

KÜSIMUS

Kas kasutada meditsiinilist läbivaatust või selle tulemusi dokumenteerida [TAUSTA- ja TERVISHOIUKORRALDUSLIK KÜSIMUS]?	
SIHTRÜHM:	[TAUSTA- ja TERVISHOIUKORRALDUSLIK KÜSIMUS]
SEKKUMINE:	meditsiinilist läbivaatust
VÕRDLUS:	selle tulemusi dokumenteerida
PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD:	
KONTEKST:	Kuidas LSV ohvril teostada meditsiiniline läbivaatus ja selle tulemusi dokumenteerida?
VAATENURK:	
TAUST:	
HUVIDE KONFLIKT:	

HINNANG

Probleem		
Kas probleem on prioriteetne?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
☐ Ei ☐ Pigem ei ☐ Pigem jah ☐ jah ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda	Töörühm esitas LSV juhendis tausta- ja tervishoiukorraldusliku küsimuse: Kuidas LSV ohvril teostada meditsiiniline läbivaatus ja selle tulemusi dokumenteerida? Töörühm soovib välja selgitada, milliste üldiste põhimõtete järgi tuleb LSV ohvril teostada meditsiiniline läbivaatus ja vigastused korrektselt dokumenteerida patsienti mitte ohtu seades. Küsimuse lahendamiseks vaadati läbi juba eelmistes küsimuste lahendamiseks kasutatud juhendites/juhistes olnud soovitusi. Juhendeid ei tõlgitud tervikuna ega peatükkide/alapeatükkide kaupa, vaid valiti välja käesoleva küsimuse seisukohast asjakohased osad. Lisaks otsiti internetiotsinguga asjakohast materjali.	

Väljavõtted on toodud kokku viiest allikast: ühest UK Department of Health and Social Care juhendist, ühest NHS-i juhendist, ühest NICE juhiseist, ühest WHO käsiraamatust ja ühelt veebilehelt (European training platform VIMPRODO on domestic violence of the three EU projects IMPRODOVA, IMPROVE, and VIPROM)

1) Department of Health and Social Care (UK). *Responding to domestic abuse: a resource for health professionals*. London: Department of Health and Social Care; 2023 (update of 2017 guideline) (1).

4.6. Teabe kogumine ja dokumenteerimine

Peaksite dokumenteerima piisavalt detailsed, täpsed ja selged märkmed, et kajastada oma kahtlusi ning näidata kahju, mida LSV võib olla põhjustanud.

Hoidke alati üksikasjalikku arvestust selle kohta, mida olete patsiendiga arutanud, isegi kui kahtlused ei ole viinud vägivalda avaldamiseni. Patsient võib avaldada teavet tulevikus.

- Konfidentsiaalsuse tagamiseks veenduge, et andmetele pääsevad ligi ainult need, kes on otseselt seotud ohvri raviga.
- Lähisuhtevägivalda ei tohi kunagi dokumenteerida patsiendi kaasaskantavates märkmetes (nt rasedakaart).
- Patsiendi luba ei ole vajalik, et dokumenteerida LSV avaldamist või läbivaatuse tulemusi. Selgitage patsiendile, et hoolduskohustuse tõttu on tervishoiutöötajal kohustus dokumenteerida avaldus ja vigastused.

Dokumenteermisel tuleb:

- kirjeldada täpselt, mis juhtus (nt kirjutage: *patsient ütleb: „mu abikaasa lõi mind kaks korda kõhtu“*, ärge kirjutage *„patsienti rünnati“*)
- kasutada patsiendisõnu (jutumärkides), mitte Teie enda sõnastust
- dokumenteerida vigastused võimalikult detailselt, kasutades kehakaarte ja märkides, kas vigastus ja patsiendi selgitus on kooskõlas
- teha vigastustest fotod (allkirjastatud ja dateeritud)

- lähisuhtevägivalla kahtlus või avaldus tuleb dokumenteerida ka ülalpeetavate laste haigusloos.
- elektroonilistes süsteemides tuleb tagada, et vägivalla kohta käiv info ei oleks nähtav avalikel (nt toimepanijale ja teistele tervishoiutöötajatele).

Mida dokumenteerida

- lähisuhtevägivalla kahtlus (ka siis kui patsient ei avalda)
- kas toimus rutiinne või valikuline küsitlemine ja mis oli vastus
- suhe vägivallatsejaga, vägivallatseja nimi
- rasedus
- laste olemasolu ja nende vanus
- psühholoogilise ja/või füüsilise vägivalla iseloom ning vigastused
- vägivalla tüübid ja konkreetsed juhtumid
- kas tegemist on esimese episoodiga või kui kaua vägivald on kestnud
- riskitegurite olemasolu

2) Mason J, Smailes J. Standard Operating Procedure for Responding to Domestic Abuse. Version 1.1. NHS Somerset; 2023.

