinevad kroonilised haigused ning nad pöörduvad sagedamini arsti poole (27). Seetõttu ei ole nad võimelised töötama või viibivad sagedamini haiguslehel (37).

SV mõjutab seksuaalfunktsiooni: iha, erutuse ja seksuaalse naudingi puudumist, sagedamini esineb tupe kuivust ja valu seksuaalvahekorra ajal (40). Samuti kuuluvad pikaajaliste mõjude hulka valulikud ja vererohked menstruatsioonid (41), menstruaaltsükli ebaregulaarsus ja menstruatsioonieelsed häired (38). Eesti naiste tervise uuring tõi välja, et lähisuhtevägivalda kogenud naised raporteerivad vähem usaldusväärsete rasestumisvastaste vahendite ja kondoomi kasutamist. Samuti on neil rohkem seksuaalsel teel levivaid nakkusi, mis võib olla võimaliku viljatuse põhjuseks. (42) Uurijad on täheldanud tugevat seost SV ja vaimse tervise probleemide vahel (18). On leitud, et just SV põhjustab enam vaimse tervise häireid, võrreldes teiste vägivalla liikidega (43). Pikaajaliste mõjude hulka kuuluvad

ärevushäired, foobiad, paanikahäired ja depressioon. Vägistamise üleelanutest 30–94% võib elu jooksul kujuneda post-traumaatiline stressihäire (PTSD) (36). PTSD sümptomid võivad ilmnedagi kohe, kuid tähelepanuta ja ravita jätmise korral on neist teatatud ka aastaid pärast SV (19). Naistel, kes kogevad SV partneri poolt, on suurem risk PTSD või depressiooni kujunemiseks (44). Uurijad on märganud, et SV tagajärjel kujuneb PTSD oluliselt suurema tõenäosusega kui mis tahes muu raske trauma tagajärjel, nagu autoõnnetused, füüsilised rünnakud, röövid või looduskatastroofid (36).

Chen ja kaasautorid leidsid tugeva seose SV ja ärevushäirete, depressiooni, söömishäirete, unehäirete, PTSD vahel (45). USAs läbi viidud uuringust selgus, et võrreldes füüsilise vägivalla all kannatanud naistega olid SV kogunud naised 5,3 korda tõenäolisemalt teatanud 3 kuu jooksul enesetapu ähvardusest või -katses. Sarnases USA uuringus, kus osales 627 naist, võrreldi esimese SV kogemise vanust esimese enesetapukatse vanusega ning leiti, et nii enesetapumõtted kui enesetapukatsed järgnesid SVle sama aasta jooksul kolm korda tõenäolisemalt kui enne SV. (46)

SVga kokku puutunud naised on altimad riskeerivale seksuaal- ja tervisekäitumisele. Nad tarvitavad sagedamini uimasteid, sh alkoholi, ja suitsetavad, et tulla toime SVga seotud negatiivsete tunnetega. (19–20) Kokkupuude SV tõstab riski prostitutsioonis osalemiseks. Osad SV üleelanud näevad selles võimalust taastada kontroll oma keha üle, et ise otsustada, kellele oma keha puudutada lubavad. Teised aga vajavad raha uimastite tarbimiseks, mis aga sageli algab või süveneb just pärast kokkupuudet SVga. (27)

SV ohvrid kogevad sageli taasohvristamist, mis omakorda mõjutab pikaajaliselt nende vaimset tervist. Kanadas läbi viidud uuring tõi välja, et üleelanute mitteuskumine, naeruvääristamine ja taasohvristamine aitab kaasa usu ja usalduse kaotamisele politsei ja õigussüsteemi vastu, mis omakorda loob olukorra, kus juhtumitest ei teatata. (47)

2.5 Seksuaalvägivald kui rahvatervise probleem

Lähtuvalt eelpool kirjeldatud SV tervisemõjust on SV-l tõsised tagajärjed ja suur koormus riikide ja ühiskondade tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemile ning majandusele (1), lisaks põhjustab SV ohvrile suurel hulgal kannatusi ja valu (27).

Mõistmaks paremini vägivalla rahalist kulu ühiskonnale näeb Hoeffler seda sarnasena sõdade ja terrorismiga kaasnevate kuludega riikide majandusele (kulu meditsiinisüsteemile,

saamata jäänud isiklik tulu puude või vigastuste tõttu, kulud perekonnale või kogukonnale ohvri eest hoolitsemisel, kulud politsei- ja õigussüsteemile jne) (48).

Kulud ühiskonnale võib jagada otsesteks ja kaudseteks. Otsesed kulud tekivad seoses vägivallasündmusega, näiteks meditsiinilised ja juriidilised kulud. Kaudsed kulud on SV tagajärjel kaotatud võimalused, näiteks ohvri osaluse vähenemine, kaotatud investeeringud sotsiaalsesse kapitali ja elukvaliteedi langusest põhjustatud kulud. Arstiabi, saamata jäänud tulu ja õigussüsteemi kulusid on lihtne mõõta, kuid valu, kannatuste, halvenenud elukvaliteedi ja psühholoogilise stressi kaudseid kulusid on keerulisem rahaks arvestada ning need ongi kuluprognoside erinevuste põhjuseks. (27) Näiteks Austraalias 18–44-aastaste naiste seas läbi viidud uuringus leiti, et SV põhjustab 7% üldisest haiguskoormusest (49). Ühendkuningriigis analüüsiti lähisuhtevägivalla mõju majandusele ning selgus, et Inglismaa ja Wales'i majandusele on see kulu ligikaudu 23 miljardit naela aastas (50). Pettai jt analüüsisid 2016. aastal Eestis füüsilise ja seksuaalvägivalla tagajärjel tekkivaid kulusid ning tulemuseks saadi hinnanguliselt 116,5 miljonit eurot aastas (51). Euroopa Soolise Võrdõiguslikkuse Instituudi hinnangul võib see summa ulatuda kuni 320 miljoni euronni aastas (47).

Probleemi laiapõhjalisus näitab, et paarisuhte- ja seksuaalvägivalla ennetamine on üliolulise tähtsusega nii inimkannatuste vähendamise seisukohast kui ka pikaajaliste üksikisiku, majanduse ja rahvatervisega seotud kulutuste vähendamiseks (2).

2.6 Seksuaalvägivalla ennetus

Seksuaalvägivalla levimuse erinevused riikide ja piirkondade sees ning vahel näitavad, et SV ei ole tingimata vältimatu ja seda saab ennetada. Ennetamine nõuab aga soolise, majandusliku ja sotsiaalse ebavõrdsuse käsitlemist ning naistevastast vägivalda soodustavate soonormide muutumist (1).

2.6.1 Esmane ennetus

SV ärahoidmist peetakse üha olulisemaks ja vajalikuks täienduseks olemasolevatele, peamiselt teistele strateegiatele, mille eesmärk on ennetada pärast SV toimumist uuesti ohvriks langemist, vägivalla kordumist ja leevendada SV kahjustavat mõju ohvritele. Põhjalikud hindamisuuringud toimivate SV esmaste ennetusstrateegiade kohta puuduvad, küll aga on läbi viidud ennetusprogrammide eel- ja järelhindamisi. SV levimuse arvestatavaks vähendamiseks

peetakse vajalikuks esmajoones tegelike ja potentsiaalsete toimepanijate vähendamist ühiskonnas, mille kaudu väheneb vägivalda toimepanemine ja ohvriks langemine. (52)

MTO hinnangul peaksid ennetuspoliitika ja -programmid olema lisaks proaktiivsusele tõendus põhised. Ennetus peab põhinema probleemi algpõhjustel nagu soolise ebavõrdsuse vähendamine, et võimalikult vähe naisi üldse oleks mõjutatud vägivallast (2), vägivalda sallivuse ja tolereerimise vähendamisele (53), vägivalda taunivate sotsiaalsete normide edendamisele ning toetava keskkonna kujundamisele (54).

Ennetusmeetmed peavad hõlmama mitmetasandilist sekkumist, sh peetakse oluliseks:

- muuta sotsiaalseid norme, mis ülistavad ja kinnistavad soostereotüüpe;
- reformida perekonnaseadusi;
- tugevdada naiste majanduslikke õigusi;
- üksikisiku tasandil rakendada strateegiaid, tegelemaks hoiakutega, mis õigustavad naistevastast vägivalda ja tugevdavad soostereotüüpseid rolle perekonnas;
- vähendada kokkupuudet vägivaldaga lapseas;
- ennetada uimastite tarvitamist. (1)

Kuna noored naised on SV suhtes eriti haavatavad, peab välja töötama sihipäraseid ennetus- ja teadlikkuse tõstmise programme noorte jaoks, mis käsitlevad turvaliste suhete ja kohtinguvägivalda temaatikat (3). Kuid ainuüksi teadmiste suurendamisele ja hoiakute muutmisele suunatud haridusprogrammid ei too muutust vägivaldses käitumises (52).

Noortele suunatud vägivalda ennetuses on tõhus kombinatsioon sekkumistest, mis algab tervete suhteoskuste õpetamisest, vägivalda taunivate sotsiaalsete normide propageerimisest ning kaitsva keskkonna loomisest, kaasa arvatud turvalise keskkonna edendamist koolis. Sellised sekkumised võivad parandada oskust käituda suhetes, tõsta inimese enesetõhusust ja konfliktide lahendamise ja abi otsimise oskust, mis viib riskikäitumise vähenemiseni. Vastavad sekkumised toetava keskkonna loomisel võivad suurendada juurdepääsu nõu ja abi saamiseks. (54)

Sekkimised võivad olla suunatud kas otse vägivaldsetele või kõrvaltvaatajatele. Viimased saavad märgata riskantset olukorda ning sekkuda või siis kaudselt märgata ja reageerida vaenulikule suhtumisele naistesse: näiteks solvavatele naljadele või objektistavale suhtumisele (54). Kuna suurema osa SV juhtudest panevad toime mehed, tuleks mehi julgustada austama ja kaitsma naiste väärikust. Mitmed riigid üle maailma on käivitanud Valge Lindi Kampania, mille käigus just mehed tegelevad naistevastase vägivalda ennetamisega. On tehtud ettepanekud, et selliseid kampaniaid võiks läbi viia kõigis ELi liikmesriikides. (3)

Üle saja SV ennetamisele suunatud uurimistöö hindamisel leidis DeGue kaasautoritega, et enam kui 2/3 sekkumistest on suunatud kõrgkooli noortele. Kuna aga paljud kõrgkooli tulnud noored mehed võivad olla juba enne kõrgkooli jõudmist või kohe pärast seda toime pannud SV, siis sellele vanuserühmale suunatud ennetustegevused ei toeta põhimõtet ennetada SV enne selle esmast toimumist. Seega parim iga ennetuseks on nooremad kui kõrgkooliealised (52), meie mõistes põhikooli- ja gümnaasiumiõpilased.

Uuringutest selgub, et kõige edukamad on ennetavad sekkumised, mis hõlmavad interaktiivset juhendamist ja võimalusi aktiivõppeks, nagu rollimängud, oskuste harjutamine, rühmategevused, arutelud jne (52). Üheks tõhusaks SV ennetavaks strateegiaks on põhikooli ja gümnaasiuminoortele suunatud kohtinguvägivalda ennetavad strateegiad, kus käsitletakse hoiakute, sotsiaalsete normide (soostereotüübid) ja tervislike suhteoskuste teemat. Sarnaseid sekkumisi sisaldava programmi hindamisel selgus, et sekkumiserühma õpilased langesid oluliselt väiksema tõenäosusega kohtingul SV ohvriteks või toimepanijateks, võrreldes kontrollrühma õpilastega. (54)

Eestis on siseministeeriumi algatusel koostatud samadel põhimõtetel õpetaja juhendmaterjal „Terved ja turvalised suhted“, mis on suunatud II ja III kooliastme ja gümnaasiumiõpilastele ning käsitleb noorte kohtingu- ja seksuaalvägivallaga seotud aspekte ja ennetust (55). Materjali katsetamisel selgus, et juba kolme temaatilise koolitunni läbiviimisel vähenesid õpilaste hulgas soostereotüüpsed ja suhtevägivalda lubavad hoiakud (56).

2.6.2 Teisene ennetus

Sekundaarne ehk teisene ennetus tähendab kiiret ja kohest reageerimist juba aset leidnud SV juhtumi järgselt peamiselt meditsiinisüsteemis (2). SV esinemisel peab olema tagatud võimalikult varajane sekkumine, et vältida riskeerivat ja ennast kahjustavat tervise- ja seksuaalkäitumist. Abi osutamisel peab olema tagatud eelarvamustevaba õhkkond, et vältida SV üleelanu taasohvristamist (26). Tervishoiusektoril on unikaalne võimalus tegeleda naistevastase vägivallaga, peamiselt seksuaal- ja reproduktiivtervise teenuste kaudu, kuna enamik naisi vajab ja kasutab seda mingil hetkel oma elus kindlasti (57). Näiteks korraline emadushoolduse külastus raseduse ajal annab võimaluse tuvastada seksuaal- ja paarisuhtevägivalda ja pakkuda spetsialiseeritud abi (24). Seda enam, et 87% uuritud naistest peab aktsepteeritavaks, kui meedik tavakülastuse käigus uurib vägivalla kogemise kohta, eriti kui patsient on haavatavas sihtrühmas ja kui ilmnevad teatud vigastused (3). Ka Eesti naistearstide seltsi raseduse jälgimise juhend soovitab vägivalla suhtes rasedate skriinimist (58).

Kahjuks on vähestel meedikutel oskused märgata naise terviseprobleemide juurpõhjusena vägivalda või pakkuda abi, eriti olukorras, kus teised teenused ei pruugi olla kättesaadavad (57). Seetõttu on oluline parandada pidevalt riskiolukordadega kokkupuutuvate professionaalide vastavaid teadmisi ja oskusi (sh meedikud, politsei- ja sotsiaaltöötajad, õpetajad ja lasteaiaõpetajad, psühholoogid, terapeutid, juristid, kohtunikud, sotsiaaltöötajad ja meediaspetsialistid) (53). Kõiki tervishoiutöötajaid tuleks harida igast soost patsientide SV kokkupuute ja teatud terviseprobleemide võimalikest seostest, et nad tunneksid vägivalda ära ja teaksid, kuidas reageerida (26). Tervishoiusektoril on ülioluline roll käituda proaktiivselt vägivalda ennetamisel koostöös menetlusorganitega, kuid tervishoiusektor ei saa seda teha üksi (26).

Avalikud sekkumised peavad olema suunatud naiste kui ohvrite õiguste kaitsele (3). Lisaks peavad olema eraldi teavituskampaaniad elanikkonna gruppidele, kellel on suurem oht langeda vägivalda ohvriks, pakkudes teavet teenuste kohta ning julgustades otsima tuge ja abi. Samuti kasutada vägivallatsetele ja kurjategijatele suunatud nõustamis- ja raviprogramme. (53)

2.7 Seksuaalvägivalda kriisiabikeskused maailmas ja ajalooline taust

Ajalooliselt loodi esimesed seksuaalvägivalda kriisiabikeskused (SAK, ingl *sexual assault center*) 1970-ndatel USAs ja Austraalias. Uue teenuse loomise vajaduse tingis olukord, kus peamiselt tervishoiutöötajad leidsid, et politseijaoskond ei ole sobilik koht SV ohvri läbivaatamiseks, lisaks paljud ohvrid ei julge politseisse pöörduda, kuid oleksid valmis pöörduma abi järele tervishoiuasutusse. Nii sai alguse mõte tänapäevaste SAKide loomiseks (59).

Euroopas loodi esimene SAK 1985. aastal Iirimaal Dublinis. Aasta hiljem asutati St. Mary Keskus Ühendkuningriigis ja tänaseks on seal 36 SAKi. Enamikes Põhjamaades, millest Norra oli esimene, hakati alates 1986. aastast looma sarnaseid sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi juurde kuuluvaid multidistsiplinaarseid keskuseid SV üleelanutele. (10) Sellele järgnesid 1993. aastal keskused Islandil, 1994. aastal Rootsis ja 2000. aastal Taanis. Kuigi need keskused olid mõnevõrra erinevalt üles ehitatud, oli ühiseks tunnuseks see, et need loodi haiglate või perearstikeskuste juurde, et pakkuda SV üleelanutele terviklikku, nende vajadustele vastavat abi (10) ning tänaseks on neil kindel koht tervishoiusüsteemis (60). Peamiselt töötavad keskustes õed ja arstid (tavaliselt naistearstid või üldarstid), sotsiaaltöötajad ja psühholoogid (10). Seksuaalvägivalda kriisiabikeskused pakuvad SV kogenud igast soost ja igas vanuses

inimestele mitmekülgset (meditsiinilist, kohtumeditsiinilist ja psühholoogilist) abi ühest kohast samal ajahetkel. SAKide loomisega kaasnev väga oluline uuendus seisneb selles, et abi osutatakse kõigile, ka neile, kes pole eelnevalt politseisse pöördunud. (29) Teaduskirjandus on näidanud, et kui juurdepääs SAK teenusele ei eelda eelnevat politseisse pöördumist, on pöördumiste arv oluliselt suurem (59).

Tänapäeval soovitab MTO terviklikuks ja patsiendikeskseks lähenemiseks kasutada SAKi mudelit (57). SAK asub reeglina haiglas erakorralise meditsiini osakonna läheduses, on eraldi juurdepääsuga ning on kättesaadav 24/7 (54,56).

SAKides peab olema väljaõppinud personal ja standardiseeritud juhised ohvri käsitlemiseks, hea koostöö politsei ja kohtuarstidega ning need peavad olema riiklikult rahastatud (59). Lisaks oodatakse SAK spetsialistidelt osalemist SV riiklike poliitikate väljatöötamisel, hindamisel ja rakendamisel ning teavitustööd patsientide, personali ja kogukonna seas. Vaadates praeguseid teenuseid mitmetes Euroopa riikides, on näha, et erinevaid SV üleelanutele suunatud teenuseid pakutakse heal tasemel, kuid puudus on üleriiklikest multidistsiplinaarsetest standardsetest teenustest – igal inimesel peaks olema juurdepääs SAK spetsialistidele ja kvaliteetsele teenusele riigi kõigis piirkondades. SAKi teenuse arendamisel nähakse vajadust parandada psühholoogilise toe kättesaadavust ja kohe esmasel SAKi pöördumisel võimalust vestluseks politseiga, samuti igakülgse vaimse ja seksuaalrõõmu jätkutoele. (59)

SV ohvritele osutatav abi on suurel määral edasi aidanud teaduslikud uuendused (61). Üks esimesi uuendusi oli esmakordselt USAs 1970ndatel disainitud kohtumeditsiinilise tõendusmaterjali kogumise karp (*ingl rape-kit*), mille sisuks olid vajalikud vahendid SV üleelanutelt tõendusmaterjali kogumiseks ning nõuetekohaseks hoiustamiseks. Teiseks oluliseks uuenduseks võib nimetada DNA analüüsi, mida hakati kasutama esmakordselt 1986. aastal Ühendkuningriigis toimepanijalt pärineva bioloogilise materjali kindlakstegemiseks. Kolmanda uuendusena nimetatakse postkoitaalse kontratseptsiooni kasutamist. SOS-pille saab manustada kuni viie ööpäeva jooksul pärast kaitsmata seksuaalvahekorda. (61) Neljanda uuendusena saab ära märkida HIV ennetav ravi (*ingl post-exposure prophylaxis e HIV-PEP*), mida saab manustada 72 tunni jooksul, ennetamaks võimalikku nakatumist HIVisse seksuaalrõõmu jätkajärjel (62).

2.8 Seksuaalvägivald kriisikeskused Eestis

Eesti ühiskonnas on alates taasiseseisvumisest toimunud märkimisväärsed muutused ka suhtumises vägivalda. On koostatud vägivaldaennetuse kokkulepe (63), lähisuhtevägivalda juhtumid on politsei jaoks prioriteet ning elanike seas on tekkinud laiem mõistmine, et vägivald mõjutab kogu ühiskonda ja ei ole seetõttu kellegi eraasi (64). Istanbuli konventsioon allkirjastati 2014. aastal ning 2017. aastal võeti vastu konventsiooni ratifitseerimise seadus, mis andis võimaluse astuda otsustavaid samme SV ohvrite abistamiseks ka Eestis (65). Siiski on veel mitmeid kitsaskohti ja suur lõhe soolises võrdõiguslikkuses ja hoiakutes võrreldes näiteks Põhjamaadega (27).

Norra finantsmehhanismi toetustest 2009–2014. aastal asus Eesti sotsiaalministeerium viima ellu projekti “Seksuaalvägivald ohvrite abistamiseks laiapõhjalise koostöövõrgustiku loomine ja võimestamine.” Projekt lõi valmisoleku SAKide asutamiseks Eestis. Koostati ülevaade SV uuringutest Eestis (20), standardiseeritud käsitusjuhend SV üleelanute abistamiseks medikutele (62) ning toimusid medikute koolitused, millest ühtekokku võttis osa üle 500 spetsialisti. SAKide töö käivitati standardiseeritud juhise (62) järgi 2016. aasta mais Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK) ja Lääne–Tallinna Keskhaiglas (LTKH), esialgu haiglate oma vahenditega (62). Sotsiaalkindlustusameti rahastus SAKide tegevusele saadi alates 2017. aastast riigihanke kaudu, mida on tänaseks korraldatud kolmel korral. SAKe rahastab kaudselt ka Tervisekassa üleelanutele pakutavate tervishoiuteenuste kaudu, samuti toimub SAK tegevus tervishoiuasutuse ruumides ja seal töötab sama asutuse meditsiinipersonal. Seega on SAKide töö rahastatud praegu mitmest allikast. SAKid pakuvad SV üleelanutele standardiseeritud ööpäevaringset abi seitse ööpäeva pärast SV neljas Eesti piirkonnas: Põhja-Eestis (LTKH), Lõuna-Eestis (TÜK), Lääne-Eestis Pärnu Haiglas (PH) ja Ida-Eestis Ida-Viru Keskhaiglas (IVKH). (11) SAK teenust on esmakordselt kirjeldatud ka 2023. aasta aprillis jõustunud EV Ohvriabi seaduses (66). SAKide eesmärk ja sisu on selles sätestatud § 22 järgmiselt:

(1) Seksuaalvägivald kriisiabi eesmärk on tagada seksuaalvägivald ohvrile seksuaalvägivald tõttu vajalik meditsiiniline abi ja esmane psühhosotsiaalne abi, et aidata kaasa ohvri füüsilisele ja psühhosotsiaalsele taastumisele.

(2) Seksuaalvägivald kriisiabi sisaldab järgmist:

- 1) ohvri seisundi esmane hindamine, et otsustada teenuse vajaduse ja mahu üle;
- 2) esmane psühhosotsiaalne abi;
- 3) seksuaalvägivald tõttu vajalike tervishoiuteenuste tagamine koos kohtumeditiinilise tõendmaterjali kogumisega;
- 4) seksuaalvägivald tõttu vajalikud ravimid ja abivahendid;

5) ohvri psühholoogiline ja muu nõustamine.

(3) Kui seksuaalvägivalla ohver on kindlustatud isik ravikindlustuse seaduse § 5 tähenduses, hüvitatakse käesoleva seaduse alusel isikule osutatud tervishoiuteenuste kulude see osa, mida ravikindlustus ei kata. (66)

2.9 Seksuaalvägivalla üleelanute esmase abi põhimõtted

Tervishoiusüsteem on unikaalses positsioonis, et pakkuda esmast (kohtu)meditsiinilist ja psühhosotsiaalset abi SV üleelanutele. Samuti on just tervishoiusüsteem see, kuhu vägivalla ohvrid ise kõige enam pöörduda soovivad. (3)

MTO avaldas üksikasjaliku SV üleelanute soovitatava abi juhise esmakordselt aastal 2002 (7). Hiljem on peamisi põhimõtteid ja tegevusi täiendatud aastal 2014 (67). Üldiste põhimõtetenäha näetakse patsiendikeskset lähenemist, millel on kaks olulist aspekti: inimõiguste austamine ja soolise võrdõiguslikkuse edendamine. Kuna peamiselt on ohvriteks naised, siis pööratakse tähelepanu sellele, et meedikutel oleksid teadmised ja hoiakud just naistevastase vägivalla osas – tervishoiutöötajad peaksid olema eelarvamustest vabad. (7)

Juhend toob välja, et SV üleelanutele abi pakkumisel on prioriteediks kannatanu tervis ja heaolu ning patsiendi taasohvrustamise vältimiseks peaksid kõik vajalikud teenused olema kättesaadavad ühest kohast. MTO soovib pakkuda SV üleelanule teenust vähemalt viie ööpäeva jooksul pärast toimunut ning abi peab olema kättesaadav 24 tundi ööpäevas kõigil nädalapäevadel. Teenus soovitatakse integreerida tervishoiusüsteemi, mitte pakkuda seda eraldiseisvana, ja see peab olema ligipääsetav, turvaline ja privaatne. (31) MTO rõhutab veel, et SV üleelanule abi osutamiseks peavad tervishoiutöötajad saama spetsiaalset koolitust ja kõik SV ohvriga kokkupuutuvad professionaalid peaksid tegema tõhusat koostööd (7).