8. Dokumenteerimine

Konfidentsiaalsuse säilitamiseks tuleb lähisuhtevägivalla dokumenteerimisel rakendada äärmist ettevaatust. Personal peab tagama, et haiguslood on põhjalikult dokumenteeritud, et patsiendi ravi ja vägivalla või selle kahtluse juhtumeid jälgida.

Dokumenteerige selgelt:

- Juhtumite kuupäev ja kellaaeg (kui on teada)
- Kui patsient ütleb, et vigastuse põhjuseks on vägivald, tuleb kasutada sõnastust: „Patsient ütleb ...“. Kasutage võimalusel patsiendi enda sõnu. Vältige subjektiivset infot, mida saab patsiendi vastu kasutada (nt „see oli minu süü, et ta mind lõi, sest lapsed ei olnud õigeaks ajaks voodisse pandud...“).
- Kirjeldage patsiendi psühholoogilist seisundit ilma tõlgenduse või hinnanguta
- Kirjeldage lühidalt vägivalla liiki või iseloomu

- Märkige faktid (sh objektiivsed leiud). Kui patsient eitab vägivalda, kirjutage: „*Patsiendi selgitus vigastuste kohta ei ole kooskõlas füüsiliste leidudega*“ ja/või „*Vigastused viitavad peksmisele*“.
- Dokumenteerige kõigi vigastuste suurus, muster, vanus, kirjeldus ja asukoht. Üldised kirjeldused (nt „mitmed verevalumid“) ei ole piisavad, täpne lokaliseerimine on oluline. Võimalusel kasutage kehakaarti. Lisage ka see, kui on viiteid seksuaalsele vägivallale
- Dokumenteerige ka mittekehalised tõendid (nt rebenenud või määrdunud riided)
- Dokumenteerige oma tegevus (nt info andmine, suunamine)
- Lisage detailne füüsilise läbivaatuse dokumentatsioon: võimalusel kasutage vigastuste asukoha märkimiseks kehakaarti või tehke fotod. Fotod aitavad edasi anda vigastuste raskusastet ning võimaluse korral tuleks fotod teha kõigist patsientidest, kellel on nähtavad vigastused. Kui perearstiasis ei ole see võimalik, võib suunata patsiendi fotode tegemiseks mujale.
- LSV kahtlust või avaldamist ei tohi kunagi dokumenteerida patsiendi kaasaskantavates dokumentides ning tuleb vältida dokumentide järelevalveta jätmist

3) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Domestic abuse: managing domestic abuse (Clinical Knowledge Summary)*. Last revised 2023.(2)

Dokumenteerige kõik arutelud inimesega selgelt, täpselt ja turvaliselt esmatasandi terviseandmetes, isegi kui inimene ei soovi või ei suuda hetkel lähisuhtevägivallast rääkida.

- Selgitage dokumenteerimise vajadust. Selgitage, et hoolduskohustuse raames on tervishoiutöötajatel vastutus registreerida avaldus või läbivaatuse leiud (sealhulgas kõik vigastused).
- Registreerige kõik terviseprobleemid, sümptomid ja leiud, sealhulgas kõigi vigastuste kirjeldus, kas tegemist on esmase avaldamisega või kas on olnud varasemaid avaldusi, ajaraamid ning kasutuselevõetud meetmed.
- Kasutage patsiendi sõnu (jutumärkides), mitte oma sõnastust. Kirjeldage täpselt, mis juhtus, näiteks: *patsient ütleb „mu abikaasa lõi mind kaks korda kõhtu“, mitte „patsienti rünnati“*.
- Võib olla kasulik märkida vigastuste või muude seisundite põhjus või kahtlustatav põhjus, sealhulgas isik, kes vigastuse põhjustas.
- Kaaluge fotode tegemist kõigist füüsilistest vigastustest. Kasutada võib ka jooniseid või kehakaarte.
- Veenduge, et haigusloole pääsevad ligi ainult need, kes on otseselt seotud patsiendi raviga.
- Kasutage elektroonilise haigusloo nähtavuse seadistusi ning kaaluge koodi või erimärgise kasutamist, et tähistada lähisuhtevägivalla juhtumeid või kahtlust patsiendi (ja laste) haigusloos. Veenduge, et info oleks peidetud patsiendile kättesaadavates veebivaadetes.

- Ära dokumenteerige midagi kohtades, kus seda võivad näha isikud, kellel pole selleks vajadust, näiteks uuringusaatekirjadele või patsiendi käes olevatele dokumentidele (nt rasedakaart).