MTO toob esile SV üleelanu esmatasandi toetuses kuus olulist aspekti (tabel 1). Punkt „teosta“ puudutab ainult SV üleelanuid, teised punktid on kohaldatavad ka lähisuhtevägivalla ohvrile (31).

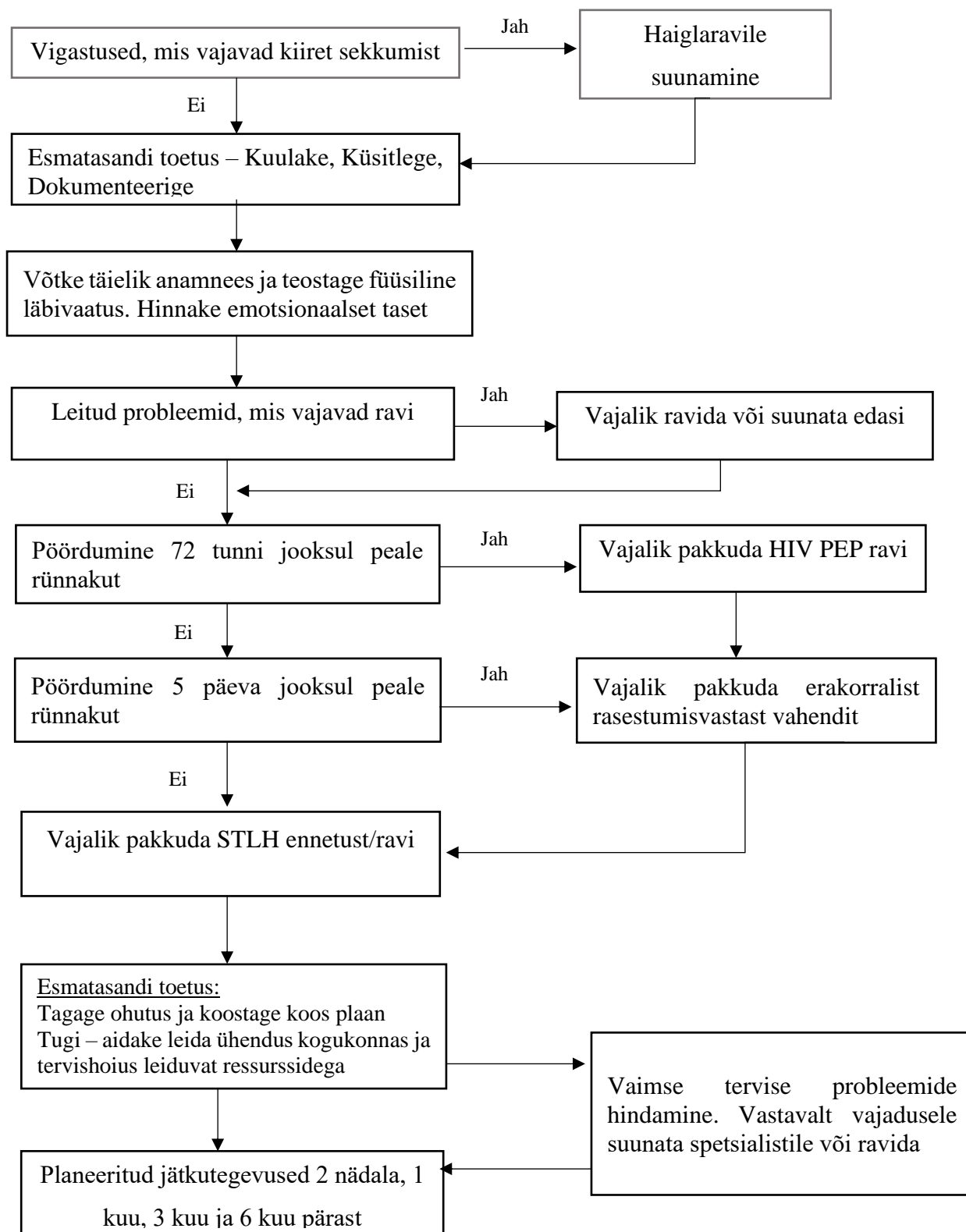
Tabel 1. SV üleelanu kuus olulisemat aspekti esmatasandi toetuses (31).

KUULA	Kuulake üleelanut tähelepanelikult, empaatiliselt, hinnanguvabalt.
UURI	Uurige vajadusi ja muresid: emotsionaalseid, füüsilisi sotsiaalseid ja praktilisi (nt vajadus lapsehoiu järele).
NÄITA	Näidake, et te mõistate ja usute teda. Kinnitage, et see ei ole tema süü.
TEOSTA (see punkt puudutab ainult SV üleelanuid)	Teostage läbivaatus (ravige füüsilisi vigastusi, hinnake vajadust erakorraliste rasestumisvastaste vahendite järele, ennetage STLHi ja HIVi, planeerige järelravi vajadust).
SUURENDA TURVALISUST	Arutage läbi ja planeerige, kuidas kaitsta end edasise kahju eest, kui vägivald kordub. Vajadusel koostage plaan.
TOETUS	Aidake patsiendil saada ühendus teabe, teenuste ja sotsiaalse toega.

SV üleelanu läbivaatus peab olema põhjalik. See on aeganõudev, sest lisatrauma vältimiseks tuleb võimalusel teha meditsiinilist läbivaatust ja kohtuekspertiisi tõendeid koguda samaaegselt. See võib olla patsiendile koormav (7).

Meditsiinitöötajale soovitatakse võtta täielik anamnees, sh rünnakust möödunud aeg ja ründe iseloom; välja tuleb selgitada raseduse oht ning HIVi ja teiste suguhaiguste risk; vaimse tervise seisund. Esmase anamneesi alusel tehakse kindlaks, milline abi on asjakohane. Seejärel viiakse läbi kogu keha läbivaatus (pealaest jalatallani, ka suguelundid), tehes seda osade kaupa. MTO rõhutab eraldi hädaabi kontratseptsiooni ja HIV-PEPi vajadust. Juhend sisaldab ka ülevaadet psühholoogilise abi meetodite kohta nii kohe pärast toimunut kui kolme kuu möödudes. (7, 64)

Oluline on taotleda patsiendi teadlikku nõusolekut kõikides tegevustes nii läbivaatuseks, tõendite kogumiseks kui ka info edastamiseks kolmandatele osapooltele. Läbivaatuse ajal tuleb patsienti toimuvaga kursis hoida ja anda võimalus küsimusi esitada. Et ükski detail ei jääks vahele, tuleb läbivaatus teostada “varbast pealaeni” ning leid hoolikalt dokumenteerida (Lisa 1). Olulisim kogu protsessi juures on seada esikohale patsiendi ohutus, tervis ja heaolu, tema kohtlemine austavalt ja kaastundlikult aitab üleelatud traumast taastuda. (7) MTO soovitab pakkuda abi vahetult SV järgselt järgmiselt (joonis 3).



Joonis 3. Maailma Terviseorganisatsiooni soovituslik skeem abi pakkumiseks vahetult seksuaalrünnaku järgselt (68).

Eestis valmis SAK teenuse osutamiseks ja üldise teadlikkuse tõstmiseks 2016. aastal standardiseeritud juhend meedikutele, kus on üksikasjalikult ja etapiviisiliselt kirjeldatud kogu antav abi SAKi pöördunule (62). Juhend on kasutusel kõigis SAKides Eestis, samuti kasutatakse kõigis ühesugust protokollit (Lisa 1) (31). Seega tegutsevad eelduste kohaselt SAKid Eestis standardiseeritult, kuid siiani ei ole seda eraldi analüüsitud.

3. Eesmärgid

Magistritöö põhieesmärk oli anda seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste andmekogu põhjal ülevaade Eesti seksuaalvägivalla kriisiabikeskustesse pöördunutest, toimepanijatest, pöördumisest, seksuaalrännaku iseloomust ja osutatavast abist alates keskuste asutamisest 2016. aastal kuni tänaseni.

Töö alaeesmärgid on:

1. Kirjeldada SAKi pöördunud seksuaalvägivalla üleelanute, toimepanijate, pöördumise, seksuaalrännakuga ja abi osutamisega seotud tunnuseid nelja erineva seksuaalvägivalla kriisiabi keskuse võrdluses: Tartu Ülikooli Kliinikum, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla ja Pärnu Haigla.
2. Analüüsida erinevusi esmalt politseisse või esmalt SAKi pöördunute vahel.
3. Analüüsida erinevusi vigastustega ja vigastusteta pöördunute vahel.

4. Materjal ja metoodika

4.1 Seksuaalvägivald kriisiabikeskuste andmekogu

SAKide loomise ja arendamisega alates 2016. aastast tekkis samaaegselt vajadus ühtse andmekogu järele, mis võimaldab jälgida SV üleelanuid iseloomustavaid tunnuseid, seksuaalrännaku tunnuseid ja pakutavat abi (60). Selleks loodi TÜ meditsiinivaldkonna kliiniliste uuringute keskuses aastal 2020 Eesti seksuaalvägivald kriisiabikeskuste andmekogu (TÜ eetikakomitee luba 294/T-8 (17.06.2019)). Andmekogu võimaldab kümne aasta jooksul (2020–2029) koguda pseudonüümitud andmeid, mida kogutakse SV üleelanu kohta SAKi pöördumisel, kasutades selleks standardiseeritud seksuaalvägivald meditsiinilise läbivaatuse protokollid. Magistritöö autor on andmekogusse sisestanud tagantjärele andmed SAKi protokollidest aastate 2016–2019 kohta (ilma isikuandmeteta).

Andmekogu loodi REDCap (ingl *Research Electronic Data Capture*) rakendusega (69), mis on turvaline veebirakendus teaduslike küsitluste ja andmekogude loomiseks ja haldamiseks. See on majutatud Tartu Ülikooli teaduspilve serveritesse, mis on sertifitseeritud vastavalt ISKE-M tasemele, turvaklass KITIS2.

Iga abi järele pöördunud SV üleelanu kohta sisestatakse andmebaasi 65 tunnust. Tunnused saadakse ohvri pöördumisel kogutud andmete põhjal standardiseeritud protokollist (Lisa 1) ja kantakse iga raviasutuse volitatud isiku poolt jooksvalt andmekogusse. Sisendit korrigeeritakse vastavalt kogutud andmetele ja osapoolte vajadustele iga-aastaselt.

SV üleelanule ja/või seaduslikule esindajale tutvustatakse pöördumisel ka andmekogu. Juhul, kui nad on nõus nende andmete kogumisega, siis allkirjastatakse informeeritud nõusoleku leht kahes eksemplari, millest üks jääb SAKi ja teine pöördunud ja/või tema seaduslikule esindajale. Informeeritud nõusolekulehed on olemas kolmes keeles (eesti, vene, inglise), eraldi alaealisele 7–11-aastase infoleht (Lisa 4) ja 12–17-aastase infoleht (Lisa 3) ning tema esindajale (Lisa 5). Nõusoleku puudumisel sisestatakse juhtumi andmed andmekogusse ilma isikuandmeteta.

4.2 Andmestik ja valimi moodustamine

Magistritöö põhineb SAKi andmekogusse sisestatud SAKi pöördunute meditsiinilise läbivaatuse protokollide andmetel, mis tuginevad juhtumitel alates 5. jaanuarist 2016 kuni 1. märtsini 2023. Meditsiinilise läbivaatuse protokoll täidetakse SV ohvri pöördumisel ühte neljast Eestis olevast SAKist: LTKH, TÜK, PH, IVKH. Analüüsist jäeti välja alla 10-aastaste andmed, kuna nende hulgas oli enam juhtumeid, mille puhul mitmete kogutavate tunnuste kohta andmed puudusid. Samuti oli alla 10-aastaste laste hulgas rohkem neid, keda oli suunatud SAKi kontrolliks, ilma selge SV kahtluseta, nt suguelundite esineva haiguse diferentsiaaldiagnostikaks. Kokku oli andmekogus kirjeldatud perioodil 755 kirjet üle 10-aastaste pöördunute juhtumite kohta. Reaalseid isikuid oli vähem, sest üksikutel juhtudel oli tegemist korduva pöördumisega sama isiku poolt. Isikustatud andmeid on võimalik analüüsida alates aastast 2020, mil andmekogu loodi, enne seda on kõik andmed isikustamata ning korduvaid pöördumisi ei ole võimalik kindlaks teha. Andmekogus on praegu 463 isikukoodiga pöördunu andmed ja nende hulgas on 11 inimest, kes on pöördunud SAKi kahel korral. Tabelis 2 on toodud magistritöösse kaasatud juhtumite arv uuringuaastate lõikes.

Tabel 2. Töös kasutatud seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste andmekogu juhtude arv, 2016–2023.

Aasta	Arv	Osakaal (%)
2016	29	3,8
2017	44	5,8
2018	83	11,0
2019	120	15,9
2020	121	16,0
2021	145	19,2
2022	186	24,6
2023 ¹	27	3,6
Kokku	755	100,0

¹seisuga 01.03.2023

4.3 Töös kasutatud tunnused

Järgnevalt on esitatud töös kasutatud andmekogu tunnused.

4.3.1 Seksuaalvägivalla üleelanutega seotud tunnused

Vanus arvutati automaatselt andmebaasi sisestatud sünniaja järgi. Töös jaotati uuritavad vanuse alusel kaheks: 1) 10–17, 2) 18 aastat ja vanemad.

Sugu: naine, mees.

Rahvuse kohta oli andmebaasis andmed järgmiselt: eestlane, venelane, muu. Töös rühmitati rahvus kaheks: 1) eestlane, 2) mitte-eestlane.

Varasemalt kogetud seksuaalvägivalla kohta olid andmebaasis registreeritud vastusevariandid “jah”, “ei”, “ei tea”.

Varasema seksuaalvahekorra kogemuse kohta oli andmebaasis registreeritud järgmiselt: “Kas on olnud varem tupekaudes vahekorras?” Vastusevariandid olid “jah”, “ei”, “ei tea”.

4.3.2 Toimepanijatega seotud tunnused

Toimepanijate arv oli andmebaasis sisestatud numbriliselt. Töös rühmitati kolmeks: 1) üks 2) kaks ja enam (kaks, kolm, neli ja enam), 3) ei tea.

Toimepanija sugu oli andmebaasis sisestatud järgmiselt; mees, naine, ei tea.

Toimepanija seotus ohvriga oli andmebaasis registreeritud kaheksa vastusevariandina ja need rühmitati kolmeks: 1) võõras („võõras“), 2) partner („praegune abikaasa/elukaaslane kohtingupartner“, endine abikaasa/elukaaslane/kohtingupartner“, 3) muu („pinnapealselt tuttav/kohtus samal õhtul“, „sõber/lähedane tuttav“, „pereliige/sugulane“, „naaber“, „töökaaslane“).

4.3.3 SAKi pöördumisega seotud tunnused

Raviasutus, mille koosseisus olevasse SAKi toimus pöördumine: TÜK, LTKH, IVKH, PH.

Esmase pöördumise koht oli andmebaasis registreeritud tunnuse “Tulnud politsei saatel” alusel vastusevariantidena “jah”, “ei”, “ei tea”. Tööst eemaldati “ei tea” (n=11) kirjed. “Ei” vastuseid käsitleti töös kui esmalt SAKi pöördunuid ja “Jah” vastuseid käsitleti kui esmalt politseisse pöördunuid.

Aeg, mis oli möödunud rünnaku lõpust kuni pöördumiseni (tundides) oli arvatud andmebaasis automaatselt, kui "pöördumise kuupäev ja kellaaeg" ja "SV toimumise lõpu kuupäev ja kellaaeg" olid korrektselt sisestatud. Töös rühmitati SVst möödunud aeg viieks: 1) kuni 12 h, 2) kuni 24 h, 3) kuni 48 h, 4) kuni 72 h, 5) 72 h ja enam.

4.3.4 Alkoholi ja uimastite tarvitamise seotud tunnused

Toimepanija alkoholi ja uimastite tarvitamine oli andmebaasis registreeritud vastusevariantidega "jah", "ei", "ei tea".

Ohvri alkoholi ja uimastite tarvitamine oli andmebaasis registreeritud vastusevariantidega jah, "ei", "ei tea".

Nõusolekuvõimelisus oli andmebaasis registreeritud vastusevariantidega: haigus, füüsiline puue, intellektipuue, magamine, teadvuseta olek, mäluauk, muu, millest igähele sai vastata "jah", "ei", "ei tea".

Uimastamise kahtlus oli andmebaasis registreeritud järgmiselt: „Kas oli kahtlus teadlikule uimastamisele?“ Vastusevariandid olid "jah", "ei", "ei tea".

4.3.5 Seksuaalrünnakuga seotud muud tunnused

Toimumise koht oli andmebaasis rühmitatud järgmiselt: ohvri kodus, toimepanija kodus, kellegi teise kodus, avalikus kohas/õues, transpordivahendis, mujal, ei tea.

Füüsilise vägivalga liikidena oli andmebaasis registreeritud: löömine, kinnihoidmine, kinni sidumine, juustest tirimine, peksumine, hammustamine, tõukamine, kägistamine, relvaga ähvardamine, relva kasutamine, vangistamine, muu. Igale vastusevariandile sai vastata "jah", "ei", "ei tea".

SV iseloom oli andmebaasis registreeritud järgmiselt: "Kas seksuaalvahekord oli vaginaalne, anaalne või oraalne?" Iga variandi puhul sai vastata, kas see toimus peenise, sõrme või muu esemega. Vastusevariandid rühmitati kolmeks 1) jah/ selle katse, 2) ei, 3) ei tea.

Kondoomi kasutamise kohta oli andmebaasis registreeritud vastusevariandid "jah", "ei", "ei tea".

Vigastused olid andmebaasis registreeritud järgmiselt: kas esines: vigastusi kehal, suguelunditel ja anuse piirkonnas. Igale vastusevariandile sai vastata "jah", "ei", "ei tea".

Vigastuste analüüsimiseks tehti uus tunnus „vigastused kokku“ (vigastuste esinemine kehal, suguelunditel, anusel).

4.3.6 SAKis osutatava abiga seotud tunnused

Kogu keha läbivaatus oli andmebaasis registreeritud järgmiselt: „Kas on teostatud kogu keha läbivaatus?“ Vastusevariandid olid „jah“, „ei“, „ei tea“.

Suguelundite läbivaatus oli andmebaasis registreeritud: „Kas on teostatud suguelundite läbivaatus?“ Vastusevariandid olid „jah“, „ei“, „ei tea“.

PSA testi kohta oli andmebaasis registreeritud: „PSA kiirtest tehtud.“ Vastusevariandid olid „jah“, „ei“, „ei tea“.

SOS-pillide kohta oli andmebaasis registreeritud: „Postkoitaalne kontratseptsioon antud (pillid või ESV).“ Vastusevariandid olid „jah“, „ei“, „ei tea“.

Suguhaiguste testimiseks oli andmebaasis registreeritud: „STLI testid tehtud.“ Vastusevariandid olid „jah“, „ei“, „ei tea“.

HIV-PEP ravi kohta oli andmebaasis registreeritud järgmiselt: „HIV PEP ravi näidustatud“, „HIV PEP ravi stardipakk antud.“ Vastusevariandid olid mõlema puhul „jah“, „ei“, „ei tea“.

B-hepatiidi vastaseks vaktsineerimiseks oli andmebaasis registreeritud: „B-hepatiidi vaktsineerimine näidustatud“. Vastusevariandid olid „jah“, „ei“, „ei tea“.

Järeldravisse kutsumine oli andmebaasis registreeritud: „Kas on nõustatud, kuhu saab pöörduda järeldraviks?“ Vastusevariandid olid „jah“, „ei“, „ei tea“.

Uimastiproovide kogumise kohta oli andmebaasis registreeritud: „Kas on kogutud toksikoloogia verest/uriinist?“ Vastusevariandid olid „jah“, „ei“, „ei tea“.

Kohtumediitsiinilise tõendmaterjali kogumise kohta oli andmebaasis registreeritud: „Kas on kogutud kohtumediitsiiniline tõendmaterjal?“ Vastusevariandid olid „jah“, „ei“, „ei tea“.

4.4 Andmeanalüüs

Seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste andmekogust välja valitud andmeid töödeldi ja analüüsiti statistikaprogrammiga Stata (versioon 14.0). Uuritavate tunnuste kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid koos absoluutarvude (n) ja suhteliste sagedustega (%). Erinevusi analüüsiti Pearsoni hii-ruut testiga.

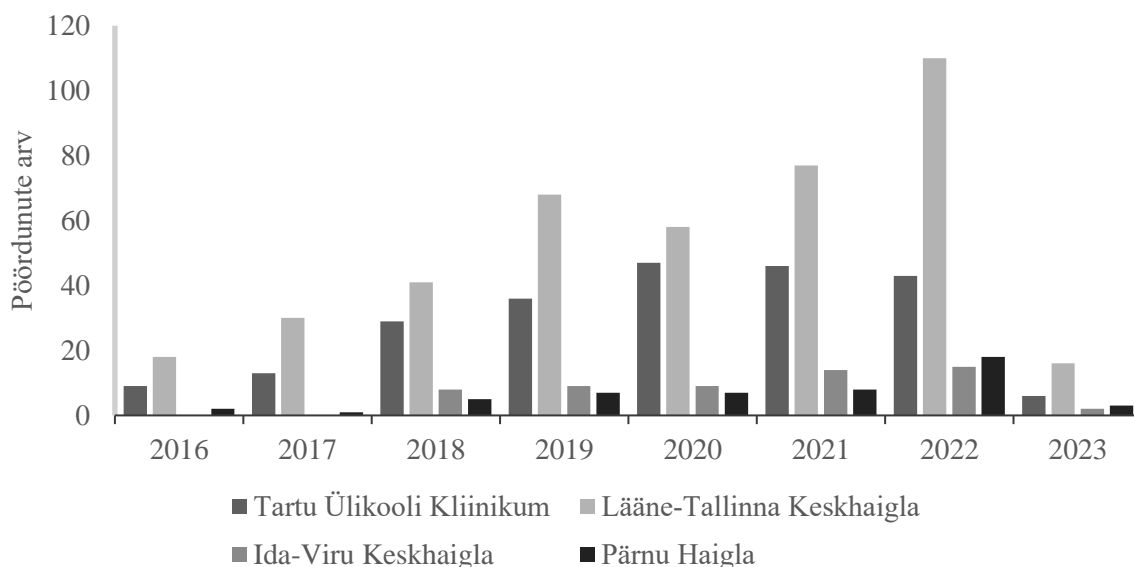
Esmalt SAKi pöördunute (mudel 1) seoseid erinevate tunnustega analüüsiti logistilise regressioonianalüüsi abil. Sõltuvaks tunnuseks oli esmalt SAKi pöördumine (vs esmalt pöördumine politseisse). Kirjeldavateks tunnusteks olid üleelanu vanus, rahvus, pöördumise aasta, SAK, ohvri seotus toimepanijaga, toimepanijate arv, aeg rünnakust kuni SAKi pöördumiseni, ohvri alkoholi tarvitamine, vigastused.

Samuti analüüsiti logistilise regressioonimudeliga vigastuste olemasolu (mudel 2) seoseid valitud tunnustega. Sõltuvaks tunnuseks oli vigastuste (keha-, suguelundite ja anuse vigastused) esinemine (vs vigastuste mitte-esinemine). Kirjeldavateks tunnusteks olid vanus, rahvus, SAK, ohvri seotus toimepanijaga ning toimepanijate arv.

Mõlemas mudelis arvatati nii kohandamata kui kõigile mudelis kasutatud tunnustele kohandatud šansisuhted (*odds ratio, OR*) koos 95% usaldusvahemikega (*confidence interval, CI*). Olulisuse nivooiks võeti 0,05. Mudelitesse kaasati 679 andmebaasi juhtu, mille kohta olid teada vastused kõigile mudelitesse kaasatud tunnustele.

5. Tulemused

Uuritaval perioodil oli alates 10. eluaastast pöördunuid kokku Tartu Ülikooli Kliinikumis 229, Lääne-Tallinna Keskhaiglas 418, Ida-Viru Keskhaiglas 57 ja Pärnu Haiglas 51 (joonis 4). Alla 10-aastaseid, kes jäeti magistritöö valimist välja, oli andmebaasis 55. Kokku oli nelja SAKi pöördunuid 810 ning magistritöösse kaasati 755 juhtu.



Joonis 4. Seksuaalvägivalla kriisiabikeskusesse pöördunute arvud aastate ja SAKide löikes, seisuga 1. märts 2023.

5.1 SAKi pöördunud seksuaalvägivalla üleelanute iseloomustus SAKide lõikes

SAKi pöördunutest oli enamik naised 731 (96,8%) (tabel 3). Keskmine vanus oli 25,8 eluaastat, töös kasutatud valimis oli noorim 10-aastane ja vanim 85-aastane. Kõikidesse keskustesse pöördunutest ligi kolmandik oli vanuses 10–17 eluaastat, kuid IVKH SAKis oli selle vanuserühma esindajaid keskmisest rohkem (40,4%). Eesti rahvusest abivajajaid oli pöördunute seas 71,2% ja 28,8% olid mitte-eestlaseid. Erandina IVKH SAKi pöördunutest olid 75% mitte-eestlased. Varasemalt ei olnud seksuaalvahekordi olnud (15,2%) pöördunutest. Üle kolmandiku juhtudest oli ka varasemalt esinenud SV.

Tabel 3. Seksuaalvägivalla üleelanute tunnused SAKide² lõikes, 2016–2023, n=755

Tunnus	TÜK		LTKH		IVKH		PH		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kokku	229	30,3 ¹	418	55,4 ¹	57	7,5 ¹	51	6,8 ¹	755	100 ¹
Vanuserühm (aasta)*										
10–17	73	31,9	101	24,2	23	40,4	13	25,5	210	27,8
18 ja vanemad	156	68,1	317	75,8	34	59,7	38	74,5	545	72,2
Ohvri sugu										
Naine	223	97,4	402	96,2	57	100	49	96,1	731	96,8
Mees	6	2,6	16	3,8	0	0	2	3,9	24	3,2
Rahvus*										
Eestlane	205	93,6	252	63,5	14	25,0	38	88,4	509	71,2
Mitte-eestlane	14	6,4	145	36,5	42	75,0	5	11,6	206	28,8
Kas olnud varasemalt seksuaalvahekorras*										
Ei	36	16,1	55	13,7	17	29,8	3	6,1	111	15,2
Jah	176	78,9	335	83,3	40	70,2	44	89,8	595	81,4
Ei tea	11	4,9	12	3,0	0		2	4,1	25	3,4
Varasem seksuaalvägivalla kogemus										
Ei	122	54,7	245	58,8	37	66,1	28	54,9	432	57,8
Jah	80	35,9	146	35,0	17	30,4	19	37,3	262	35,1
Ei tea	21	9,4	26	6,2	2	3,6	4	7,8	53	7,1

¹Rea protsent

²SAK-seksuaalvägivalla kriisiabikeskus, TÜK-Tartu Ülikooli Kliinikum, LTKH-Lääne-Tallinna Keskhaigla, IVKH-Ida-Viru Keskhaigla, PH-Pärnu Haigla.

*p-väärtus ≤ 0,05

5.2 Toimepanijate iseloomustus SAKide lõikes

Toimepanijaks oli peamiselt meesoost isik (85,8%), osadel juhtudel (13,9%) ohver ei teadnud, kes oli toimepanija, ning vaid kahel juhul oli toimepanijaks naine (tabel 4). Keskmisest rohkem oli kaks või enam toimepanijat registreeritud IVKH ja PH SAKis. SV toimepanija oli ligi pooltel juhtudel (48,2%) võõras või pinnapealselt tuttav/ kohtuti samal õhtul. Rohkem kui pooltel (52%) juhtudest oli toimepanija ohvrile tuttav inimene (sõber või lähedane tuttav, praegune või endine abikaasa, elukaaslane või kohtingupartner, naaber, pereliige või sugulane, töökaaslane). IVKH SAKi pöördunute hulgas oli mõnevõrra rohkem (40,4%) neid, kelle puhul toimepanija oli ohvri sõber, pereliige või sugulane.

Tabel 4. Toimepanijat iseloomustavad tunnused SAKide² lõikes, 2016–2023, n=755

Tunnus	TÜK		LTKH		IVKH		PH		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kokku	229	30,3 ¹	418	55,4 ¹	57	7,6 ¹	51	6,8 ¹	755	100 ¹
Toimepanija sugu										
Mees	198	86,5	349	83,5	55	96,5	46	90,2	648	85,8
Naine	1	0,4	1	0,2	0	0			2	0,3
Ei tea	30	13,1	68	16,3	2	3,5	5	9,8	105	13,9
Toimepanijate arv*										
Üks	172	75,1	301	72,0	47	82,5	40	78,4	560	74,2
Kaks ja enam	18	7,9	29	6,9	7	12,3	6	11,8	60	8,0
Ei tea	39	17,0	88	21,1	3	5,3	5	9,8	135	17,9
Toimepanija seotus ohvriga*										
Võõras	34	14,9	56	13,4	8	14,0	5	9,8	103	13,6
Pinnapealselt tuttav/kohtus samal õhtul										
Sõber/pereliige	49	21,4	63	15,1	23	40,4	13	25,5	148	19,6
Praegune/endine abikaasa/elukaaslane	32	14,0	43	10,3	12	21,1	13	25,5	100	13,3
Naaber/töökaaslane	17	7,4	18	4,3	1	1,8	2	3,9	38	5,0
Ei tea	29	12,7	67	16,0	2	3,5	4	7,8	102	13,5

¹Rea protsent.

²SAK-seksuaalvägivalla kriisiabikeskus, TÜK-Tartu Ülikooli Kliinikum, LTKH-Lääne-Tallinna Keskaigla, IVKH-Ida-Viru Keskaigla, PH-Pärnu Haigla.

*p-väärtus ≤ 0,05

5.3 SAKi pöördumisega seotud asjaolud

Pea pooled (46,8%) üleelanutest olid SAKi pöördunud 12 tunni jooksul pärast SV toimumist (tabel 5). Rohkem kui 72 tundi pärast SV oli TÜK ja IVKH SAKide puhul pöördunud viiendik, mis on kaks korda enam kui LTKH ja PH SAKi puhul. Pooled ohvritest (49,1%) olid pöördunud esmalt SAKi ja pooled (50,9%) politseisse. Erandina oli IVKH SAKis 73,7% ohvritest pöördunud esmalt politseisse. TÜK SAK jääb seevastu silma suurima ise pöördunute arvuga (62,4%).

Tabel 5. SAKi² pöördumisega seotud tunnused: pöördumise aeg ja esmase pöördumise koht SAKide löikes, 2016–2023, n=726

Tunnus	TÜK		LTKH		IVKH		PH		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kokku	215	29,6 ¹	407	56,1 ¹	53	7,3 ¹	51	7,0 ¹	726	100,0 ¹
Aeg rünnaku lõpust SAKi pöördumiseni										
Kuni 12 h	89	41,4	206	50,6	23	43,4	22	43,1	340	46,8
Kuni 24 h	31	14,4	61	15,0	9	17,0	11	21,6	112	15,4
Kuni 48 h	29	13,5	66	16,2	6	11,3	7	13,7	108	14,1
Kuni 72 h	23	10,7	25	6,1	4	7,5	5	9,8	57	7,9
72 h ja enam	43	20,0	49	12,0	11	20,8	6	11,8	109	15,0
Esmase pöördumise koht*										
Esmalt SAKi	143	62,4	179	43,9	15	26,3	28	56,0	365	49,1
Esmalt politseisse	86	37,5	229	56,1	42	73,7	22	44,0	379	50,9

¹Rea protsent.

²SAK-seksuaalvägivalda kriisiabikeskus, TÜK-Tartu Ülikooli Kliinikum, LTKH-Lääne-Tallinna Keskhaigla, IVKH-Ida-Viru Keskhaigla, PH-Pärnu Haigla.

*p-väärtus ≤ 0,05

5.4 Alkoholi ja uimastite tarvitamise seos seksuaalrünnakuga

Üle poole (56%) vägivalda toimepanijatest olid ohvrile teadaolevalt kasutanud alkoholi, oli ka uimasteid kasutanuid (7%) (tabel 6). Ligi kolmandikul juhtudest SV üleelanu ei teadnud, kas toimepanija oli alkoholi kasutanud, ja kahel kolmandikul juhtudest ei ole teada toimepanija võimalik uimastite kasutamine. Ohvritest oli alkoholi kasutanud kaks kolmandikku, leidis ka uimasteid kasutanuid (5,8%). Märkimisväärse osa juhtumite puhul (15,3%) oli juhtumi käsitlemisel tekkinud kahtlus teadlikule uimastamisele, mistõttu on protokollis tehtud vastav märkus. Kõige rohkem (ligi viiendikul juhtudest) on uimastamiskahtlust registreeritud LTKHs.

Nõusolekuvõimelisus oli takistatud 62,3% juhtudel. Nõusolekuvõimelisuse puudumist registreeriti rohkem LTKHs ja TÜKis.

Tabel 6. Alkoholi ja uimastite kasutamine SAKide² lõikes, 2016–20123, n=755

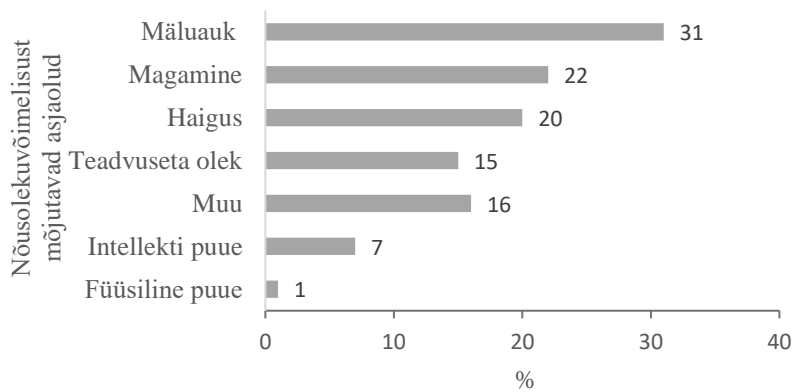
Tunnus	TÜK		LTKH		IVKH		PH		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kokku	229	30,3 ¹	418	55,4 ¹	57	7,6 ¹	51	6,8 ¹	755	100 ¹
Toimepanija oli kasutanud alkoholi*										
Ei	15	6,7	49	11,7	10	17,9	7	13,7	81	10,8
Jah	143	64,1	214	51,2	32	57,1	30	58,8	419	56,0
Ei tea	65	29,2	155	37,1	14	25,0	14	27,5	248	33,2
Toimepanija oli kasutanud uimasteid*										
Ei	54	24,2	88	21,1	22	39,3	17	33,3	181	24,2
Jah	15	6,7	28	6,7	5	8,9	4	7,8	52	7,0
Ei tea	154	69,1	302	72,3	29	51,8	30	58,8	515	68,9
Ohver oli kasutanud alkoholi*										
Ei	60	26,9	99	23,7	24	42,9	20	39,2	203	27,1
Jah	147	65,9	305	73,0	31	55,4	29	56,9	512	68,5
Ei tea	16	7,2	14	3,3	1	1,8	2	3,9	33	4,4
Ohver oli kasutanud uimasteid										
Ei	182	81,6	360	86,1	50	82,3	44	86,3	636	85,0
Jah	11	4,9	27	6,5	2	3,6	3	5,9	43	5,8
Ei tea	30	13,5	31	7,4	4	7,1	4	7,8	69	9,2
Kas oli kahtlus uimastamisele?*										
Ei	46	65,7	92	55,8	22	88,0	22	78,6	182	63,2
Jah	9	12,9	30	18,2	3	12,0	2	7,1	44	15,3
Ei tea	15	21,4	43	26,1	0		4	14,3	62	21,5
Kas miski mõjutas nõusolekuvõimelisust?*										
Ei	64	29,1	119	28,6	23	45,1	26	51,0	232	31,4
Jah	148	67,3	271	65,1	25	49,0	23	45,1	467	62,3
Ei tea	8	3,6	26	6,3	3	5,9	2	3,9	39	5,3

¹Rea protsent.

²SAK-seksuaalvägivalda kriisiabikeskus, TÜK-Tartu Ülikooli Kliinikum, LTKH-Lääne-Tallinna Keskhaigla, IVKH-Ida-Viru Keskhaigla, PH-Pärnu Haigla.

*p-väärtus ≤ 0,05

Joonisel 5 on kujutatud nõusolekuvõimetus põhjused SAKi pöördunutel. Kõige enam oli nõusolekuvõimelisuse puudumise juhtumitest põhjusena registreeritud olukord, mida pöördunu kirjelduse põhjal võis klassifitseerida kui mäluaugu esinemist, seejärel magamist. Lisaks veel oli 15%-l registreeritud teadvuseta olek. Väiksemal osal juhtudest oli ohvri sõnade kohaselt registreeritud haiguse (enamasti vaimse tervise häire) või puude esinemine.



Joonis 5. Nõusolekuvõimelisuse puudumist mõjutavad tegurid (%).

5.5 Muud seksuaalrännakuga seotud tunnused

SV toimepanemise koht oli peamiselt (48,4%) ohvri või toimepanija kodu (tabel 7). Toimepanemise kohana „mujal“ tunnuse all esines andmebaasis järgmisi kohti: pargis, ühiselamus, hooldekodus, autopesulas, hotellis, erikoolis, puhkekeskuses, baaris, garaažis, autos, külalistemajas, keldris, töökohas, spas, turismitalus, vanglas, ühiselamus, saunamajas. Keskmiselt pooltel juhtudel kaasnes SVga ka füüsiline vägivald. SV erinevatest viisidest esines kõige sagedamini (ligi 60%) peenis-tupp penetratsiooni või selle katset, sageduselt teisel kohal esines oraalset ja seejärel anaalset penetratsiooni või selle katset. Mitu SV viisi võis erinevatel juhtudel esineda kombineeritult. Kondoom ei olnud kasutusel enamikul juhtudest (keskmiselt 60%). Kolmandikul juhtudest ei teadnud ohver, kas toimepanija oli kasutanud kondoomi ja vaid 7% SV juhtudest oli kondoom kasutusel. Vigastusi kehal registreeriti 60,4% juhtudel, vigastusi suguelunditel 27,6% ja anuse piirkonnas 9,0% SAKi pöördunustest.

Tabel 7. Muud seksuaalrännakuga seotud tunnused SAKide² löikes, 2016–2023, n=755

Tunnus	TÜK		LTKH		IVKH		PH		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kokku	229	30,3 ¹	418	55,4 ¹	57	7,6 ¹	51	6,8 ¹	755	100 ¹
Rännakukoht*										
Ohvri kodus	60	26,2	75	17,9	14	24,6	20	39,2	169	22,4
Toimepanija kodus	59	25,7	102	24,4	24	42,1	11	21,6	196	25,9
Kellegi teise kodus	36	15,7	56	13,4	4	7,02	5	9,8	101	13,4
Transpordivahendis	7	3,1	21	5,0	4	7,02	1	1,9	33	4,4
Avalikus kohas/öues	25	10,9	56	13,4	6	10,5	8	15,7	95	12,6
Mujal	25	10,9	65	15,5	3	5,26	3	5,9	96	12,7
Ei tea	17	7,4	43	10,3	2	3,5	3	5,9	65	8,6

(Tabel 7 jätkub teisel lehel)

Tabel 7 (jätk). Muud seksuaalrännakuga seotud tunnused SAKide² lõikes, 2016–2023, n=755

Tunnus	TÜK		LTKH		IVKH		PH		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kas esines füüsilist vägivalda?*										
Ei	43	19,2	56	13,7	21	40,4	11	22,0	131	17,9
Jah	107	47,8	230	56,4	26	50,0	31	62,0	394	53,7
Ei tea	74	33,0	122	29,9	5	9,6	8	16,0	209	28,5
SV iseloom										
Peenis/tupp										
Ei	19	8,5	34	8,5	3	5,3	3	6,1	59	8,1
Jah/selle katse	124	55,6	223	55,5	41	71,9	35	71,4	423	57,9
Ei tea	80	35,9	145	36,1	13	22,8	11	22,5	249	34,1
Peenis/anus										
Ei	97	42,4	170	40,7	37	64,9	25	49,0	329	43,6
Jah/selle katse	30	13,1	66	15,8	6	10,5	9	17,6	111	14,7
Ei tea	102	44,5	182	43,5	14	24,5	17	33,3	315	41,7
Peenis/suu										
Ei	92	40,2	158	37,8	30	52,6	24	47,1	304	40,3
Jah/selle katse	47	20,4	92	22,0	15	26,3	10	18,6	164	21,7
Ei tea	90	39,3	168	40,2	12	21,1	17	33,3	287	38,0
Kas toimepanija kasutas kondoomi?										
Ei	110	55,6	214	61,5	34	61,8	30	65,2	388	60,0
Jah	11	5,6	25	7,2	7	12,7	3	6,5	46	7,1
Ei tea	77	38,9	109	31,3	14	25,4	13	28,3	213	32,9
Vigastused kehal*										
Ei	104	48,8	133	33,0	27	47,4	22	44,0	286	39,6
Jah	109	51,2	270	67,0	30	52,6	28	56	437	60,4
Vigastused suguelunditel										
Ei	152	72,0	282	71,6	42	75,0	39	78,0	515	72,4
Jah	59	28,0	112	28,4	14	25,0	11	22,0	196	27,6
Vigastused anuse piirkonnas										
Ei	188	89,1	356	90,6	54	96,4	48	96,0	646	91,0
Jah	23	10,9	37	9,4	2	3,6	2	4,0	64	9,0

¹Rea protsent.²SAK-seksuaalvägivalda kriisiabikeskus, TÜK-Tartu Ülikooli Kliinikum, LTKH-Lääne-Tallinna Keskhaigla, IVKH-Ida-Viru Keskhaigla, PH-Pärnu Haigla.

*p-väärtus ≤ 0,05

SVga koos kogesid ohvrid umbes pooltel juhtudel (53,7%) füüsilist vägivalda. Enim esines kinnihoidmist (50,3%) ja tõukamist (29,9%) (tabel 8).

Tabel 8. Füüsilise vägivalda erinevate liikide esinemine seksuaalvägivalda kriisiabi keskustesse pöördunute hulgas, 2016–2023

Füüsilise vägivalda alamliigid	N	%
Löömine	116	16,9
Kinni hoidmine	346	50,3
Kinni sidumine	17	2,5
Juustest tirimine	131	19,0
Peksmine	69	10,0
Hammustamine	36	5,2
Tõukamine	206	29,9
Kägistamine	112	16,3
Relvaga ähvardamine	29	4,2
Vangistamine	100	14,5

5.6 SAKis osutatud abi

Peaaegu kõikidel juhtudel oli teostatud kogu keha ja suguelundite läbivaatus (tabel 9). Enamasti oli testitud ka seksuaalsel teel levivate haiguste suhtes, kogutud kohtumeditiiniline tõendmaterjal ja uimastiproovid verest/uriinist. PSA test tehti kolmandikule SAKi pöördunutest, millest peaaegu pooltel juhtudel oli test ka positiivne, st proovimaterjal sisaldas meespäritolu materjali. Soovimatu raseduse ärahoidmiseks olid SOS-pillid vajalikud 41,4% pöördunute puhul. HIV-PEP ravi oli näidustatud peaaegu pooltel (45,5%), LTKH SAKis ligi 60% juhtudest. HIV-PEP ravi stardipakett oli antud keskmiselt 35,6% ja keskmiselt rohkem oli selle raviga alustatud LTKH ja IVKH SAKis. Järeldravile pöördumiseks nõustati 92% pöördunutest, veidi vähem oli seda tehtud PH SAKis.

Tabel 9. Seksuaalvägivalda kriisiabikeskustesse pöördunutele osutatud abi SAKide² lõikes, 2016–2023, n=755

Tunnus	TÜK		LTKH		IVKH		PH		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kokku	229	30,3 ¹	418	55,4 ¹	57	7,5 ¹	51	6,8 ¹	755	100 ¹
Kas on teostatud keha läbivaatus*										
Ei	15	6,6	14	3,4	0	0	0	0	29	3,9
Jah	213	93,4	403	96,6	57	100	50	100	723	96,1
Ei tea	1	0,4	1	0,2	0		1	1,9	3	0,4
Kas on teostatud suguelundite läbivaatus*										
Ei	18	7,9	22	5,3	1	1,8	0	0	41	5,4
Jah	211	92,1	396	94,7	56	98,3	50	100	713	94,6

(Tabel 9 jätkub järgmisel lehel)

Tabel 9 (jätk). Seksuaalvägivalda kriisiabikeskustesse pöördunutele osutatud abi SAKide² lõikes, 2016–2023, n=755

Tunnus	TÜK		LTKH		IVKH		PH		Kokku	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PSA kiirtest tehtud*										
Ei	154	71,3	279	70,3	49	87,5	27	55,1	509	70,9
Jah	62	28,7	118	29,7	7	12,5	22	44,9	209	29,1
Postkoitaalne kontratsepsioon on antud*										
Ei	145	68,1	213	53,8	31	55,4	29	60,4	418	58,6
Jah	68	31,9	183	46,2	25	44,6	19	39,6	295	41,4
STLI testid tehtud										
Ei	22	9,7	37	8,9	3	5,4	7	13,7	69	9,2
Jah	204	90,3	379	91,1	53	94,6	44	86,3	680	90,8
HIV PEP ³ ravi näidustatud*										
Ei	168	75,3	165	39,5	29	51,8	30	58,8	392	52,4
Jah/võib kaaluda	51	22,9	245	58,6	25	44,6	19	37,3	340	45,5
Ei tea	4	1,8	8	1,9	2	3,6	2	3,9	16	2,1
HIV PEP stardipakett antud*										
Ei	190	85,2	211	50,5	31	55,4	35	68,6	467	62,4
Jah	30	13,5	198	47,4	23	41,1	15	29,4	266	35,6
Ei tea	3	1,4	9	2,2	2	3,6	1	1,9	15	2,0
B-hepatiidi vaktsineerimine näidustatud*										
Ei	192	86,1	276	66,0	45	80,4	44	86,3	557	74,5
Jah	8	3,6	64	15,3	3	5,4	3	5,9	78	10,4
Ei tea	23	10,3	78	18,7	8	14,3	4	7,8	113	15,1
Kas on nõustatud kuhu pöörduda järelraviks										
Ei	11	4,9	28	6,7	1	1,8	4	7,8	44	5,9
Jah	207	92,8	384	91,9	53	94,6	44	86,3	688	92,0
Ei tea	5	2,2	6	1,4	2	3,6	3	5,9	16	2,1
Kas on kogutud toksikoloogia verest/uriinist*										
Ei	82	36,8	61	14,8	11	20,0	6	11,8	160	21,6
Jah	141	63,2	352	85,2	44	80,0	45	88,2	582	78,4
Kas on kogutud kohtumeditiiniline tõendusmaterjal*										
Ei	44	19,9	31	7,4	9	16,7	6	12,0	90	12,1
Jah	177	80,1	386	92,6	45	83,3	44	88,0	652	87,9

¹Rea protsent.

²SAK-seksuaalvägivalda kriisiabikeskus, TÜK-Tartu Ülikooli Kliinikum, LTKH-Lääne-Tallinna Keskaigla, IVKH-Ida-Viru Keskaigla, PH-Pärnu Haigla.

³HIV-PEP- HIV kokkupuutejärgne nakatumist ennetav ravi.

*p-väärtus ≤ 0,05

5.7 Esmalt politseisse või SAKi pöördunute erinevused

Pöördunutest pooled pöördusid esmalt SAKi ja pooled esmalt politseisse (ja seejärel SAKi) (tabel 10). Vanuse lõikes esmalt SAKi või politseisse pöördunute vahel erinevusi ei olnud. Tabelist 9 nähtub, et kõige rohkem (47%), oli pöördumisi esimese 12 tunni jooksul pärast seksuaalrännakut, 15% oli pöördunud pärast esimese kolme ööpäeva möödumist. Kui esimese 12 tunni jooksul pöörduti esmalt kaks korda enam politseisse kui SAKi, siis aja möödumisel suurenes esmane pöördumine SAKi. Kui pöördumine leidis aset rohkem kui kolm ööpäeva pärast seksuaalrännakut, pöörduti 2,5 korda sagedamini esmalt SAKi. Eestlased pöördusid keskmisest rohkem esmalt SAKi võrreldes mitte-eestlastega. Rännakukohana ohvri või toimepanija kodu kirjeldasid pooled nii SAKi (46,1%) kui politseisse (50,9%) pöördunutest. Esmalt politseisse pöördunute hulgas oli rohkem neid, kes olid kogunud füüsilist vägivalda ja peenis-tupp seksuaalvahekorda. Esmalt SAKi pöördunute hulgas oli aga rohkem neid, kes ei teadnud midagi toimepanijate ega toimunud ründe iseloomu kohta ja kes olid ise alkoholi või uimasteid tarvitanud.

Tabel 10. Seksuaalvägivalla kriisiabikeskustesse pöördunute valitud tunnused esmalt politseisse ja esmalt SAKi² pöördunute lõikes, 2016–2023, n=744

Tunnus	Esmalt politseisse pöördunud		Esmalt SAKi pöördunud		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Kokku	379	50,9 ¹	365	49,1 ¹	744	100 ¹
Vanuserühm (aasta)						
10–17	104	27,4	103	28,2	207	27,8
18 ja vanemad	275	72,6	262	71,8	537	72,2
Aeg rännaku lõpust SAKi pöördumiseni*						
Kuni 12 h	221	60,1	115	33,1	336	47,0
Kuni 24 h	48	13,0	62	17,9	110	15,4
Kuni 48 h	40	10,9	64	18,4	104	14,5
Kuni 72 h	24	6,5	33	9,5	57	8,0
72 h ja enam	35	9,5	73	21,0	108	15,1
Rahvus*						
Eestlane	230	64,3	272	78,4	502	71,2
Mitte-eestlane	128	35,8	75	21,6	203	28,8

(Tabel 10 jätkub teisel lehel)

Tabel 10 (jätk). Seksuaalvägivalla kriisiabikeskustesse pöördunute valitud tunnused esmalt politseisse ja esmalt SAKi² pöördunute lõikes, 2016-2023, N=744

Tunnus	Esmalt politseisse pöördunud		Esmalt SAKi pöördunud		Kokku	
	n	%	n	%	n	%
Pöördumise aasta						
2016	21	5,5	7	1,9	28	3,8
2017	25	6,6	19	5,2	44	5,9
2018	48	12,7	34	9,3	82	11,0
2019	60	15,8	59	16,2	119	16,0
2020	63	16,6	58	15,9	121	16,3
2021	72	19,0	73	20,0	145	19,5
2022	77	20,3	103	28,2	180	24,2
2023	13	3,4	12	3,3	25	3,4
Pöördumise SAK*						
TÜK	86	22,7	143	39,2	229	39,8
LTKH	229	60,4	179	49,0	408	54,8
IVKH	42	11,1	15	4,1	57	7,7
PH	22	5,8	28	7,7	50	6,7
Toimepanijate arv*						
Üks	298	78,6	256	70,1	554	74,5
Kaks ja enam	32	8,4	27	7,4	59	7,9
Ei tea	49	12,9	82	22,5	131	17,6
Toimepanija seotus ohvriga*						
Võõras	47	12,4	53	14,5	100	13,4
Pinnapealselt tuttav/ kohtus samal õhtul	141	37,2	120	32,9	261	35,1
Sõber/lähedane tuttav pereliige/sugulane	84	22,2	63	17,3	147	19,8
Praegune/endine abikaasa/elukaaslane	56	14,8	43	11,8	99	13,3
Naaber/töökaaslane	12	3,2	25	6,9	37	5
Ei tea	39	10,3	61	16,7	100	13,4
Ohver oli kasutanud alkoholi*						
Ei	114	30,2	88	24,5	202	27,4
Jah	252	66,7	250	69,6	502	68,1
Ei tea	12	3,2	21	5,9	33	4,5
Vigastuste esinemine (kehal, suguelunditel, anusel)						
Ei	112	30,0	121	34,1	233	32,0
Jah	261	70,0	234	65,9	495	68,0

¹Rea protsent.

²SAK-seksuaalvägivalla kriisiabikeskus, TÜK-Tartu Ülikooli Kliinikum, LTKH-Lääne-Tallinna Keskhaigla, IVKH Ida-Viru Keskhaigla, PH-Pärnu Haigla.

*p-väärtus ≤ 0,05

Tabelis 11 on näha, et logistilist regressioonanalüüsi kõikidele tunnustele kohandatud mudelis oli esmalt SAKi pöördumine statistiliselt oluliselt seotud SAKi asukohaga, toimepanijate arvuga, ajaga rünnakust kuni SAKi pöördumiseni ja ohvri alkoholi tarvitamisega. Seost ei leitud vanusega, rahvusega, ohvri seotusel toimepanijaga ja kehaliste vigastustega. Mitte-estlased pöördusid kaks korda vähem tõenäoliselt esmalt SAKi võrreldes eestlastega, kuid kohandatud mudelis ei olnud seos enam statistiliselt oluline. Võrreldes IVKH SAKiga oli teistes SAKides suurem šans esmalt SAKi pöördumiseks: TÜKi SAKis oli see 3,7, LTKH SAKis 2,1 ja PH SAKis 3,6 korda suurem võrreldes IVKH SAKiga. Olukordades, kus toimepanijate arv oli ohvrile teadmata, esines 1,9 (95% CI 1,18–3,11) korda suurem šans esmalt SAKi pöördumiseks võrreldes olukorraga, kui SV toimepanijaid oli üks. Rohkem kui 12h möödumise järgselt suurenes šans esmalt SAKi pöördumiseks. Kolme ööpäeva ja enama aja möödumisel oli ohvritel juba 4,6 korda suurem šans pöörduda esmalt SAKi kui politseisse. Alkoholi tarvitanutega ohvril oli 1,7 korda suurem šans pöörduda esmalt SAKi kui politseisse (tabel 11).

Tabel 11. Esmalt seksuaalvägivalda kriisiabikeskusesse (SAK) pöördumise šansisuhted (*OR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) valitud tunnuste lõikes 10–85- aastaste SAKi pöördunutel, 2016–2023, n=679 (mudel 1)

Tunnus	Kohandamata mudel	Kohandatud mudel
	<i>OR</i> 95% <i>CI</i>	<i>OR</i> 95% <i>CI</i>
Vanuserühm (aasta)		
10–17	1	1
18 ja vanemad	1,0 (0,72–1,45)	1,3 (0,84–1,91)
Rahvus		
Eestlane	1	1
Mitte-eestlane	0,5 (0,34–0,68)	0,7 (0,44–1,05)
Pöördumise aasta		
2016	1	1
2017	1,9 (0,51–7,09)	1,7 (0,42–6,78)
2018	1,8 (0,54–6,35)	1,5 (0,41–5,47)
2019	2,9 (0,87–9,75)	2,2 (0,62–8,02)
2020	2,3 (0,71–7,92)	1,9 (0,54–6,84)
2021	2,6 (0,79–8,67)	2,1 (0,59–7,44)
2022	3,5 (1,06–11,4)	3,0 (0,87–10,6)
2023	2,5 (0,61–10,2)	1,7 (0,38–7,74)
Pöördumise SAK ²		
IVKH	1	1
TÜK	4,5 (2,24–8,94)	3,7 (1,68–8,21)
LTKH	2,3 (1,20–4,53)	2,1 (1,02–4,41)
PH	4,1 (1,69–9,72)	3,6 (1,34–9,52)

(Tabel 11 jätkub järgmisel lehel)

Tabel 11 (jätk). Esmalt seksuaalvägivalla kriisiabikeskusesse (SAK) pöördumise šansisuhted (*OR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) valitud tunnuste lõikes 10–85- aastaste SAKi pöördunutel, 2016–2023, n=679 (mudel 1)

Tunnus	Kohandamata mudel	Kohandatud mudel ¹
	<i>OR</i> 95% <i>CI</i>	<i>OR</i> 95% <i>CI</i>
Ohvri seotus toimepanijaga		
Muu toimepanija	1	1
Võõras	1,1 (0,71–1,73)	1,4 (0,85–2,37)
Praegune/endine abikaasa/elukaaslane	0,8 (0,51–1,25)	1,1 (0,62–1,81)
Toimepanijate arv		
Üks	1	1
Kaks ja rohkem	0,9 (0,54–1,67)	0,8 (0,43–1,58)
Ei tea	2,0 (1,34–3,13)	1,9 (1,18–3,11)
Aeg rünnakust kuni SAKi pöördumiseni		
Kuni 12 h	1	1
kuni 24 h	2,6 (1,68–4,21)	2,8 (1,74–4,71)
kuni 48 h	2,7(1,73–4,42)	3,2 (1,92–5,24)
Kuni 72 h	2,6 (1,49–4,77)	2,7 (1,46–5,09)
72 ja rohkem	3,8 (2,29–6,25)	4,6 (2,64–8,07)
Kas ohver oli tarvitanud alkoholi		
Ei	1	1
Jah	1,5 (1,02–2,07)	1,7 (1,09–2,52)
Ei tea	2,1 (0,72–6,20)	1,1 (0,33–3,63)
Vigastused kehal		
Ei	1	1
Jah	0,7 (0,54–1,02)	0,7 (0,51–1,04)

¹kohandatud kõigile tabelis esitatud tunnustele

²SAK-seksuaalvägivalla kriisiabikeskus, TÜK-Tartu Ülikooli Kliinikum, LTKH-Lääne-Tallinnas Keskhaigla, IVKH-Ida-Viru Keskhaigla, PH-Pärnu Haigla

Statistiliselt olulised seosed märgitud **paksus** kirjas, p<0,05

5.8 Vigastustega ja vigastusteta pöördunute erinevused

Ligi kahel kolmandikul SAKi pöördunud ohvritel esines vigastusi kas kehal, suguelunditel või anuse piirkonnas (tabel 12). Üle 18-aastastel üleelanutel esines oluliselt rohkem vigastusi kui nooremal vanusegrupil. Rohkem vigastusi oli dokumenteeritud LTKH SAKi pöördunutel. Kui SV toimepanijaks oli praegune/endine abikaasa või elukaaslane, oli vigastustega ohvrite osakaal ligi kaks korda suurem kui vigastusteta ohvrite osakaal. Toimepanijate arv ei olnud statistiliselt oluline ohvrite lõikes, kel ei esinenud ja kellel esines vigastusi.

Tabel 12. Seksuaalvägivald kriisiabikeskustesse pöördunute valitud tunnused vigastuste esinemise ja mitteesinemise lõikes, 2016–2023, n=739

Tunnus	Vigastused puuduvad		Vigastused esinevad		Kokku	
	n	%	N	%	n	%
Kokku	236	31,9 ¹	503	68,11 ¹	739	100 ¹
Vanuserühm (aasta)*						
10–17	91	38,6	113	22,5	204	27,6
18 ja vanemad	145	61,4	390	77,5	535	72,4
Rahvus						
Eestlane	162	75,0	337	69,6	499	71,3
Mitte-eestlane	54	25,0	147	30,4	201	28,7
Pöördumise SAK ^{2*}						
IVKH	21	8,9	36	7,2	57	7,7
TÜK	87	36,9	136	27,0	223	30,2
LTKH	111	47,0	298	59,2	409	55,4
PH	17	7,2	33	6,6	50	6,8
Toimepanija seotus ohvriga*						
Muu toimepanija	188	79,7	350	69,6	538	72,8
Võõras	28	11,9	74	14,7	102	13,8
Praegune/endine abikaasa/elukaaslane	20	8,5	79	15,7	99	13,4
Toimepanijate arv						
Üks	178	75,4	371	73,8	549	74,3
Kaks ja enam	13	5,5	47	9,3	60	8,1
Ei tea	45	19,1	85	16,9	130	17,6

¹Rea protsent.

²SAK-seksuaalvägivald kriisiabikeskus, TÜK-Tartu Ülikooli Kliinikud, LTKH-Lääne-Tallinnas Keskaigla, IVKH-Ida-Viru Keskaigla, PH-Pärnu Haigla.

*p-väärtus $\leq 0,05$

Võrreldes noorema vanuserühmaga oli kohandatud mudelis vanemal vanuserühmal 1,7 korda suurem šans vigastusteks SV rünnaku järgselt (tabel 13). Praeguse või endise abikaasa või elukaaslase poolt toime pandud SV puhul oli ohvril 2,1 korda suurem šans vigastusteks, võrreldes muu SV toimepanijaga (sõber, lähedane tuttav, pereliige, sugulane, naaber, töökaaslane). Kahe ja enama toimepanija puhul oli ohvril 2,2 korda suurem šans vigastusteks kui ühe toimepanijaga SV juhtumite puhul.

Tabel 13. Vigastuste esinemise šansisuhted (*OR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) valitud tunnuste lõikes 10–85 aastaste seksuaalvägivalda kriisiabikeskustesse pöördunute, 2016–2023, n=679 (mudel 2)

Tunnus	Kohandamata mudel	Kohandatud mudel ¹
	<i>OR</i> 95% <i>CI</i>	<i>OR</i> 95% <i>CI</i>
Vanuserühm (aasta)		
10–17	1	1
18 ja vanemad	1,9 (1,39–2,78)	1,7 (1,19–2,50)
Rahvus		
eestlane	1	1
mitte-eestlane	1,3 (0,91–1,88)	0,9 (0,63–1,49)
Pöördumise SAK ²		
IVKH	1	1
TÜK	0,9 (0,54–1,83)	0,9 (0,48–1,99)
LTKH	1,8 (0,97–3,15)	1,8 (0,94–3,42)
PH	1,0 (0,44–2,03)	0,9 (0,37–2,31)
Toimepanija seotus ohvriga		
muu toimepanija	1	1
võõras	1,4 (0,85–2,26)	1,3 (0,76–2,14)
praegune/endine abikaasa/elukaaslane	2,1 (1,20–3,52)	2,1 (1,17–3,71)
Toimepanijate arv		
Üks	1	1
Kaks ja enam	1,9 (0,96–3,77)	2,2 (1,06–4,42)
Ei tea	0,8 (0,57–1,31)	0,9 (0,57–1,37)

¹Kohandatud kõigile tabelis esitatud tunnustele

²SAK-seksuaalvägivalda kriisiabikeskus, TÜK-Tartu Ülikooli Kliinikum, LTKH-Lääne-Tallinna Keskhaigla, IVKH-Ida-Viru Keskhaigla, PH-Pärnu Haigla.

Statistiliselt olulised seosed märgitud **paksus** kirjas, $p < 0,05$

6. Arutelu

Selles uuringust saime teada, et SAKides pakutakse teenuseid ühetaoliselt vastavalt standardiseeritud juhisele. Nelja vaadeldud SAKi vahel esinevad erinevused on tingitud segavatest teguritest, nagu vanus ja rahvus, mis osaliselt määravad ka erineva sotsiaalmajandusliku ja kultuurilise tausta. Pöördunute profiil oli SAKide lõikes üldiselt sarnane, välja arvatud IVKH SAKi puhul, kuhu olid pöördunud nooremad ja tõenäolisemalt mitte-eesti rahvusest ohvrid, vähem oli esmaseid pöördumisi SAKi (ja rohkem politseisse).

Suurem osa pöördunutest pöördus abi järele esimese ööpäeva jooksul. Silmatorkavalt suur oli uimastamise kahtlusega pöördunute osakaal. Esmalt pöördusid SAKi tõenäolisemalt Eesti rahvusest üleelanud mujal kui Ida-Virumaal; need, kes ei tea toimepanijate arvu ja on tarvitanud alkoholi ning pöörduvad abi järele hiljem. Vigastusi esines tõenäolisemalt vanematel ja suhtepartneri poolt toime pandud SV üleelanud pöördunutel.

SAKi pöördunute arv neljas Eesti SAKis on olnud väga erinev. Erinevusi saab osaliselt selgitada piirkondade erineva elanike arvuga ja sellega, et TÜKi SAK ja LTKH SAK alustasid tööd varem (mais 2016) ja IVKH SAK alustas tööd hiljem (jaanuaris 2018), kuid siiski ei selgita see asjaolu pöördumiste arvu sedavõrd suurt erinevust. Lisaks võib mainida, et PH SAK alustas SV üleelanute vastuvõtmist samuti 2016. aastal. Võib oletada, et PH ja IVKH SAKide olemasolu ei ole kohapeal siiski hästi teada ja seda eriti IVKH SAKi puhul, kuhu just esmalt SAKi pöördunuid oli oluliselt vähem võrreldes teiste SAKdega.

Üldiselt oli uuritavate tunnuste osakaal erinevate SAKide lõikes sarnane. Siiski esines mõningaid erinevusi SAKide vahel.

Tulemustest selgus, et enamik uuritud SAKi pöördunutest olid naised. Mehi oli SAKi pöördunutest 3,2%, mis on poole võrra väiksem kui Norras (68), kus meeste osakaal oli 6%. Samas tuleb ära märkida, et Norras on SAKid tegutsenud juba 30 aastat ning meessoost ohvrite arv on ajas kasvanud, sarnane trend on märgatav ka Eestis (2019. a. 4 ja 2022. a. 11 meessoost pöördunut).

Uuritud SAKi pöördunute (10–85-aastased) keskmine vanus oli 25,8, mis on sarnane 13–85-aastaste uuritavate hulgas Norras- 27,5 eluaastat (68). 10–17-aasta vanuseid oli pöördunutest kolmandik, mis on rohkem kui Norras (70), kus 13–17-aastaseid oli 13,8% (70). SAKi pöördunud 10–17-aastaste üleelanute keskmine vanus oli 14,6 eluaastat, mis oli sarnane Inglismaa 12–17-aastaste uuringus, kus keskmine vanus oli 14,8 eluaastat (71). SAKide võrdluses eristus IVKH SAK, kus esines 10–17-aastaseid SV üleelanuid keskmisest rohkem. See võib olla seotud asjaoluga, et üldise vähese pöördumise taustal annavad tooni lastevastased

seksuaalkuriteod. Eestis on politseis registreeritud seksuaalkuritegude hulgas rohkem laste- kui täiskasvanute vastaseid seksuaalkuritegusid (72). Võiks arvata, et kui üldine teadlikkus SV ja SAKis saadavast abist suureneb, siis suureneb proportsionaalselt ka täisealiste ohvrite osakaal IVKH SAKi patsientide hulgas.

Uuringust selgus, et IVKH SAKis oli palju rohkem mitte-estlasi, mis pole ka üllatav, kuna Ida-Virumaa elanikkond koosnebki suuresti mitte-estlastest.

Varasema seksuaalvahekorra kogemusega pöördunud oli kokku 15,2%. Vaadeldes eraldi vanuserühma 10–17 eluaastat, siis neist SAKi pöördunutest ligi pooltel (40%) ei olnud varasemat seksuaalvahekorra kogemust. Sarnaselt oli ka Inglismaa teismeliste uuringus (71), kus 36,2% 12–17-aastastest SV ohvritest ei olnud varasemalt olnud seksuaalvahekorras. Kirjandusest nähtub, et ilma varasema seksuaalkogemusega SV üleelanud kõhklevad rohkem enne abi järele pöördumist ning pöörduvad abi järele hiljem (71). On väga murettekitav, et nii suure osa naiste esimese seksuaalvahekorra kogemus on vägivaldne ning võib arvata, et sel juhul on pikaajalised SV mõjud veelgi rängemad. USA uuring (73) toob välja, et 30,1% SV ohvrite sõnul toimus vägistamine vanuses 11–17 aastat. Ka käesoleva magistr töö andmete põhjal on SV peamiseks riskirühmaks noored, sageli teismeeas tüdrukud.

Varasemalt oli SV kogenud tervelt kolmandik uuritud pöördunutest. Sarnane tulemus oli ka Norra Oslo uuringus (70), kus varasemalt SV oli kogenud 32% ja Belgia uuringus (74), kus sama näit oli 35,6% SAKi pöördunutest. EPA ohvriuuring näitas, et just SVI on võrreldes teiste vägivaldaliikidega tugevaim seos vaimse tervise häirete ja riskikäitumisega (43). Korduva SV üleelanul oli kolm korda suurem risk alkoholi ja uimastite tarvitamise alustamiseks või tarvitamise suurenemiseks kui ohvritel, kes olid teatanud ühekordsest SVst (46). Samuti tõuseb risk seksuaalseks riskikäitumisega, keha müümiseks raha või muude hüvede eest jne (26, 73). Kõik see muudab inimese veelgi haavatavamaks SVle (18).

Uuringu andmete põhjal, kahe erandiga, olid kõik SV toimepanijatest mehed. Sama suurt meeste osakaalu SV toimepanijana kinnitavad teised uuringud (1,3,10). Kuigi ühiskonnas levinud uskumused SV toimumisest on tekitanud kuvandi vägistamisest kui võõra poolt pimedal tänaval toime pandud kuriteost (17), näitavad paljud uuringud, et suurema tõenäosusega toimub SV ohvrite endi kodus tuttava, enamasti paarisuhtepartnerist vägivaldseja poolt (18). Nii oli see ka käesolevas uuringus – enamasti oli toimepanijaks tuttav (sh praegune/endine paarisuhtepartner 13,3% juhtudest), mitte võõras inimene. Norra uuring (70) tõi välja, et kui toimepanijaks oli praegune või endine partner, siis pöörduti abi järele keskmisest hiljem ning kaks kolmandikku ohvritest isegi ei nimetanud partneri poolset SV vägistamiseks (70). See on osalt seetõttu, et jätkuvalt on uskumused ja väärarusaamad, et

seksuaalvahekord on abielus mehe õigus, seksuaalne aktiivsus (sh vägistamine) on mehelikkuse näitaja, naised vastutavad mehe seksuaaltungi kontrolli all hoidmise eest, naine peaks taluma vägivalda, et perekonda koos hoida jne (75).

Esimese ööpäeva jooksul oli abi järele pöördunud ligikaudu 60% üleelanutest pärast SV toimumist. Islandil pöördus 24 tunni jooksul abi järele 54% ja Norras 52% SV üleelanutest (10). Kiire pöördumine on kuriteo tõendamisel väga oluline, sest annab võimaluse paremini koguda tõendmaterjali. SAKide võrdluses jäi silma, et TÜK ja IVKH SAKis oli rohkem neid, kes olid pöördunud pärast kolmandat ööpäeva. Kui TÜK SAKi puhul võib see olla seotud sellega, et sinna oli kõige rohkem esmalt SAKi pöördujaid, kes üldiselt pöörduvad hiljem, siis IVKH SAKi puhul on see tõenäoliselt seotud lapseeas patsientide suure osakaaluga, kelle puhul SV või selle kahtlus oli ajaliselt esinenud pikemat aega enne SAKi pöördumist. Kirjandusest nähtub, et varasema seksuaalkogemuseeta teismelised (71), ohvrid, kelle SV hõlmas penetratsiooni, toimepanija oli tuttav, ja kui SV toimus ohvri kodus, vajavad SV üleelanud rohkem aega, et jõuda otsusele pöörduda abi järele (70). Tullakse ka 4–5 päeva ja hiljemgi ning siis oluliselt suurema tõenäosusega SAKi kui politseisse (10).

Esmalt oli SAKi pöördutud umbes pooltel juhtudel ja umbes pooltel juhtudel esmalt politseisse (ja alles seejärel SAKi). TÜKis oli ligi 2/3 ohvritest esmalt SAKi pöördunud, samal ajal IVKH SAKis vaid neljandik. Nii suur erinevus SAKide vahel võib peegeldada elanikkonna (potentsiaalsete ohvrite) teadlikkust SAKi teenusest või mil määral julgetakse üldiselt SV korral abi järele pöörduda.

Kolmandik üleelanutest ei teadnud, kas toimepanija oli kasutanud alkoholi või teisi uimasteid. Uimastite puhul oli teadmata vastuste osakaal veelgi suurem – kaks kolmandikku. Nii suur teadmata vastuste osakaal on arusaadav, sest üleelanu ei saagi alati teada, kas toimepanija oli kasutanud alkoholi või mitte, ning nende andmete põhjal ei saa teha järeldusi toimepanijate alkoholi /uimastite tarvitamise kohta.

Pöördunutest oli enda sõnul alkoholi ja/või uimasteid tarvitanud kaks kolmandikku. Norra Trondheimi uuringus, kus hinnati ka uuritavatel alkoholi ja uimastite sisaldust veres ja uriinis, leiti, et alkoholi leidis veres/uriinis 40% SAKi pöördunutest ning lisaks veel 19% (kokku 69%) leidis veres/uriinis nii alkoholi kui mõnda uimastit (76). Seega on antud uuringu ja Norra uuringu tulemused sarnased, kuid tuleb arvestada, et Norra uuringus määratleti joove vere/uriini proovide alusel, mitte patsiendi enda hinnangul. Pisut rohkem, 84% alkoholi tarvitanuid ja uimastamist kahtlustati 26% SAKi pöördunutel Norra Oslo uuringus (70). Trondheimi SAKis oli alkohol kõige sagedasem verest/uriinist leitud aine ja alkoholi joove leiti kõige tõenäolisemalt nendel patsientidel, kelle puhul SV oli toimunud avalikus kohas (nn

peovägistamised) või kelle toimepanijaks oli võõras inimene. Kuigi SAKis kogutakse enamikult pöördunutel uimastiproovid verest ja uriinist, siis toimub nende kogumine vaid menetluse alustamisel tõendamise tarbeks ja antud uurimistöös vere ja uriini sisaldust SAKi patsientidel ei hinnatud.

Ka Eestis on suur hulk SV toime pandud olukorras, kus ohver on kasutanud alkoholi/uimasteid, st tegemist võib olla abitusseisundiga, kus ohver ei pruugi olla võimeline keeldumiseks või vastupanuks. Just alkoholi/uimastite tarvitamist on käesolevas uuringus registreeritud nõusolekuvõimetuse kõige tõenäolisemat põhjust (määlulünk, teadvuseta seisund) ja registreeritud kõige sagedamini. Kui SVga on seotud ohvri uimastatud olek (ingl *drug-facilitated sexual assault*), siis võib esineda kahte tüüpi olukordi: 1) proaktiivne uimastamine, kus toimepanija joodab või uimastab ohvrit ilma selle teadmata; 2) oportunistlik uimastamine, kus toimepanija kasutab ära ohvri joobes või uimastatud olekut (ohver on ise alkoholi või uimasteid tarbinud). Mõlemal juhul on ohvri teadvuse seisund häiritud ja seetõttu vähenenud vastupanuvõime soovimatutele seksuaalvahekordadele (76). Antud uurimistöös selgus, et eelneva definitsiooni kohaselt proaktiivset uimastamist võis esineda keskmiselt 15% pöördumiste puhul ning see varieerus 7%st PH SAKi puhul 18%ni LTKH SAKi puhul. Võrdluseks, Norra Trondheimi uuringuga kahtlustas 22% patsientidest ise proaktiivset uimastamist, kuid nendest vaid neljandikul leiti verest/uriinist alkoholi/aineid, mida nad ise teadaolevalt ei olnud tarbinud. Uurijad järeldasid, et sagedamini esineb tõenäoliselt oportunistlikku kui proaktiivset uimastamist (toimepanija kasutab ohvri joobes olekut ära). Võib oletada, et ka antud uuringus oli osadel juhtudel, kus võis kahtlustada uimastamist, siiski tegemist oportunistliku uimastamisega.

See, et IVKH ja PH haiglas oli registreeritud oluliselt vähem kahtlust uimastamisele ja nõusolekuvõimelisust võib olla seotud nende keskuste vähemate kogemustega, sest pole põhjust arvata, et nende ohvrite hulgas on vähem uimastamist. Magamise ajal ründamist oli SAKi pöördunute puhul 22,3% juhtudest, mis oli sarnane 20,6% Norra Oslo (70) uuringus.

Pooltel juhtudel (53,7%) kaasnes SV ka füüsiline vägivald. Füüsilist vägivalda esines 73% Norra SAKi pöördunutel ja Islandi Ülikooli Haiglasse pöördunutel 51% (10). Füüsilise vägivalla liikidest esines enim kinnihoidmist (50%), kuid murettekitavalt palju (16,3%) esines kägistamist, võrdväärselt löömisega. Erinevalt löömisest on kägistamine eluohtlikku seisundit põhjustav vägivalla vorm. Kägistamise kui eluohtliku füüsilise vägivalla liiki on põhjalikult uuritud Inglismaal (77), kus kägistamist esines 18,9% ning toimepanijaks oli partner või endine partner. Kägistamise ajal kaotas teadvuse 15,7% ohvritest ehk olid ligilähedal surmavale kallaletungile. Enam kui kolmandik (36,6%) ohvritest mõtles kallaletungi ajal, et sureb (77).

Kondoomi kasutas ohvrile teadaolevalt 7% toimepanijaid. Võrdluseks USAs (78) kasutas kondoomi vähemalt 11,7% SV toimepanijatest. Asjaolu, et kondoomi ei kasutata näitab toimepanijate hoolimatust ja võibolla ka karistamatuse tunnet, ehkki annab võimalusi selle kuriteoliigi paremaks tõendamiseks DNA abil.

Uuringus selgus, et kõige rohkem (58%) esines SAKi pöördunute seas peenis/tupp penetratsiooni või selle katset. Islandil Reykjaviki SAKis esines 66% ohvritel ja Norras Oslos 76% peenis/tupp penetratsiooni (10). Alla 10% ohvritest teadis, et ei toimunud peenis-tupp penetratsiooni või selle katset, peenis-suu ja peenis-anus penetratsiooni kohta teadis selle puudumist üle 40% ohvritest. Magistritöö autor ei uurinud, kui sageli esines kõiki vorme ühe seksuaalründe käigus, kuid protokolle sisestades märkas autor, et seda esines sageli. Ründe iseloom on oluline mitte ainult tõendite kogumise seisukohast, vaid ka terviseriskide hindamisel (nt suguhaiguste testide kogumise paikmed, soovimatu rasedus, HIVi nakatumise risk).

Vigastusi kehal kirjeldati 60% juhtudest, poole vähem oli neid suguelunditel ja kuus korda vähem anuse piirkonnas. Sarnane vigastuste levimus esines ka Suurbritannia uuringus (32), kus kehavigastusi kirjeldati 61% juhtudel. Suguelundite vigastusi kirjeldati Suurbritannia uuringus mõnevõrra rohkem - 39%.

Eestis antava abi aluseks on standardiseeritud juhend (62), mis toetub peamiselt MTO juhisele. Eestis SAKides pakutakse kõiki teenuseid, mida näeb ette MTO oma juhendis (7). HIV ennetav ravi on oluline Eestis, kuna Eesti on jätkuvalt suure HIV levimusega riik. Aastal 2021 registreeriti 9,4 uut HIV juhtu 100 000 elaniku kohta (79). Suur osa levimusest esineb vanuserühmas 30–39 eluaastat (79). HIV-PEP ravi vajaduse üle otsustatakse, kasutades juhendis (62) olevat algoritmi (sama kehtib ka B-hepatiidi vaktsineerimise kohta, mida ka SAKides tehakse), selle järgi vajab ravi 36% pöördunutest. Kuna Ida-Virumaa ja Harjumaa on kõrge riskiga piirkonnad, siis on oluliselt rohkem HIV-PEP raviga alustatud (antud stardipakk) LTKH ja IVKH SAKides võrreldes TÜKi ja PH SAKidega.

Märkimisväärne osa üleelanutest on ohustatud ka teistest seksuaalsel teel levivatest haigustest, mistõttu on oluline järelravisse kutsumine, et teha vastavad testid pärast ajaakna möödumist. SOS pille soovimatu raseduse ennetamiseks vajab 41% üleelanutest.

Nimetatud SAK abi liigid aitavad väga efektiivselt ennetada potentsiaalseid tervisekahjusid. Sellist abi ei olnud võimalik saada enne SAKide loomist. SAKi põhimõtete hulka kuulub reegel, et kõiki toiminguid tehakse ainult patsiendi nõusolekul ja üleelanu võib alguses antud nõusolekust igal ajal keelduda. Põhjus, miks kõikidel SAKi pöördunutele ei ole tehtud kogu keha või suguelundite läbivaatus, võib muu hulgas olla see, et patsient ei olnud nõus läbivaatusega.

Kohtumeditiinilist tõendusmaterjali kogutakse alati, kui seda on ajaliselt võimalik ja mõttekas koguda.

Tulemustest võib järeldada, et uuritud SAKi abi liike on pakutud vastavalt vajadusele, ja SAKide vahel olulisi erinevusi ei ole, seega Eestis tegutsevad kõik SAKid standardiseeritult vastavalt juhendile (62).

Esmaselt politseisse ja esmalt SAKi pöördunute erinevused

Esmalt SAKi oli pöördunud 49% ohvritest, mis on väiksem võrreldes Norra SAK uuringuga (70), kus esmalt pöördus SAKi 71% ohvritest.

Analüüsid esmalt SAKi pöördunud kohandatud logistilise regressioonanalüüsi mudelis leiti, et suurem šanss tulla esmalt SAKi oli kõikides teistes SAKides suurem võrreldes IVKH SAKiga. Kohandamata mudelis leiti, et mitte-eestlastel oli kaks korda väiksem šanss pöörduda esmalt SAKi kui politseisse, kuid kohandatud mudelis ei olnud see erinevus enam statistiliselt oluline. See tulemus on murettekitav ning tekitab küsimusi, kas inimesed ei tea teenuse kohta või ei julge pöörduda.

Hiljem kui 12 h pärast SVd pöördunutel oli kasvavalt suurem šanss pöörduda abi järele esmalt SAKi.

Ligi kaks korda suurem šanss tulla esmalt SAKi oli ohvritel, kes ei teadnud toimepanijate arvu, seda nii kohandatud kui kohandamata mudelis. Alkoholi tarvitanutel oli 1,7 korda suurem šanss esmalt SAKi pöörduda. Toimepanijate arvu ei tea inimene juhul, kui ta on uimastatud, maganud, teadvuseta olekus või mäluaugus ja sellises olukorras võib olla keeruline kuriteo toimumist politseis selgitada ja see asjaolu võib seletada nende üleelanute pöördumist esmalt SAKi. Alkoholi/uimasteid tarvitanud üleelanud võivad ennast süüdistada juhtunus (3) ja see võib olla barjääriks politseisse pöördumisel. See asjaolu puudutab eriti alaealisi, kelle puhul on alkoholi tarvitamine seadusega keelatud.

Kokkuvõttes pöörduvad esmalt SAKi tõenäolisemalt Eesti rahvusest üleelanud mujal kui Ida-Virumaal; need, kes ei tea toimepanijate arvu ja on tarvitanud alkoholi, ning pöörduvad abi järele hiljem. Võib järeldada, et SAKi olemasolu pakub abi võimalust ka neile, kes ei tea detaile SV kohta (nt põhjusel, et võisid olla uimastatud) ja kes pöörduvad abi järele hiljem - näiteks olukorras, kus ei julgeta erinevatel põhjustel politsei poole pöörduda.

Vigastustega ja vigastusteta SAKi pöördunute erinevused

Vigastusi esines üle poole juhtudel -68%, seejuures suguelundite vigastusi oli alla kolmandiku üleelanutest. Paarisuhtes vägivald järk-järgult süveneb ja intensiivistub. Inimesed ei pöördu, sest neil on vägivalda tõttu süü-, häbi- ja piinlikustunne (70). Asjaolu, et kõik ohvrid ei ole vigastustega, ei sobitu kuidagi „ideaalse vägistamise“ müüdi alla, mis kirjeldab olukorda, kus ohver satub võõra isiku vägivaldse rünnaku alla ning saab tõsiseid kehavigastusi SV käigus (17). Siiski peab tõdema, et sageli ei ole ohvritel vigastusi, kuna hirm oma elu pärast tekitab neis tardumuse seisundi (17) ja alalhoiuinstinkt pärsib vastu võitlemast, mis säästab neid vigastustest. Käesolevast uuringust selgus, et suurem šanss vigastuste olemasoluks oli vanuserühmal 18 ja vanemad ning SV toimepanija oli praegune/endine abikaasa/elukaaslane.

Analüüsid vigastuste olemasoluga üleelanuid logistilise regressioonanalüüsi mudelis, leiti, et täisealistel ohvritel oli suurem (OR 1,7) šanss vigastusteks võrreldes alaealistega. See võib olla seotud sellega, et täisealised tarvitavad enam alkoholi, mis on tugevalt seotud kehavigastuste tekkimisega (32). Samuti on enam täisealisi paarisuhtes, kus on suurem võimalus kogeda vägivalda. Nii kohandatud kui kohandamata mudelis oli ohvril suurem šanss (OR 2,1) vigastusteks, kui SV toimepanija oli praegune või endine abikaasa/elukaaslane võrreldes muu toimepanijaga.

Kokkuvõttes esines vigastusi tõenäolisemalt vanematel ja suhtepartneri poolt toime pandud SV üleelanud pöördunutel. Lisaks oli vigastusi tõenäolisemalt neil, kelle SV puhul oli kaks või enam toimepanijat. Tulemused on kooskõlas varasemate teadmistega, mille kohaselt sugugi mitte kõikidel SV üleelanutel ei esine vigastusi ja vigastuste esinemine oli tõenäolisem paarisuhtes toime pandud SV puhul.

Töö piirangud. Töö üheks piiranguks oli asjaolu, et SV üleelanu SAKi pöördumisel täidab protokollari arst ning sõltuvalt tema varasemast kogemusest ja kokkupuutest SV ohvritega võib esineda protokollari täitmisel mõnevõrra subjektiivsust. Teiseks, kuna paljud ohvrid on uimastatud ja ei mäleta midagi, siis objektiivsed andmed kuriteo kohta võivadki jääda teadmata (nt uimastamisjuhtumite korral) ning sellega tuleb andmete analüüsimisel arvestada. Andmekogu võimaldab kvantitatiivset andmeanalüüsi ning saada üldistatud andmeid uuritud SV tunnuste kohta, kuid ei võimalda võtta arvesse üksikute juhtumite eripära. Samuti sisaldab andmekogu piiratud hulgal isikustatud andmeid, mis ei võimalda linkida andmeid teiste andmebaasidega, uurimaks näiteks SV seoseid hilisema tervisekäitumisega. Mitmete tunnuste vahel esinesid SAKide lõikes statistiliselt olulised erinevused, mis on tingitud segavatest

teguritest, nagu vanus ja rahvus ning ei peegelda tõenäoliselt tegelikke erinevusi uuritud tunnuste vahel.

Töö tugevused. Töö tugevuseks on, et Eesti SAKidesse pöördunute andmeid analüüsitakse esmakordselt, ja nii andmete kogumine kui sisestamine andmebaasi on ühetaoline (standardiseeritud protokollist ja eeldefineeritud tunnustest) ning seetõttu on võimalik erinevaid raviasutusi võrrelda. SV temaatika on varjatud, samas suure negatiivse tervisemõjuga ja antud töö aitab teadvustada SV aktuaalsust ühiskonnas rahvatervise võtmes.

7. Järeldused

Töö tulemustel põhinevad järgmised järeldused.

1. Eesti seksuaalvägivalla kriisiabikeskused on SV sekundaarses ennetuses oma koha leidnud, kuid muret teeb vähene pöördumine Ida-Virumaal ja Pärnus.
2. Seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste andmekogu põhjal analüüsitud SAKi pöördunute SV üleelanute, toimepanijate, pöördumisega, seksuaalrännakuga ja SAKis osutatava abiga seotud tunnuste kirjeldamine oli Eestis esmakordne. Erinevuste analüüsimise tulemusena selgus, et Eestis moodustatud neli seksuaalvägivalla kriisiabikeskust on omavahelises võrdluses üldiselt sarnased, kuid Ida-Viru Kesksaigla SAKis on rohkem alaealisi, mitte-estlastest pöördunuid, vähem esmaseid pöördumisi SAKi ja rohkem politseisse pöördunuid. See erinevus võib viidata selle piirkonna eripärale.
3. Kõikides SAKides pakutakse teenuseid üldiselt sarnaselt, vastavalt standardiseeritud juhisele.
4. SV üleelanuteks on andmekogu põhjal peamiselt noored naised ja toimepanijateks üksikute eranditega mehed, kes on üleelanule varasemalt tuttavad; paljudel juhtudel võib kahtlustada uimastamist või SV toimepanemist ohvri joobes oleku ajal ja kolmandiku üleelanute jaoks on SV korduv. Nimetatud riskirühmi tuleb silmas pidada SV primaarses ja sekundaarses ennetuses.
5. Esmalt SAKi pöördus enam eesti rahvusest inimesi ja neid, kes ei teadnud mingil põhjusel toimepanijate arvu, olid tarvitanud alkoholi ja pöördusid abi järele hiljem. Võib järeldada, et SAKid on vajalik teenus just nendele SV üleelanutele, kes mingil põhjusel ei julge politseisse minna, kuid usaldavad eeskätt abi saamiseks tervishoiuasutuse poole pöörduda.
6. Vigastuste osakaal on väga erinev ja sageli võib juhtuda, et SV järgselt ei ole patsiendil vigastusi. Küll aga on kaks korda suurem tõenäosus saada vigastusi, kui toimepanijaks on praegune või endine abikaasa/elukaaslane. Kuna tõsisemate füüsiliste vigastustega ohvrid pöörduvad tõenäolisemalt SAKi, leiab kinnitust SAKide vajalikkus ja vajadus nende teenuse järjepideva arendamise järele.

8. Ettepanekud

Magistritöö järeldest tulenevad ettepanekud on järgmised.

1. SAK andmekogu on väärtuslikuks teabeallikaks, siis on oluline jätkata andmete kogumist andmekogusse SV üleelanute ja toimepanijate ning selle kuriteoliigi kohta ja kui pöördunute arv kasvab, suurenevad andmeanalüüsi võimalused, mis tõttu on oluline jätkata andmete kogumist andmebaasi. Analüüsida regulaarselt SAKides pakutavat teenust, et hinnata kvaliteeti ja tagada ühtlane kvaliteet kõikides SAKides Eestis.
2. Võimaldada hilisematel uurijatel info saamist ja SV üleelanute hilisema tervisemõju uurimist, on eriti oluline, et tulevikus oleks jätkuvalt andmebaasis pseudonüümitud andmed, mis võimaldavad isikustatud andmete analüüsi ja linkimist teiste andmebaasidega.
3. Teha teavitustööd SAKide olemasolust ning julgustada inimesi pöörduma abi järele. Eriti tuleb rõhutada teavitustööd mitte-eestlaste, noorte naiste, varasema SV kogemusega naiste seas ja kohtades, kus tarvitatakse alkoholi (nt ööklubid).
4. Kõikides kooliastmetes jätkata ja rõhutada vägivallaennetust, mis ei keskendu ainult potentsiaalsetele ohvritele vaid ka potentsiaalsetele toimepanijatele sh kohtinguvägivalda ennetavaid tegevusi.
5. Senisest rohkem tuleb rääkida SV paarisuhtes, sest selle puhul on raskem abi otsida.
6. Kõikide SV ohvritega kokkupuutuvate asjatundjate väljaõppesse peab kuuluma teave SAKide kohta

9. Kasutatud kirjandus

1. WHO. World report on violence and health 2018. Violence against women: prevalence estimates. Geneva:WHO; 2018.
2. WHO. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva:WHO; 2010.
3. European Agency for Fundamental Rights 2014. Violence against women: an EU-wide survey Main results. Vienna; 2014.
4. Genta C. The Issue of violence against women in the European Union: womens rights and gender equality commitee. Brussels: European Parliament; 2010.
5. WHO. Thirteenth General Programme of Work 2019–2023. WHO Press; 2018
6. WHO. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral to address interpersonal violnce, in particulat against women and girls, and againts children. Geneva: WHO; 2016.
7. WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.Geneva:WHO; 2003.
8. Series ET. Euroopa Nõukogu naistevastase vägivalla ja perevägivalla ennetamise ja tõkestamise konventsioon; 2011.
9. Naistevastase vägivalla ja perevägivalla ennetamise ja tõkestamise Euroopa Nõukogu konventsiooni ratifitseerimise seadus. 25.09.2017 nr 160. RT II, 26.09.2017,1.
10. Nesvold H, Worm AM, Vala U, et al. Different Nordic facilities for victims of sexual assault: a comparative study. Acta Obstet Gynecol Scand; 2005.
11. Sukles M. Seksuaalvägivaldada kogunud inimestele suunatud spetsialiseeritud abi koordineerimine, korraldus ja osutamine Eestis. Poliitikaraport; 2021.
12. Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
13. CETS. Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Counc Eur Treaty Ser; 2011.
14. Miller E, Jones KA, McCauley HL. Updates on adolescent dating and sexual violence prevention and intervention. Curr Opin Pediatr. 2018.
15. Butchart A, Harvey AP. Child maltreatment. Curr Opin Pediatr; 2006.
16. Directive 2006/54/EC of the European Parliament and of the Council of 5 July 2006 on the implementation of the principle of equal opportunities and equal treatment of men and women in matters of employment and occupation.
17. Australian Government. Challenging misconceptions about sexual offending: creating an evidence-based resource for police and legal practitioners; 2017.
18. Tarzia L, Thuraisingam S, Novy K, et al. Exploring the relationships between sexual violence, mental health and perpetrator identity: a cross-sectional Australian primary care study. BMC

- Public Health; 2018.
19. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 2013.
 20. Soo K, Laanpere M, Lippus H, et al. Seksuaalvägivalla levimus ja hoiakud Eestis: uuringute ülevaade; 2015.
 21. Aromaa K. National research institute of legal policy, Helsinki, Finland. Vol. 4, *European Journal on Criminal Policy and Research*; 1996.
 22. Soo K, Kutsar D. Seksuaalse väärkohtlemise kogemused ja hoiakud Eesti noorte hulgas; 2004.
 23. Lippus H, Soo K, Laanpere M, et al. The prevalence and patterns of exposure to interpersonal violence among men and women in Estonia. *PLoS One*; 2020.
 24. Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, et al. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014.
 25. Sotsiaalkindlustusamet. Seksuaalse väärkohtlemise kogemine lapsepõlves ja viimase aasta jooksul; 2021.
 26. Lippus H, Laanpere M, Part K, et al. What do we know about the impact of sexual violence on health and health behaviour of women in Estonia? *BMC Public Health*; 2020.
 27. Lippus-Metsaots H. Interpersonal violence in Estonia: prevalence, impact on health and health behaviour. 2016.
 28. Basile KC, Black MC, Simon TR, et al. The association between self-reported lifetime history of forced sexual intercourse and recent health-risk behaviors: findings from the 2003 National Youth Risk Behavior Survey. *J Adolesc Heal*; 2006.
 29. Lippus H, Laanpere M, Part K, et al. Polyvictimization and the associations between poor self-perceived health, dissatisfaction with life, and sexual dysfunction among women in Estonia. *J Interpers Violence*; 2021.
 30. Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders. *Jama*; 2009.
 31. WHO. A clinical handbook 2014. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. Geneva: WHO; 2014.
 32. Maguire W, Goodall E, Moore T. Injury in adult female sexual assault complainants and related factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 2009.
 33. Crane J. Interpretation of non-genital injuries in sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 2013.
 34. Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, et al. Report of the FIGO working group on sexual violence/HIV: guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *Int J Gynecol Obstet*; 2010.
 35. Astbury J. Services for victim/ survivors of sexual assault; 2006.
 36. WHO. Sexual violence research initiative 2007. Rape: How women, the community and the health sector respond. Geneva: WHO; 2007.
 37. Hilden M, Schei B, Swahnberg K, et al. A history of sexual abuse and health: A Nordic

- multicentre study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*; 2004.
38. Golding JM. Sexual-assault history and long-term physical health problems: evidence from clinical and population epidemiology. *Curr Dir Psychol Sci*; 1999.
 39. Laws A, Golding JM, Wilbur B, et al. Sexual assault history and eating disorder symptoms among white, hispanic, and african-american women and men c ircumstances of assault persons assaulted in childhood were. *Am J Public Health*; 1995
 40. Högbeck I, Möller A. Female sexual function six months after sexual assault: post-traumatic stress disorder strongest risk factor for impaired function. *J Sex Marital Ther*; 2022.
 41. Carreiro A V, Micelli LP, Sousa MH, et al. Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *Int J Gynecol Obstet*; 2016.
 42. Laanpere M, Ringmets I, Part K, et al. Intimate partner violence and sexual health outcomes: a population-based study among 16-44-year-old women in Estonia. *Eur J Public Health*; 2013.
 43. European Union Agency for Fundamental Rights 2021. Crime, safety and victims' rights – Fundamental Rights Survey; 2021.
 44. Short NA, Morabito DM, Gilmore AK. Secondary prevention for posttraumatic stress and related symptoms among women whohave experienced a recent sexual assault: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2020.
 45. Chen LP, Murad MH, Paras ML, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*; 2010.
 46. McFarlane J, Malecha A, Gist J, et al. Intimate partner sexual assault against women and associated victim substance use, suicidality, and risk factors for femicide. *Issues Ment Health Nurs*; 2005.
 47. McQueen K, Murphy-Oikonen J, Miller A, et al. Sexual assault: women's voices on the health impacts of not being believed by police. *BMC Womens Health*; 2021.
 48. Hoeffler A. What are the costs of violence? *Polit Philos Econ*; 2017.
 49. Vos T, Astbury J, Piers L, et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia; 2006.
 50. Walby S. *The Cost of Domestic Violence*; 2004.
 51. Pettai I, Tiit E-M, Ruubel L, et al. *Perevågivalla hind Eestis*. Tallinn; 2016.
 52. DeGue S. A sustematic rewiew of primary perevention strategies for sexual violence perpetration. *Physiol Behav*; 2018.
 53. Crepaldi C, Samek Lodovici M, Corsi M, et al. Violence against women and the role of gender equality, social inclusion and health strategies; 2010.
 54. Finnie RKC, Okasako-Schmucker DL, Buchanan L, et al. Intimate partner and sexual violence prevention among youth: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2022.
 55. Harding D. *Terved ja turvalised suhted: noorte kohtinguvågivalla ennetamine*. Tartu; 2019.
 56. Soo K., Part K., Kull. *Noortele suunatud kohtinguvågivalla programmi mõju uuring*. Tartu; 2016.
 57. García-Moreno C, et al. WHO multi-country study on women's health and domestic violence

- against women: initial results on prevalence, health outcomes and womens response. Geneva: WHO; 2005.
58. Vaas P, Rull K, Klaar U, et al. Raseduse jälgimise juhend. 2018.
 59. Eogan M, McHugh A, Holohan M. The role of the sexual assault centre. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 2013.
 60. Kluge M. Seksuaalvägivalla - ohvrite abistamine ajaloolises perspektiivis. [ettekanne]. Tartu: Tartu Ülikooli arstiteaduskond; 2021.
 61. Kluge M, Part JK. Abi seksuaalvägivalla ohvritele tervishoiusüsteemis – ajalooline ülevaade ja Eesti tegelikkus; 2022.
 62. Laanpere M, Part K. Seksuaalvägivalla ohvrite abistamise juhend meedikutele. Tartu; 2016.
 63. Justiitsministeerium. Vägivallaennetuse kokkulepe; 2021.
 64. Justiitsministeerium. Vägivallaennetuse kokkulepe 2021-2025. Tallinn; 2021.
 65. Naistevastase vägivalla ja perevägivalla ennetamise ja tõkestamise Euroopa Nõukogu konventsiooni ratifitseerimise seadus. 2017.
 66. Ohvriabi seadus. VV seadus 29.12.2022 nr 235. RT I, 06.01.2023.
 67. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: WHO; 2013.
 68. Vandenberghe A, Hendriks B, Peeters L, et al. Establishing sexual assault care centres in Belgium: health professionals' role in the patient-centred care for victims of sexual violence. *BMC Health Serv Res*; 2018.
 69. REDCap. [6.05.2023] (<https://redcap.ut.ee/>)
 70. Nesvold H, Friis S, Ormstad K. Sexual assault centers: attendance rates, and differences between early and late presenting cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 2008.
 71. White C, McLean I. Adolescent complainants of sexual assault; injury patterns in virgin and non-virgin groups. *J Clin Forensic Med*; 2006.
 72. Justiitsministeerium. Kuritegevus Eestis 2022. [06.05.2023] <https://www.kriminaalpoliitika.ee/kuritegevus2022/seksuaalkuriteod/>
 73. Smith SG, Chen J, Basile KC, et al, et al. The national intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2010-2012 State Report. *Natl Cent Inj Prev Control*; 2017.
 74. Baert S, Gilles C, Van Belle S, et al. Piloting sexual assault care centres in Belgium: who do they reach and what care is offered? *Eur J Psychotraumatol*. 2021.
 75. Donnelly EA, Levin DS, Barrett BJ. Intimate partner violence. *Emerg Med Serv Clin Pract Syst Overs Third Ed*. 2021
 76. Hagemann CT, Helland A, Spigset O, et al. Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center - associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. *J Forensic Leg Med*. 2013.
 77. White C, Martin G, Schofield AM, et al. 'I thought he was going to kill me': Analysis of 204 case files of adults reporting non-fatal strangulation as part of a sexual assault over a 3 year period.

- J Forensic Leg Med; 2021.
78. O'Neal EN, Decker SH, Spohn C, et al. Condom use during sexual assault. J Forensic Leg Med; 2013.
 79. WHO European Region. HIV/AIDS surveillance in Europe; 2022.

Sexual Assault Centres in Estonia 2016-2023

Irena Viitamees

Summary

Sexual violence is a widespread but hidden problem worldwide. In order to provide better help for survivors of sexual assault, four sexual assault centres (SAC) have been operating in Estonia since 2016. These centres provide multidisciplinary care for sexual assault survivors of all genders and all ages 24 hours a day, 7 days a week to allow prompt provision of crisis support, medical care and collection of forensic evidence.

This study describes the data of sexual assault survivors who have turned to Estonian SACs, their perpetrators, circumstances of finding help, nature of sexual assault and help provided by the SAC since their establishment in 2016 until today. The aims were: 1) to describe the characteristics related to sexual violence survivors, perpetrators, time frame from the attack to seeking help, sexual assault-related factors and help provided, comparatively in four sexual assault centres: Tartu University Hospital, Lääne-Tallinn Central Hospital, Ida-Viru Central Hospital and Pärnu Hospital SACs; 2) to analyse the differences between survivors who initially turned to the police and those who initially turned to the SAC; 3) to analyse the differences between survivors with and without injuries.

The thesis are based on the data of medical examination protocols of 10 to 85 years old survivors of sexual violence who had turned for help to SAC, during 2016 to 2023 (n=755). The personalised data are being entered by pseudonyms into the SAC database with the patient's consent. The database was created in 2020 for prospective data collection during 2020–2030 (with the permission of Research Ethics Committee of the University of Tartu) and the database uses the platform of REDCap (Research Electronic Data Capture). The author of this study has entered the data from 2016 to 2019, but without personalised data. From the examination protocol, 65 characteristics are entered into the database.

Chi-square test was used to evaluate statistically significant differences ($p < 0.05$). Logistic regression analysis was performed to analyse associations between survivors first turn to the police or first turn to the SAC (model 1). Another logistic regression analysis was performed to analyse associations between survivors with and without injuries (model 2).

Lääne-Tallinn Central Hospital and Tartu University Clinic SACs had considerably more referrals than Pärnu Hospital and Ida-Viru Central Hospital SAC. The profile of survivors, perpetrators, circumstances of finding help and the nature of sexual assault was similar across

all SACs, with the exception of the Ida-Viru Central Hospital SAC, where minors and non-Estonian survivors were over-represented. The survivors of sexual assault were mainly young women, and the perpetrators, with two exceptions, were men who had been previously known to the survivor. Two thirds of the victims had consumed alcohol. The suspicion of drugging was registered most often in the Lääne-Tallinn Central Hospital SAC - nearly a fifth of the cases. More than a third of the survivors had experienced sexual violence in the past and for 15% of the survivors the assault had been their first sexual experience. Only in 7% of the cases the use of condom was known.

In half of the cases, the survivors initially turned to SAC, and in the other half of the cases, the survivors initially turned to the police and thereafter to SAC. This was so with the exception of Ida-Viru Central Hospital SAC, where the survivors who contacted the police first were over-represented. More than half of the survivors sought help during the first 24 hours after the incident, but as much as one sixth sought help after three days had passed since the assault. Estonian-language survivors who had more than 12 hours since the assault and who for some reason did not know the number of their perpetrators and who had consumed alcohol, were more likely to turn to SAC firstly.

In all SACs, bodily injuries were detected in 60% of the cases, injuries on genitals in nearly a third and on the anus in nearly a tenth of the survivors. Injuries were more likely to occur on adult survivors of sexual assault perpetrated by a relationship partner.

Conclusion. These thesis are the first in Estonia that are based on the database of the sexual assault centres. The profile of sexual assault survivors, offenders and the nature of the sexual assault were generally similar when compared between four SACs in Estonia with the exception of Ida-Viru Central Hospital SAC which is probably due to the peculiarities of this most easternmost area of Estonia. In all SACs, services are generally provided in a similar way, according to a standardized existing guideline.

As the study revealed that the most vulnerable groups of sexual assault were young women, whose perpetrators had been previously known to them, who had experienced sexual violence when being under influence of alcohol or possibly drugs and who had experienced sexual violence previously in their lives, then these risk groups must be taken into account in the primary and secondary prevention of sexual assault in Estonia. The existence of SACs offers the possibility to seek help, among others, for the survivors who do not know the details of their sexual assault or do not dare to contact to the police for various reasons. Not always there are injuries after sexual assault, but if the injuries exist then it is more likely in cases of sexual violence in partnerships.

Tänuavaldus

Suur-suur tänu juhendajatele Made Laanperele ja Kai Pardile, kes juhendasid mind suure pühendumuse, imelise kannatlikkuse ja põhjalike nõuannetega läbi kogu magistr töö koostamise teekonna. Tänuõnad Inge Ringmetsale, kes aitas mul korrastada seksuaalvägivalda kriisiabi andmekogu ning juhendas statistilise andmeanalüüsi läbiviimisel.

Tänuõnad minu tööandjale, SA Põlvamaa Arenduskeskusele, paindliku tööaja võimaldamise eest.

Curriculum vitae

Üldandmed

Ees- ja perenimi: Irena Viitamees
Sünniaeg: 07.06.1975
E-post: irenakalal@gmail.com

Hariduskäik

2019– Tartu Ülikool, magistriõpe (rahvatervishoid)
2012–2016 Tallinna Ülikool, rakenduskõrgharidus (tervisejuht)
1990–1993 Tartu Meditsiinikool (praegune Tartu Tervishoiu Kõrgkool)
(meditsiiniõde)

Keelteoskus

eesti keel emakeel
inglise B1
vene C2

Töökogemus

2018– SA Põlvamaa Arenduskeskus, ennetustöö spetsialist
2012–2018 Põlva maavalitsus, tervisedenduse spetsialist
2007–2012 Tartu Veekeskus OÜ, vesiaeroobika treener
1996–2007 Tartu Ülikooli Kliiniku, spordimeditsiini ja taastusravi kliinik,
ravivõimlemise instruktor

Ühiskondlik tegevus

2019– Eesti Tervisedenduse Ühingu juhatuse liige

Kuupäev: 06.05.2023

Lisad

Lisa 1. SAKi pöördunu protokoll

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

ÜLDINE INFORMATSIOON

PATSIENT

Perekonnanimi _____ Eesnimi _____

Isikukood _____

Isik tuvastati jah ei
 pass/ID kaart juhiluba ütluse alusel muu: _____

Telefon _____ E-posti aadress _____

Patsienti saatva isiku nimi, telefon, e-post: _____

seotus patsiendiga: sõber lapsevanem partner tervishoiu töötaja
 õde-vend sotsiaaltöötaja PPA töötaja muu

Lõpetatud haridustase: põhi- kesk- kutse- kõrgem ei tea

Rahvus: eesti vene muu (palun täpsustage): _____ ei tea

Pöördus esmalt: SAKi politseisse mujale *palun täpsustada:*
tervishoiuasutus, lastemaja, KOV:

Saandumise kuupäev: _____ ja kellaaeg _____

PERSONAL

Läbivaatuse teostamise koht (*asutus, osakond*) _____

Läbivaatuse tegija (*eriala, nimi, kood*) _____

Assisteeriv õde/ämmaemand _____

Läbivaatuse juures viibis veel (*spetsialist, nimi*) _____

JUHTUNU ANAMNEES

Paluge patsiendil esmalt juhtunut kirjeldada, seejärel küsige ise järgnevaid küsimusi. Selgitage, et need on vajalikud selleks, et teha korrektne läbivaatus ja tõendmaterjali kogumine. Kui patsient ei saa ise juhtunut kirjeldada, siis märkige, kes juhtunut kirjeldab (nt politseitöötaja, lapsevanem, sõber, partner).

Juhtunu alguse kuupäev _____ kellaeg _____
Juhtunu lõpu kuupäev _____ kellaeg _____

Toimumise koht:

- ohvri kodus toimepanija kodus kellegi teise kodus transpordivahendis
 avalikus kohas (kus, täpsusta): _____ õues
 mujal (kus): _____ ei tea

Toimepanijate arv: üks rohkem kui üks (arv): _____ ei tea

Toimepanija sugu: mees naine ei tea

Toimepanija seotus ohvriga:

- võõras pinnapealselt tuttav/ kohtus samal õhtul
 sõber/ lähedane tuttav praegune abikaasa/ elukaaslane/ kohtingupartner
 naaber endine abikaasa/ elukaaslane/ kohtingupartner
 pereliige/ sugulane (täpsusta): _____
 töökaaslane muu, täpsusta _____ ei tea

Toimepanija oli kasutanud alkoholi:

- jah ei ei tea

Palun täpsustage (mida, kui palju) _____

Toimepanija oli kasutanud teisi uimasteid:

- jah ei ei tea

Palun täpsustage (mida, kui palju) _____

Ohver oli kasutanud alkoholi:

- jah ei ei tea

Palun täpsustage (mida, kui palju) _____

Ohver on joonud alkoholi pärast juhtunut:

- jah ei ei tea

Palun täpsustage (mida, kui palju) _____

Ohver oli kasutanud teisi uimasteid:

- jah ei ei tea

Palun täpsustage (mida, kui palju) _____

Ohvri hinnang enda intoksikatsioonile: _____

Esines asjaolusid, mis võisid mõjutada ohvri nõusolekuvõimelisust:

- | | | | |
|----------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| haigus | <input type="checkbox"/> jah | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> ei tea |
| füüsiline puue | <input type="checkbox"/> jah | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> ei tea |
| intellektipuue | <input type="checkbox"/> jah | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> ei tea |
| magamine | <input type="checkbox"/> jah | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> ei tea |
| teadvuseta | <input type="checkbox"/> jah | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> ei tea |
| mälulünk | <input type="checkbox"/> jah | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> ei tea |

Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll

Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.

Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

Toimepanija kasutas verbaalset vägivalda (nt hirmutamine; karjumine, söimamine; alandamine; ähvardamine – nt tappa, viga teha kannatanule, enesele, kannatanu pereliikmele; asjade lõhkumine vms):

jah (joonige alla/ lisage) ei ei tea

Toimepanija kasutas füüsilist vägivalda:

Löömine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Kinnihoidmine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Kinnisidumine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Juustest tirimine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Peksmine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Hammustamine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Tõukamine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Kägistamine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Relvaga ähvardamine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Relva kasutamine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Vangistamine	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
Muu (täpsusta):	<input type="checkbox"/> jah _____	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea

Seksuaalne vägivald:**Vaginaalne seksuaalvahekord:**

peenis/tupp	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> selle katse	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
sõrm/tupp	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> selle katse	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
muu ese/tupp	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> selle katse	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea

Anaalne seksuaalvahekord:

peenis/anus	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> selle katse	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
sõrm/anus	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> selle katse	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
muu ese/anus	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> selle katse	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea

Oraalne seksuaalvahekord:

peenis/suu	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> selle katse	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea
muu ese/suu	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> selle katse	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tea

Toimepanija lakkus, suudles, hammustas, kriimustas:

jah, millist kehapiirkonda _____ ei ei tea

Rünne toimus antud juhtumi piires korduvalt: jah ei ei tea

Missuguses asendis oli ohver seksuaalse vägivalla ajal (*kirjeldada täpne asend – nt lamas, seisib, istus (süles), toimepanija oli ohvri taga, toimepanija oli peal, ohver oli peal, muu*)?

Ohvril olid riided seljas või seljast ära võetud (*täpsustada*):

Ründajal olid riided seljas või seljast ära võetud (*täpsustada*):

Toimepanija ejakuleeris? jah, kuhu _____ ei ei tea

Toimepanija kasutas kondoomi?¹ jah ei ei tea

Alles on riideid, linad vm², millele võib olla sattunud toimepanija bioloogilist materjali (nt spermat)?
 jah ei ei tea

Patsient on pärast juhtunut:

oksendanud jah ei ei tea

pesnud käsi jah ei ei tea

pesnud nägu jah ei ei tea

käinud duši all jah ei ei tea

jah ei ei tea

teinud tupelopotust jah ei ei tea

söönud või joonud jah ei ei tea

loputanud suud jah ei ei tea

hambaid pesnud jah ei ei tea

urineerinud jah ei ei tea

tühjendanud soolt jah ei ei tea

vahetanud riideid² jah ei ei tea

vahetanud aluspükse² jah ei ei tea

kasutanud tampoone² jah ei ei tea

kasutanud sidemeid² jah ei ei tea

Pärast juhtunut tekkinud kehalised sümptomid (joonige alla): hääle kähedus, neelamise valulikkus, veritsus suguelunditest, voolus, sügelus, haavandid, valu, urineerimishäired, anaalne veritsus ja valu, kõhuvalu jm.

Lisage:

¹ Kui on alles, siis võimalusel koguda tõendmaterjali kogumise karbis olevasse paberkotti

Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll

Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise korbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

Kas on olnud konsensuslikku seksuaalvahekorda pöördumisele eelneva 10 päeva jooksul

 jah ei

Toimumise kuupäev: _____ ja kellaeg _____

 vaginaalne oraalne anaalneKui oli seksuaalvahekord viimase 10 päeva jooksul, siis, kas kondoom jah ei oli kasutusel?Varasemalt kogunud seksuaalvägivalda: jah ei ei tea**ABI VÕIMALUSTE TUTVUSTAMINE**

Tutvustage ohvrile edasise abi võimalusi, täitke ja allkirjastage abi võimaluste tutvustamise leht ja seksuaalvägivalda kriisiabikeskuste andmekogu nõusolekuleht (ed).

URIINI JA VERE KOGUMINE**Toksikoloogilised uuringud (uriin kuni 5 ja veri kuni 2 ööpäeva pärast juhtunut)**

Koguda võimalusel alati (sh kindlasti tahtliku uimastamise kahtluse korral). NB! Uriin koguda esimesel võimalusel – nt õde saab proovimaterjali koguda juba enne arsti saabumist. Enne läbivaatust uriiniprooviks urineerides paluge patsiendil mitte pühkida välissuguelundeid tualettpaberiga ja panna jalga samad aluspüksid. Tõendmaterjalikogumisel läbivaatuse käigus koguge karpi ka aluspüksid!

Raseduse kindlakstegemine

Vajadusel määrata hCG uriinist või verest.

Verest määratavad seksuaalsel teel levivad infektsioonid (STLI)

Määrata HIV, B- ja C-hepatiidi, süüfilise markerid.

LÄBIVAATUS

Läbivaatuse algus (kuupäev) _____ (ja kellaeg) _____

Seisundi hindamineTeadvuse seisund: normaalne hägustunud teadvuseta**Riided:**Korras jah ei _____Rebitud jah ei _____Määrdunud jah ei _____Plekid jah ei _____

Puuduvad riidesemed, mis jäid toimumispaika või kadunuks sündmuse käigus:

Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

Vaimne seisund

Patsient on läbivaatuse tegija hinnangul:

Avatud jah
Asjalik jah
Rahulik jah
Vihane jah
Apaatne jah
Ahastav jah
Ärritunud jah
Rahutu jah
Nutuvalmidusega jah
Agressiivne jah
Ennast kahjustav jah

Objektiivne vaimse seisundi kirjeldus (nt väldib pilgukontakti, mudib peos salvrätikut, räägib katkendliku häälega vms):

Objektiivsed kehalised sümptomid:

Külmavärinad	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Külm higi kehal	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
liveldus	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Oksendamine	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Kõhuvalu	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Kõhulahtisus	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Sage urineerimisvajadus	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Muu	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei

Objektiivsed intoksikatsiooni tundemärgid:

Alkoholi lõhn hingeõhus	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Koordinatsioonihäired	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Ebaselge kõne	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Tuigerdav kõnnak	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei

Pupillid (kirjeldage; parem/vasak)

Kahtlus alkoholi intoksikatsioonile	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Kahtlus teiste ainete intoksikatsioonile	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei

Märkused: _____

Pikkus (cm)	Kehakaal (kg)	Vererõhk (mmHg)	Pulss (/min)	Kehatemperatuur (C)
_____	_____	_____	_____	_____

Seksuaalvägivalla ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

Haiguste anamnees

Kirjelda patsiendil esinevad ägedad ja kroonilised haigused (sh hüübimishäired, nahahaigused); intellekti- või kehaline puue; operatsioonid; ravimite tarvitamine; vaimse tervise häired, nt depressioon jm).

Alaealiste puhul varasem areng – kas on olnud normipärane või hilinevad (kõne, vaimne võimekus, võimalikud geneetilised haigused, puuded, varasemad traumad, enesevigastamine ja suitsiidikatsed. Anamnees patsiendi sõnul või varasemast haigusloost.

Prepubertaalsete laste puhul küsida (joonige alla): kas on esinenud urineerimishäireid, sh öist/päevast allapissimist (primaarne, sekundaarne), kõhukinnisust/kõhulahtisust, püksi kakamist (primaarne, sekundaarne), anaalset valu või veritsust, enterobioosi, suguelundite traumasid, veritsust või voolust suguelunditest, kõhuvalu jm.

Allergia ravimitele jah, millistele _____ ei ei tea

Günekoloogiline anamnees

Kirjeldada menarhe vanus, m-tsükli iseloom, tampoonide/ menstruaalanuma kasutamine, kas on varem olnud naistearsti külastusi/läbivaatusi (nende andmete kogumine aitab valmistada järgnevaks läbivaatuseks, juhul kui patsient ei ole varem olnud seksuaalvahekorras või käinud günekoloogilisel läbivaatusel)

Olnud varem tupekaudses seksuaalvahekorras: jah ei ei tea

Teismeliste korral, kui on kahtlus seksuaalse enesemääramise vanuspiiri rikkumise osas: Kui vanalt esimest korda? Vajadusel täpsustage, kui vana oli siis seksuaalpartner?

Teismeliste korral, kui on kahtlus seksuaalse enesemääramise vanuspiiri rikkumise osas:

Kas on praegusel ajal seksuaalvahekorras? (nt kas on praegu oma poiss-või tüdruksõber, kellega on seksuaalvahekorras)

jah ei ei tea

Vajadusel täpsustage, kui vana on praegune seksuaalpartner?

Sünnitused jah ei ei tea

Praegu rase jah ei ei tea

Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

Vigastused ja muud füüsilised leiud

Siiit alates kasutage vajadusel paralleelselt tõendmaterjali kogumise karpi ja vastavalt anamneesile koguge analüüsid seksuaalsel teel levivatele infektsioonidele.

Meelespea:

- Kirjeldage objektiivsed vigastused ja subjektiivsed nähud (nt valulikkus), vajadusel numereerige vigastuste kirjeldused.
- Kehakaartidel tähistage vigastused samade terminitega mis kirjelduses, vajadusel kasutage numbreid vigastuste tähistamiseks.
- Kirjeldage ka tätoveeringud, armid, augustamised jm.
- Fotografeerige vigastused.

NB! Kirjeldage vigastused korrektse nimetusega (nt haav, verevalum, marrastus):

- asukoht keha anatoomilise piirkonna järgi

- kehapool (**vasak, parem**)

- kuju, värvus, mõõtmed (enne piki-, siis ristimõõde)

- pind (nt niiske või kuiv, veritsev, punase/ pruuni koorikuga kaetud, nahapinnast kõrgem/madalam)

Pea (nägu, juustega kaetud peanahk) ja kael vaadatud

- ei ole vigastusi
- haav (*mis tüüpi*)
- verevalum
- turse
- marrastus/kriimustus
- rebitud juuksed
- valu liigutamisel
- valu palpatsioonil
- muu

Kõrvad: väliskõrv, kõrvade tagune vaadatud

- ei ole vigastusi
- haav (*mis tüüpi*)
- verevalum

Silmad vaadatud

- ei ole vigastusi
- verevalumid/petehhiad sidekestal
- muu

Suu (limaskest, keelekida, hambad) vaadatud

- ei ole vigastusi
- haav (*mis tüüpi*)
- hammaste vigastus
- turse
- limaskesta verevalumid/petehhiad
- muu

- klamüüdia kurk
- gonorröa kurk

Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

Rind, selg, kõht vaadatud

- ei ole vigastusi
- haav (*mis tüüpi*)
- verevalum
- turse
- marrastus/kriimustus
- valu liigutamisel
- valu palpatsioonil
- muu

Käed: õlavars, käsivars, käelaba, küüned vaadatud

- ei ole vigastusi
- haav (*mis tüüpi*)
- verevalum
- turse
- marrastus/kriimustus
- valu liigutamisel
- valu palpatsioonil
- muu

Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

Jalad: reis, sääär, jalalaba, tuharad

vaadatud

- ei ole vigastusi
- haav (mis tüüpi)
- verevalum
- turse
- marrastus/kriimustus
- valu liigutamisel
- valu palpatsioonil
- muu

SUGUELUNDID (naine)

Läbivaatus teostatud narkoosis:

ei

jah

Välised suguelundid: häbe, kliitor, suured ja väikesed häbememokad, ureetra ava, tupeesik, suurte ja väikeste häbememokkade alumine ühinemiskoht (*posterior fourchette*, tagumine komissuur)

vaadatud

- ei ole vigastusi
- haav/rebend
- verevalum
- turse
- marrastus/kriimustus
- valu palpatsioonil
- muu

Neitsinahk Jooni alla:

Enne puberteeti: poolkuukujuline/ võrujas/ lakkiva servaga (normaalsed konfiguratsioonid), muu; tupe sisekäigu avaus dilateerub kuni ... mm.

Pärast puberteeti: täiskasvanud naisele omane; lakkiva/sileda servaga; venitatav/mittevenitatav; avaus läbitav ... põikisõrmele).

Vigastused jah ei

Kirjelda värsked vigastused (haav/rebend, verevalum, turse, marrastus, muu); vanad vigastused (NB! põhjani ulatuvad vanad rebendid);

TÄHTIS! Kinnaste vahetamine jah
Lubrikandina kasutatakse ainult vett!

Tupeesiku pesemine jah

Sisemised suguelundid : tupp, tupe tagumine võlv, emakakael

vaadatud

- ei ole vigastusi
- haav (*mis tüüpi*)
- turse
- verevalum
- veritsus
- muu

- klamüüdia emakakael*
- gonorröa emakakael*
- trihomoniasis tupp*

Bimanuaalne palpatsioon (emakakael, emakas, adneksid)

teostatud

- normaalne
- tundlikkus, valu
- muu patoloogia, *mis?* _____

Anus ja lahkliha

vaadatud

- ei ole vigastusi
- haav (*mis tüüpi*)
- arm
- punetus
- verevalum
- turse
- marrastus/kriimustus
- valu palpatsioonil
- sfinkteri vigastus
- veritsus anaalpiirkonnas²
- muu

- klamüüdia rektum*
- gonorröa rektum*

Anuse toonus normaalne ebanormaalne

Väljaheitega määratud jah ei

Digitaalne palpatsioon jah ei

Proktoskoopia³ jah ei

² Hinda proktoskoopia vajalikkust

³ Vajadusel ja võimalusel

SUGUELUNDID (mees)

Välised suguelundid: peenis, eesnahk, eesnaha kida, peenisepea, ureetra ava, skrootum

- ei ole vigastusi
- haav (*mis tüüpi*)
- verevalum
- turse
- marrastus/kriimustus
- valu palpatsioonil
- muu

vaadatud

- klamüüdia uriin
- gonorröa uriin
- trihhomoniaas uriin

Anus ja lahkliha

- ei ole vigastusi
- haav (*mis tüüpi*)
- arm
- punetus
- verevalum
- turse
- marrastus/kriimustus
- valu palpatsioonil
- sfinkteri vigastus
- veritsus analpiirkonnas⁴
- muu

vaadatud

- klamüüdia rektum
- gonorröa rektum

- | | | |
|------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Anuse toonus | <input type="checkbox"/> normaalne | <input type="checkbox"/> ebanormaalne |
| Väljaheitega määrdunud | <input type="checkbox"/> jah | <input type="checkbox"/> ei |
| Digitaalne palpatsioon | <input type="checkbox"/> jah | <input type="checkbox"/> ei |

Proktoskoopia⁵ jah ei

⁴ Hinda proktoskoopia vajalikkust

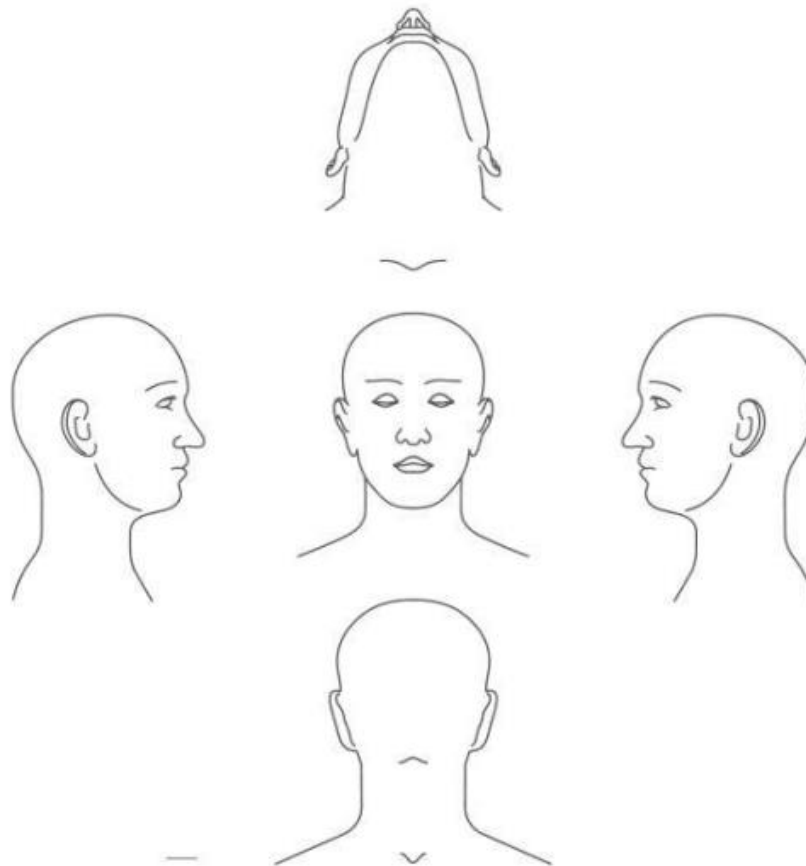
⁵ Vajadusel ja võimalusel

Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise korbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

Tähistage vigastused kehakaartidel:

Täisvärvitud alad – verevalumid, viirutatud alad – marrastused, jooned – kriimustused.
Vigastused märkige numbritega.



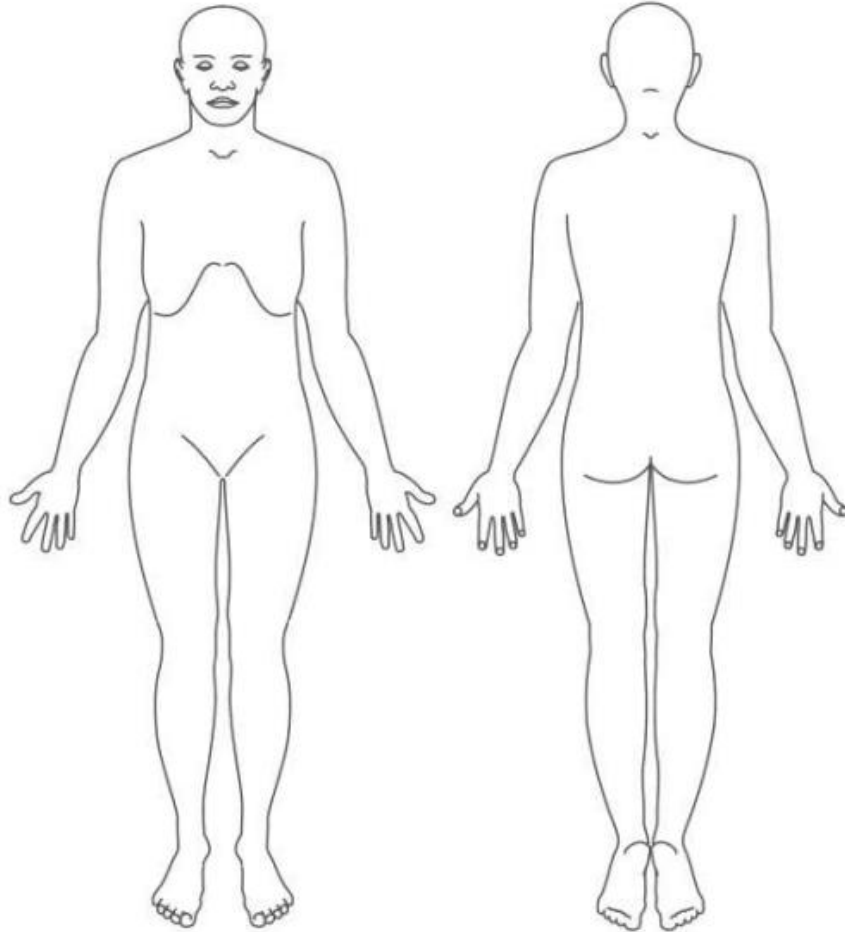
Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise korbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

Tähistage vigastused kehakaartidel:

Täisvärvitud alad – verevalumid, viirutatud alad – marrastused, jooned – kriimustused.

Vigastused märkige numbritega.



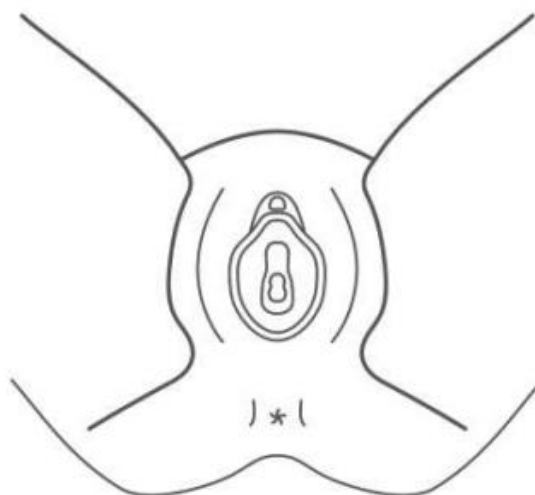
Seksuaalvägivald ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

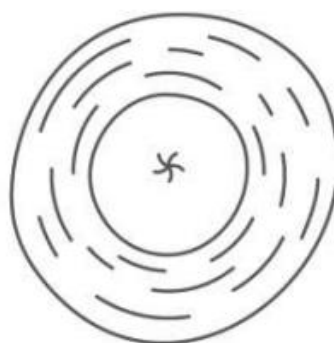
Tähistage vigastused kehakaartidel:

Täisvärvitud alad – verevalumid, viirutatud alad – marrastused, jooned – kriimustused.

Vigastused märkige numbritega.



Vulva ja lahkliha



Tupp ja emakakael

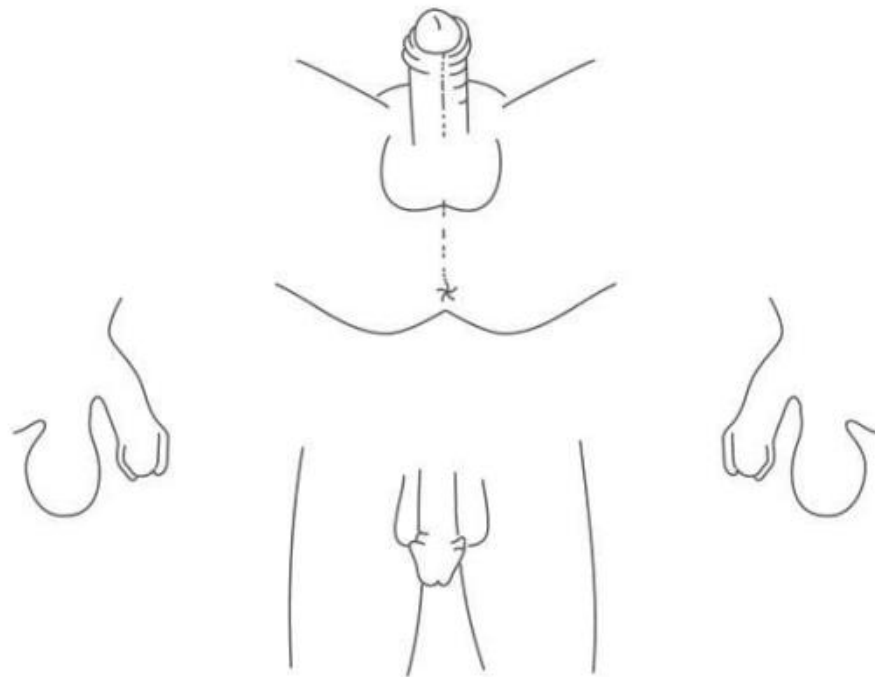
Seksuuälvågivalla ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

Tähistage vigastused kehakaartidel:

Täisvärvitud alad – verevalumid, viirutatud alad – marrastused, jooned – kriimustused.

Vigastused märkige numbritega.



Seksuaalvägivald ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise korbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

DIAGNOSTIKA JA RAVI

PSA-kiirtest tehtud (võimalik <47h jooksul juhtunust): jah ei

Kui jah, siis vastus pos neg

Postkoitaalne kontratseptsioon

Viimane menstruatsioon _____

Kontratseptsioonimeetod kasutusel? jah (milline) _____ ei

Postkoitaalne kontratseptsioon: on vajalik ei ole vajalik

SOS-pillid:

antud

ise võtnud

ESV paigaldamine:

paigaldatud

Seksuaalsel teel levivad infektsioonid (STLI)

NB! Kui läbivaatus ei ole võimalik, siis kaaluda enesetestimist tupest või määramist uriinist.

Kust võetud (neel, emakakael/tupp, anus/rektum, uriin)

Klamüüdia	<input type="checkbox"/> jah	_____
Gonorröa	<input type="checkbox"/> jah	_____
Trihhomoonas	<input type="checkbox"/> jah	_____
Süüfilis	<input type="checkbox"/> jah	Vereseerum
B-hepatiit	<input type="checkbox"/> jah	Vereseerum
C-hepatiit	<input type="checkbox"/> jah	Vereseerum
HIV	<input type="checkbox"/> jah	Vereseerum

Otsus rakendada STLI ennetavat ravi (Azithromycinum 1g per os ja Methronidazolom 2g per os) tuleb teha individuaalselt.

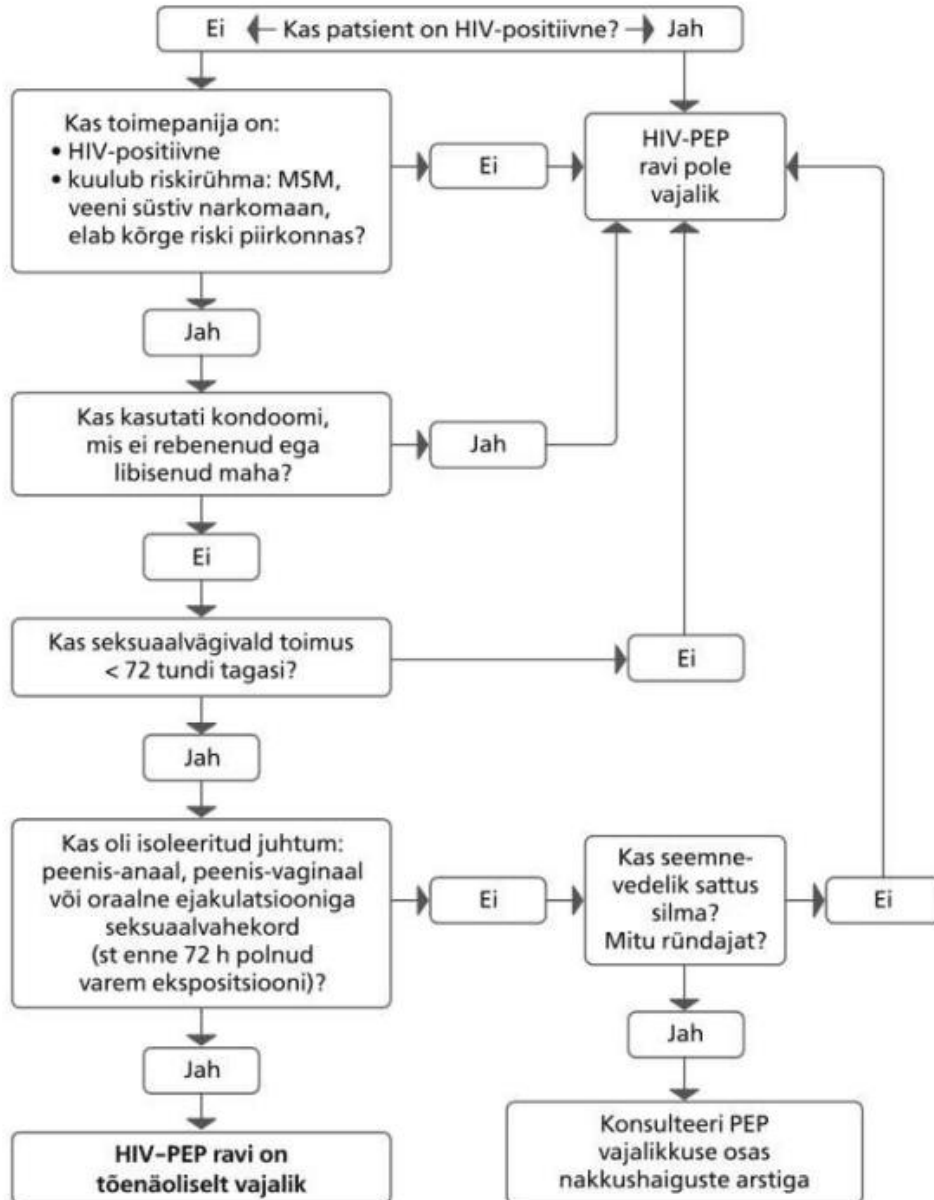
HIV kontaktijärgne ravi (HIV-PEP)

Palun hinnake HIV-PEP näidustust järgmisel leheküljel oleva joonise abil.

Kokkuvõte: HIV kontaktijärgne ravi:

ei ole näidustatud võib kaaluda on näidustatud

Laste puhul konsulteerige PEP ravi vajalikkuse ja annuste osas infektsioonhaiguste arstiga.



Jätkake, kui HIV-PEP ravi on näidustatud

Kas patsient soovib alustada HIV kontaktijärgse raviga?

jah

ei

Andke infektsioonihaiguste arsti kontakt, kui patsient peaks oma otsust muutma.

PEP stardipakk antud⁶

jah

PEP infoleht antud

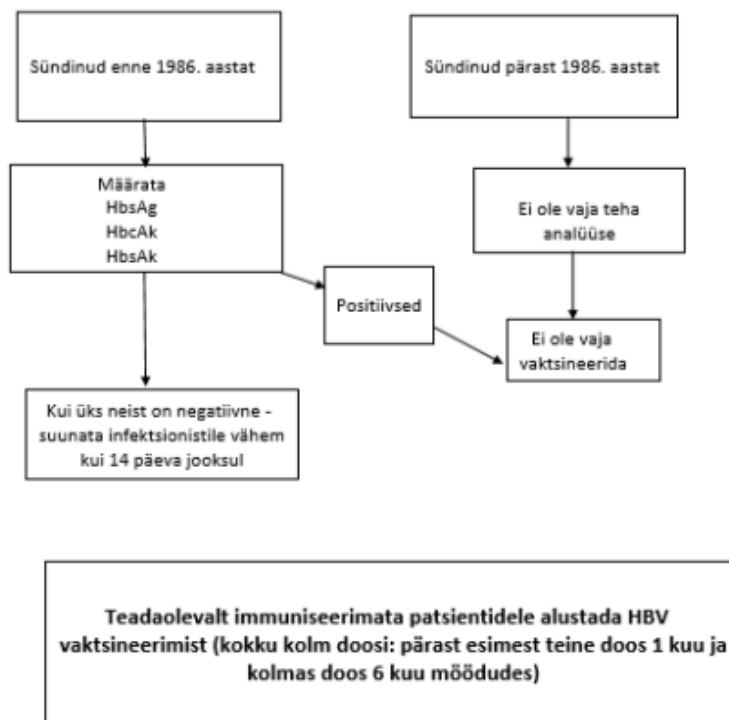
jah

Järgmine PEP ravi visiit kokku lepitud ja patsiendi infolehele märgitud (kus ja kelle juurde, anda cito! saatekiri)

jah

B-hepatiidi kontaktijärgne vaksineerimine

Juhindu allolevast algoritmist



Kokkuvõte:

B-hepatiidi vaksineerimine:

ei ole näidustatud

on näidustatud

suunatud infektsionisti vastuvõtule

⁶ Juhul, kui on võimalik patsiendile anda stardipakk; muul juhul suunata cito! infektsionisti vastuvõtule.

Seksuaalvägivalda ohvri läbivaatuse protokoll
Täitmiseks tervishoiutöötajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.
Hoiustatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

MUU ABI

Vaimne tervis

Kas hetkel on alust arvata, et on oht enesevigastamiseks?

jah ei

Edasine tegevus (*suunamine, konsultatsioon, patsiendi nõustamine*):

Lähisuhtevägivald

Kas on vajadus turvalise majutuse järele?

jah ei

Kaaluge raskete LSV juhtumite puhul DASH küsimustiku täitmist ja teatamist Ohvriabisse

Edasine tegevus (*suunamine, konsultatsioon, patsiendi nõustamine*):

Lastekaitse

Kas on vajalik kontaktivõtt lastekaitsetöötajaga (nt lapsed on järelevalveta, hoolitsuseta; patsient ise vajab lastekaitset) või lastemajaga?

jah ei

Edasine tegevus (*suunamine, e-kirja kirjutamine, konsultatsioon, patsiendi nõustamine*):

Juriidiline abi

Nõustatud, kuidas patsient saab pöörduda juriidilise abi saamiseks:

jah ei

JÄRELRAVILE SUUNAMINE

Patsient on nõus oma kontaktandmete edastamisega järelravi pakkujale jah ei

Kokku lepitud, kus ja millal toimub järelvisiit: jah ei

Lahkudes tervishoiuasutusest

Patsient lahkub saatjaga (*kellega?*) jah _____ ei

Antud seksuaalvägivaldaohvri infoleht jah ei
(NB! täitke patsiendi meelespea!)

Antud seksuaalvägivaldaohvri lähedase infoleht jah ei

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

KOKKUVÕTE TOIMINGUTEST

Võetud toksikoloogia uriinist	<input type="checkbox"/> jah (kuupäev, kellaaeg)	<input type="checkbox"/> ei
verest	<input type="checkbox"/> jah, arv	<input type="checkbox"/> ei
pakitud kilepakendisse number	(kuupäev, kellaaeg)	
Tehtud üldine läbivaatus	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Tehtud suguelundite läbivaatus	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Kogutud kohtumediitsiiniline tõendmaterjal	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Paikmed, kust tõendmaterjal kogutud (jooni alla):		
suu, keha, küünealused, aluspüksid, suguelundid, anus/rektum, muu:		

Vigastused dokumenteeritud	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei
Vigastused pildistatud	<input type="checkbox"/> jah, mälukaart nr	<input type="checkbox"/> ei

PSA analüüs võetud	<input type="checkbox"/> jah	<input type="checkbox"/> ei

Läbivaatuse lõpp (kuupäev ja kellaaeg) _____

Läbivaatuse teostaja (nimi, amet) _____

Kui Teil on veel mingit olulist informatsiooni, siis kirjutage see siia:

Seksuaalvägivald ohvri läbivaatuse protokoll

Täitmiseks tervishoiutõtajale. Vajadusel edastatakse koopia politseile.

Hoistatakse eraldi tõendmaterjalide kogumise karbist.

Patsiendi nimi/ribakood:

DIAGNOOSI KOODID SV KORRAL

RHK-10 järgi on pärast SVd patsiendile antava abi võimalikud diagnoosikoodid järgmised.

Z04.4 Läbivaatus ja jälgimine pärast väidetavat vägistamist ja võrgutamist

ja

T74.2 Seksuaalkuritarvitus (lad *Abusio sexualis*)

- Y07.0 Abikaasa või partneri poolt
- Y07.1 Vanema poolt
- Y07.2 Tuttava või sõbra poolt
- Y07.3 Ametiisikute poolt
- Y07.8 Muude täpsustatud isikute poolt
- Y07.9 Täpsustamata isiku poolt

T (välispõhjuse) diagnoosi korral tuleb alati lisada ka Y diagnoos

Y05: Seksuaalrünne kehalise vägivaldaga (k.a pederastia, vägistamine ja vägistamiskatse)

- Y05.0 Kodu
- Y05.1 Elamisasutus
- Y05.2 Kool, muu asutus ja avalik administratiivpiirkond
- Y05.3 Spordi- ja kehakultuuriväljakud [asutused]
- Y05.4 Tänav ja [maan]tee
- Y05.5 Kaubandus- ja teeninduspiirkond
- Y05.6 Tööstus- ja ehituspiirkond
- Y05.7 Talumajapidamine
- Y05.8 Muud ja täpsustatud kohad
- Y05.9 Täpsustamata paik

Näiteks:

Seksuaalkuritarvitus tuttava poolt T74.2 Y07.2

Seksuaalrünne kehalise vägivaldaga tänaval Y05.4

Võimalikud lisadiagnoosid

Vigastused (alamjaotised S30–31)

Vaimse tervise häired F43

Mujal klassifitseerimata sümptomid ja tunnused R11.0 (iiveldus ja oksendamine), R45.1 (rahutus ja ärevus), R45.7 (täpsustamata emotsionaalse šoki ja stressi seisund) jt.

LISA 1

TÄIENDAVALD ANDMED

Kuupäev _____

Täiendava informatsiooni eesmärk on edastada pärast esmast abi ja dokumenteerimist (seksuaalvägivalla ohvri läbivaatuse protokoll) lisandunud andmeid, mis võivad menetlusele kaasa aidata. Andmed edastatakse piirkondlikule kontaktprokurörile mõistliku aja jooksul pärast toimunut.

Täiendavaks informatsiooniks on erialastel teadmistel põhinevad tähelepanekud ja märkused patsiendi seisundi ning selle muutuste kohta alates esmase abi osutamisest; kogutud analüüside ja uuringute tulemused; tekkinud tervisehäired (nt enesevigastamine) ja vajalikud täiendused protokollile.

Koostaja nimi

Amet

Allkiri

Lisa 2. Informeeritud nõusolek osalejale

Nõusoleku vorm andmete kandmiseks seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste andmekogusse

Käesolevaga palume vabatahtlikku nõusolekut Teie isikuandmete, sh terviseandmete (edaspidi „andmed“) sisestamiseks Eesti seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste andmekogusse (edaspidi “andmekogu“). Teie nõusolek on andmete kogumise ning töötlemise õiguslikuks aluseks.

Palun lugege antud teave põhjalikult läbi enne nõusoleku andmist.

UURINGU EESMÄRK

Andmekogu eesmärgiks on koguda andmeid seksuaalvägivalla üleelanutelt, kes on pöördunud seksuaalvägivalla kriisiabi keskusesse (edaspidi “SAK”) Tartu Ülikooli Kliinikumis, Lääne-Tallinna Keskhaiglas, Pärnu Haiglas ja Ida-Viru Keskhaiglas.

Kogutud andmete põhjal hinnatakse seksuaalvägivalla toimepanemist iseloomustavaid erinevaid aspekte, mis dokumenteeritakse läbivaatuse käigus. Kogutud andmete alusel parandab riik pakutavaid ravi- ja sotsiaalteenuseid ning kujundab ennetus- ja sekkumismeetodeid seksuaalvägivalla vähendamiseks ja seksuaalkuritegude paremaks menetlemiseks.

Edaspidise teadustöö eesmärgil annate nõusoleku teha võrdlevat analüüsi teistes Eesti terviseandmete registrites ja andmekogudes olevate andmetega.

UURINGUMEETOD

Andmekogusse kantakse kodeeritud andmed, mida arst on tervisedokumenti (seksuaalvägivalla ohvri läbivaatuse protokoll) kandnud esmase pöördumise käigus SAKi.

Teie andmete kandmine andmekogusse ei too teile terviseriske ega tekita rahalisi kulutusi.

Lisaks Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrusele (EL) 2016/679 (isikuandmete kaitse üldmäärus)¹ on andmekogu koostamisel arvestatud ravimiuuringuid reguleerivate rahvusvaheliste ja kohalike õigusaktidega (üleilmse koostööorganisatsiooni ICH kliiniliste uuringute hea tava juhtnöörid², Helsingi deklaratsiooni³ eetilised põhimõtted).

ANDMETE HOIDMISE TINGIMUSED

Kellel on andmekogule ligipääs?

Andmekogule on ligipääs ainult volitatud isikutel, kelle elukutse nõuab meditsiinieetika ja isikuandmete konfidentsiaalsuse kokkuleppe järgimist:

- raviastutuse koordinaatorile (vastavalt: Tartu Ülikooli Kliinikumis Ingrid Tideman; Lääne- Tallinna Keskhaiglas Marina Sidorova ja Marit Vaiksalu, Pärnu Haiglas Kadri-Liina Vahula, Ida-Viru Keskhaiglas Roksolana Goshka, Jekaterina Krõmskaja ja Julia Kedus; vastutavale uurijale (Made Laanpere) ja kaasuurijale Kai Part);
- ametiasutustele, millel on seadusest tulenev kohustus, näiteks Tartu Ülikooli eetikakomitee.

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

² <https://www.ravimiamet.ee/kliinilised-katsetusedpdf>

³ https://ttk.ee/public/Maailma_Arstide_Liidu_WMA_Helsingi_deklaratsioon.pdf

Kuidas tagatakse andmete turvalisus?

Andmekogus olevad andmed on krüpteeritud. Uuritava isikuandmeid säilitatakse eraldi elektroonses küsimustikus, millele pääsevad ligi vaid selle raviasutuse koordinaator, vastutav uurija ja kaasuurija. Andmete eksportimisel statistika tarbeks, jäetakse automaatselt välja isikuandmed.

Kui kaua andmeid säilitatakse?

Andmete säilitamise aeg on piiramatult või kuni andmekogu sulgemiseni.

Andmete vastutav töötaja on Tartu Ülikooli seksuaaltervise uuringute keskus (TÜ SUK) ja volitatud töötaja Tartu Ülikooli arvutiteaduste instituut, mille serveris andmekogu asub.

Kellele andmeid edastatakse?

Tartu Ülikooli seksuaaltervise uuringute keskus (TÜ SUK) ei edasta teie andmekogus sisalduvaid isikustatud andmeid kolmandatele osapooltele.

Teadustöö eesmärgil on võimalik taotleda umbisikustatud andmeid.

Mis on teie õigused?

Teil on õigus tagasi võtta andmete andmekogusse sisestamise nõusolek igal ajahetkel teavitades sellest e-posti teel Tartu Ülikooli seksuaaltervise uuringute keskust suk@ut.ee või uurijaid (Made Laanpere, tel: 5019588, made.laanpere@ut.ee või Kai Part, tel: 56680778, kai.part@kliinikum.ee). Nõusoleku tagasivõtmisel lõpetame teie isikuandmete edasise töötlemise. Nõusoleku tagasivõtmine ei muuda teile antavat abi.

Teil on õigus teha päringuid teid puudutavate isikuandmete kohta andmekogus.

Teil on õigus isikuandmete töötlemise piiramisele.

Teil on õigus saada koopia oma kogutud ja registreeritud andmetest.

Teil on õigus esitada kaebus isikuandmete töötlemise kohta Andmekaitse Inspeksioonile.

Kelle käest lisateavet küsida?

Kui teil on küsimusi oma õiguste kohta uuringus osalejana, võtke palun ühendust Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee teadus- ja arendusosakonnaga telefonil 737 6215.

Kui teil on küsimusi, siis paluge neid selgitada TÜ SUK uurijatel (Made Laanpere, tel: 5019588, made.laanpere@ut.ee või Kai Part, tel: 56680778, kai.part@kliinikum.ee).

Nõusolek

Eesti seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste andmekogu

Ma olen läbi lugenud käesoleva dokumendi ja selle dokumendi sisu on mulle selgitatud.

Ma mõistan andmete töötlemise eesmärki ning nõustun käesolevas dokumendis kirjeldatud teabe alusel andma loa oma isikuandmete, sh terviseandmete, sisestamiseks andmekogusse.

Informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm allkirjastatakse kahes võrdväärseks eksemplaris, millest üks jääb uuritavale ja teine uuringukeskusesse.

Kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Andmekogus osaleja (*ees-ja perekonnanimi*)

Allkiri _____

Kuupäev _____

Nõusoleku võtnud isik (*kes tutvustas/ selgitas dokumenti*), *ees- ja perekonnanimi*

Allkiri _____

Kuupäev _____

Andmekogus osaluse katkestamine

Eesti seksuaalvägivalla keskuste andmekogu

Alljärgnevat vormi kasutatakse pärast patsiendi terviseandmete andmekogusse sisestamise nõusoleku tagasivõtmist.

Andmekogus osaleja teatas isikuandmete, s.h. terviseandmete registrisse sisestamise nõusoleku tagasivõtmisest.

Andmekogus osaleja (*ees- ja perekonnanimi*)

Allkiri _____

Kuupäev _____

Andmekogu uurija (*ees- ja perekonnanimi*)

Allkiri _____

Kuupäev _____

Lisa 3. 12–17 a. osaleja informeeritud nõusolek

12-17- aastase lapse informeeritud nõusolek andmete kandmiseks seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste andmekogusse

Palume sinu vabatahtlikku nõusolekut isikuandmete, sh terviseandmete (edaspidi „andmed“) sisestamiseks Eesti seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste andmekogusse (edaspidi “andmekogu“). Sinu nõusolek on andmete kogumise ning töötlemise õiguslikuks aluseks.

Palun loe antud teave (vajadusel koos vanema(te)/ seadusliku esindajaga/hooldajaga) põhjalikult läbi enne nõusoleku andmist ja küsi, kui sa millestki aru ei saa.

Andmete kandmine andmekogusse on sinu tervisele ohutu, ei tekita rahalisi kulutusi ja ei muuda sulle antavat abi mingil moel.

Neid ei esitata kellelegi sinu äratundmist võimaldaval moel.

Mis on andmekogu?

Andmekogu on kogum andmetest nende Eesti inimeste kohta, kes on pöördunud seksuaalvägivalla kriisiabi keskusesse (edaspidi ”SAK”) Tartu Ülikooli Kliinikumis, Lääne-Tallinna Keskhaiglas, Pärnu Haiglas ja Ida-Viru Keskhaiglas.

Andmed sisaldavad seda, mida küsitakse ja dokumenteeritakse tervisedokumenti (seksuaalvägivalla ohvri läbivaatuse protokoll) läbivaatuse käigus.

Andmeid saab võrrelda teistes Eesti terviseandmete registrites ja andmekogudes olevate andmetega.

Andmekogu koostamisel on arvestatud erinevate rahvusvaheliste ja kohalike õigusaktidega.

Kust andmed saadakse?

Sinu pöördumisel küsib arst toimunu kohta täpsustavaid küsimusi, teeb meditsiinilise läbivaatuse, kogub politseile vajaliku tõendmaterjali ja kannab andmed tervisedokumenti. Raviasutuse koordinaator sisestab andmed andmekogusse.

Kellel on andmekogule ligipääs?

Ligipääs antakse ainult neile isikutele, kelle elukutse nõuab meditsiinieetika ja isikuandmete saladuses hoidmise kokkuleppe järgimist. Raviasutuse koordinaatorile (vastavalt: Tartu Ülikooli Kliinikumis Ingrid Tideman; Lääne-Tallinna Keskhaiglas Marina Sidorova ja Marit Vaiksalu, Pärnu Haiglas Kadri-Liina Vahula, Ida-Viru Keskhaiglas Roksolana Goshka, Jekaterina Krõmskaja ja Julia Kedus, vastutavale uurijale Made Laanpere ja kaasuurijale Kai Part.

Kuidas tagatakse andmete turvalisus andmekogus?

Andmekogus olevad andmed on krüpteeritud (krüpteerimise eesmärgiks on muuta failis asuvad andmed võõrastele loetamatuteks ehk info salastada). Uuritava isikuandmeid säilitatakse eraldi elektroonses

küsimustikus, millele pääsevad ligi vaid selle raviasutuse koordinaator, vastutav uurija ja kaasuurija. Andmete edastamisel jäetakse automaatselt välja isikuandmed.

Kui kaua andmeid säilitatakse?

Andmete säilitamise aeg on piiramatu või kuni andmekogu sulgemiseni.

Andmete vastutav töötaja on Tartu Ülikooli seksuaaltervise uuringute keskus (TÜ SUK) ja volitatud töötaja Tartu Ülikooli arvutiteaduste instituut, mille serveris andmekogu asub.

Kellele andmeid edastatakse?

Teadustöö eesmärgil väljastatakse andmekogust andmeid nii, et sinu isikut ei ole võimalik kindlaks teha.

Millised on Sinu õigused?

- Sa ei pea osalema, kui sa seda ei soovi.
- Sa võid praegu nõustuda, kuid hiljem meelt muuta. Arst hoolitseb sinu eest hoolimata sellest, millise otsuse sa teed.
- Sul on õigus saada koopia oma kogutud ja andmekogusse kantud andmetest.

Kui sul tekivad küsimused, saad neile vastused uurijatelt Tartu Ülikoolist (Made Laanpere, tel: 5019588, made.laanpere@ut.ee või Kai Part, tel: 56680778, kai.part@kliinikum.ee).

Nõusolek

Eesti seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste andmekogu

Ma olen läbi lugenud käesoleva dokumendi ja selle dokumendi sisu on mulle arusaadavalt selgitatud.

Ma nõustun selles dokumendis kirjeldatud teabe alusel vabatahtlikult andma loa oma andmete kandmiseks andmekoguse. Kinnitan nõusolekut selles osalemiseks oma allkirjaga.

Informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm allkirjastatakse kahes võrdväärises eksemplaris, millest üks jääb uuritavale ja teine uuringukeskusesse.

Andmekogus osaleja (ees- ja perekonnanimi)

Allkiri _____

Kuupäev _____

Nõusoleku võtnud isik (kes tutvustas/ selgitas dokumenti) ees- ja perekonnanimi

Allkiri _____

Kuupäev _____

Lisa 4. 7–11 a. osaleja informeeritud nõusolek

7-11- aastase lapse informeeritud nõusolek andmete kandmiseks Eesti seksuaalvägivalda kriisiabi keskuste andmekogusse

Palume sinu vabatahtlikku nõusolekut andmete sisestamiseks andmekogusse.

Palun loe antud teave (vajadusel koos vanema(te)/seadusliku esindaja/hooldajaga) põhjalikult läbi enne nõusoleku andmist. Küsi, kui sa millestki aru ei saa.

Andmete kandmiseks andmekogusse ei pea sina midagi tegema ning ka sinuga ei tehta midagi. Samuti ei pea keegi selleks raha kulutama. See on sinu tervisele ohutu ja ei mõjuta sulle antavat abi. Neid ei esitata kellelegi sinu äratundmist võimaldaval moel.

Mis on andmekogu?

See on kogum andmetest nende Eesti inimeste kohta, kes on pöördunud ise või kellegi soovitusel abi saamiseks seksuaalvägivalda kriisiabi keskusesse.

Andmeid saab võrrelda teiste samasuguste andmetega muudes andmekogudes.

Kust andmed saadakse ja kes neid näeb?

Sinuga tegelev arst kannab sinu andmed tervisedokumenti. Sealt saadakse sinu andmed.

Sinu terviseandmed andmekogus on salastatud. Andmeid näevad raviasutuse koordinaator (vastavalt: Tartu Ülikooli Kliinikumis Ingrid Tideman; Lääne-Tallinna Keskhaiglas Marina Sidorova ja Marit Vaiksalu, Pärnu Haiglas Kadri-Liina Vahula, Ida-Viru Keskhaiglas Roksolana Goshka, Jekaterina Krõmskaja ja Julia Kedus), vastutav uurija (Made Laanpere) ja kaasuurija (Kai Part).

Millised on Sinu õigused?

- Sa ei pea osalema, kui sa seda ei soovi.
- Sa võid praegu nõustuda, kuid hiljem meelt muuta. Arst hoolitseb sinu eest hoolimata sellest, millise otsuse sa teed.

Kui sul tekivad küsimused, saad neile vastused uurijatelt Tartu Ülikoolist (Made Laanpere, tel: 5019588, made.laanpere@ut.ee või Kai Part, tel: 56680778 kai.part@kliinikum.ee).

Nõusolek

Eesti seksuaalvägivalda kriisiabi keskuste andmekogu

Mulle on selgitatud ja ma luban oma andmete lisamist andmekogusse.

Kinnitan nõusolekut enda allkirjaga.

Üks allkirjadega dokument antakse andmekogus osalevale lapsele, teine allkirjadega dokument jääb andmekogu uurijatele.

Andmekogus osaleja (*ees- ja perekonnanimi*)

Allkiri _____

Kuupäev _____

Nõusoleku võtnud isik (*kes tutvustas/ selgitas dokumenti*) *ees- ja perekonnanimi*

Allkiri _____

Kuupäev _____

Lisa 5. Informeeritud nõusolekuvorm lapsevanemale

Nõusoleku vorm Teie lapse andmete kandmiseks seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste andmekogusse

Käesolevaga palume vabatahtlikku nõusolekut Teie lapse isikuandmete, sh terviseandmete (edaspidi „andmed“) sisestamiseks Eesti seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste andmekogusse (edaspidi “andmekogu“). Teie nõusolek on andmete kogumise ning töötlemise õiguslikuks aluseks.

Palun lugege antud teave põhjalikult läbi enne nõusoleku andmist.

UURINGU EESMÄRK

Andmekogu eesmärgiks on koguda andmeid seksuaalvägivalla üleelanutelt, kes on pöördunud seksuaalvägivalla kriisiabi keskusesse (edaspidi ”SAK”) Tartu Ülikooli Kliinikumis, Lääne-Tallinna Keskhaiglas, Pärnu Haiglas ja Ida-Viru Keskhaiglas.

Kogutud andmete põhjal hinnatakse seksuaalvägivalla toimepanemist iseloomustavaid erinevaid aspekte, mis dokumenteeritakse läbivaatuse käigus. Kogutud andmete alusel parandab riik pakutavaid ravi- ja sotsiaalteenuseid ning kujundab ennetus- ja sekkumismeetodeid seksuaalvägivalla vähendamiseks ja seksuaalkuritegude paremaks menetlemiseks.

Edaspidise teadustöö eesmärgil annate nõusoleku teha võrdlevat analüüsi teistes Eesti terviseandmete registrites ja andmekogudes olevate andmetega.

UURINGUMEETOD

Andmekogusse kantakse andmed, mida arst on tervisedokumenti (seksuaalvägivalla ohvri läbivaatuse protokoll) kandnud esmase visiidi käigus SAKi.

Lapse andmete kandmine andmekogusse ei too kaasa terviseriske ega tekita rahalisi kulutusi.

Lisaks Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrusele (EL) 2016/679 (isikuandmete kaitse üldmäärus)⁴ on andmekogu koostamisel arvestatud ravimiuuringuid reguleerivate rahvusvaheliste ja kohalike õigusaktidega (üleilmse koostööorganisatsiooni ICH kliiniliste uuringute hea tava juhtnöörid⁵, Helsingi deklaratsiooni⁶ eetilised põhimõtted).

ANDMETE HOIDMISE TINGIMUSED

Kellel on andmekogule ligipääs?

⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

⁵ <https://www.ravimiamet.ee/kliinilised-katsetusedpdf>

⁶ https://ttk.ee/public/Mailma_Arstide_Liidu_WMA_Helsingi_deklaratsioon.pdf patsiendi sugu

Andmekogule on ligipääs ainult volitatud isikutel, kelle elukutse nõuab meditsiinieetika ja isikuandmete konfidentsiaalsuse kokkuleppe järgimist:

- raviasutuse koordinaatorile (vastavalt: Tartu Ülikooli Kliinikumis Ingrid Tideman; Lääne-Tallinna Keskhaiglas Marina Sidorova ja Marit Vaiksalu, Pärnu Haiglas Kadri-Liina Vahula, Ida-Viru Keskhaiglas Roksolana Goshka, Jekaterina Krõmskaja ja Julia Kedus, vastutavale uurijale (Made Laanpere) ja kaasuurijale (Kai Part);
- ametiasutustele, millel on seadusest tulenev kohustus (näiteks Tartu Ülikooli eetikakomitee).

Kuidas tagatakse andmete turvalisus?

Andmekogus olevad andmed on krüpteeritud. Uuritava isikuandmeid säilitatakse eraldi elektroonses küsimustikus, millele pääsevad ligi vaid selle raviasutuse koordinaator, vastutav uurija ja kaasuurija. Andmete eksportimisel statistika tarbeks, jäetakse automaatselt välja isikuandmed.

Kui kaua andmeid säilitatakse?

Andmete säilitamise aeg on piiramatult või kuni andmekogu sulgemiseni.

Andmete vastutav töötaja on Tartu Ülikooli seksuaalrõõmu uuringute keskus ja volitatud töötaja Tartu Ülikooli arvutiteaduste instituut, mille serveris andmekogu asub.

Kellele andmeid edastatakse?

Tartu Ülikooli seksuaalrõõmu uuringute keskus ei edasta andmekogus sisalduvaid isikustatud andmeid kolmandatele osapooltele.

Teadustöö eesmärgil on võimalik taotleda umbisikustatud andmeid.

MILLISED ON TEIE ÕIGUSED?

Teil on õigus tagasi võtta Teie lapse andmete andmekogusse sisestamise nõusolek.

Teil on õigus tagasi võtta lapse andmete registrisse sisestamise nõusolek igal ajahetkel kuni lapse täisealiseks saamiseni teavitades sellest e-posti teel Tartu Ülikooli seksuaalrõõmu uuringute keskust suk@ut.ee või uurijaid (Made Laanpere, tel: 5019588, made.laanpere@ut.ee või Kai Part, tel: 56680778, kai.part@kliinikum.ee). Nõusoleku tagasivõtmisel lõpetame teie lapse isikuandmete edasise töötlemise. Nõusoleku tagasi võtmine ei muuda teile lapsele antavat abi.

Teil on õigus teha päringuid teie last puudutavate isikuandmete kohta andmekogus.

Teil on õigus lapse isikuandmete töötlemise piiramisele.

Teil on õigus saada koopia oma lapse kohta kogutud ja andmekogusse kantud andmetest.

Teil on õigus esitada kaebus isikuandmete töötlemise kohta Andmekaitse Inspeksioonile.

Kelle käest lisateavet küsida?

Kui teil on küsimusi oma lapse õiguste kohta uuringus osalejana, võtke palun ühendust Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee teadus- ja arendusosakonnaga telefonil 737 6215.

Kui teil on küsimusi, siis paluge neid selgitada TÜ SUK uurijatel (Made Laanpere, tel: 5019588, made.laanpere@ut.ee või Kai Part tel:56680778, kai.part@kliinikum.ee).

Nõusolek

Eesti seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste andmekogu

Ma olen läbi lugenud käesoleva dokumendi ja selle dokumendi sisu on mulle selgitatud.

Ma mõistan andmete töötlemise eesmärki ning nõustun käesolevas dokumendis kirjeldatud teabe alusel andma loa oma lapse isikuandmete, sh terviseandmete, sisestamiseks andmekogusse.

Informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm allkirjastatakse kahes võrdväärises eksemplaris, millest üks jääb lapsevanemale ja teine uuringukeskusesse.

Kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Andmekogus osaleja (*lapse ees- ja perekonnanimi*)

Lapsevanem/eestkostja/usaldusisik (*ees- ja perekonnanimi*)

Allkiri _____

Kuupäev _____

Nõusoleku võtnud isik (*kes tutvustas/ selgitas dokumenti*) *ees- ja perekonnanimi*

Allkiri _____

Kuupäev _____

Andmekogus osaleva lapse osalemise katkestamine

Alljärgnevat vormi kasutatakse pärast patsiendi terviseandmete andmekogusse sisestamise nõusoleku tagasivõtmist.

Eesti seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste andmekogu

Andmekogus osaleja lapsevanem/seaduslik esindaja teatas lapse isikuandmete, s.h. terviseandmete andmekogusse sisestamise nõusoleku tagasivõtmisest.

Andmekogus osaleja (*ees- ja perekonnanimi*)

Andmekogus osaleja lapsevanem/ eestkostja/usaldusisik (*ees- ja perekonnanimi*)

Allkiri _____

Kuupäev _____

Andmekogu uurija (*ees- ja perekonnanimi*)

Allkiri _____

Kuupäev _____

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Irena Viitamees,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Seksuaalvägivalla kriisiabikeskused Eestis 2016–2023”, mille juhendajad on Made Laanpere, Kai Part, Inge Ringmets, 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.

Irena Viitamees

07.06.2023