4) World Health Organization. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook*. Geneva: World Health Organization; 2014.

(3)

Lähisuhtevägivalda dokumenteerimine

Dokumenteerimine on oluline järjepideva ravi tagamiseks ning selleks, et tuletada meelde või teavitada teisi tervishoiutöötajaid hilisematel visiitidel. Vigastuste dokumenteerimine võib olla oluline, kui naine otsustab pöörduda politseisse.

- Selgitage patsiendile, mida soovite kirja panna ja miks. Küsige, kas see on talle sobiv. Järgige tema soove. Kui on midagi, mida ta ei soovi dokumenteerida, ärge seda kirja pange.
- Dokumenteerige haigusloos kõik tervisekaebused, sümptomid ja leiud nagu iga teise patsiendi puhul, sealhulgas vigastuste kirjeldus. Vajadusel märkige vigastuste või seisundite põhjus või kahtlustatav põhjus, sh vigastaja.
- Ära kirjutage midagi kohtadesse, kus seda võivad näha kõrvalised isikud (nt röntgenuuringu saatekirjale).
- Suurema konfidentsiaalsuse tagamiseks kasutatakse mõnes asutuses koode või erimärke vägivallajuhtumite tähistamiseks.

Füüsilise tervise täiendav käsitus pärast seksuaalvägivalda

Eluohtliku või raske seisundiga patsient suunake koheselt erakorralisele ravile.

Füüsilise ja emotsionaalse tervise hindamine peaks toimuma koos.

Kui patsient pöördub 5 päeva jooksul pärast seksuaalvägivalda

- Koguge anamnees ja teostage läbivaatus
- Ravige füüsilised vigastused

- Juhised STI, HIV ja raseduse vältimise kohta

1. Anamneesi kogumine ja läbivaatus

A. Võtke üldanamnees, info vägivalla kohta ning günekoloogilise ja vaimse tervise hinnang

B. Valmistuge läbivaatuseks ja küsige teadlik nõusolek

C. Teostage pealaest jalatallani füüsiline läbivaatus

A. Anamneesi kogumine

Sisaldab:

- (1) üldine meditsiiniline info,
- (2) küsimused vägivalla kohta (küsi ainult infot, mis on raviks vajalik),
- (3) günekoloogiline anamnees,
- (4) vaimse seisundi hindamine

Üldised põhimõtted

- Vaadake üle kõik dokumendid, mis naisel on olemas. Vältige korduvaid küsimusi
- Olge lugupidav ja rahulik
- Vältige katkestamist
- Võtge piisavalt aega

(1) Üldine meditsiiniline info

Üldmeditsiiniline info peab hõlmama kõiki praeguseid ja varasemaid terviseprobleeme, allergiaid ning kõiki ravimeid, mida naine kasutab.

(2) Küsimused vägivalla kohta

Vägivalla kirjelduse kogumise eesmärk on:

- läbivaatuse suunamine, et kõik vigastused saaks üles leida ja ravida

	• hinnata raseduse, STI ja HIV riski • suunata proovide kogumist ja dokumenteerimist Suhtlemine • Küsige viisakalt, et naine kirjeldaks toimunut lühidalt Ärge sundige naist vägivallast rääkima, kui ta seda ei soovi. Kõigil juhtudel küsige ainult neid küsimusi, mis on ravi ja hoolduse pakkumiseks vajalik. Kui aga naine soovib rääkida, kuulake empaatiaga ja laske tal rääkida. • Selgitage et toimuva mõistmine aitab pakkuda parimat ravi. Kinnita, et info jääb konfidentsiaalseks, välja arvatud juhul, kui patsient soovib politseisse pöörduda või seadus nõuab teatamist. • Selgitage, et ta ei pea rääkima millestki, millest ta ei soovi rääkida • Laske tal rääkida omas tempos ja viisil, katkestamata. Vajadusel küsige täpsustavaid küsimusi alles siis, kui ta on lõpetanud rääkimise. • Küsi õrnalt, kasutage avatud küsimusi. Vältige süüdistavaid küsimusi (nt „miks sa...“) • Patsient võib vältida traumaatilistest detailidest rääkimist. Ärge sundige teda detaile kirjeldama. Kui spetsiifiline info on raviks vajalik, selgitage, miks Te seda küsite <i>(3) Günekoloogiline anamnees</i> /--/ <i>(4) Vaimse tervise hindamine</i> Küsige üldisi küsimusi enesetunde ja emotsioonide kohta anamneesi kogumisel. Kui märkate tugeva distressi märke, küsige täpsemaid küsimusi. B. Läbivaatuse ettevalmistamine ja teadlik nõusolek Suhtlemine • Küsige luba füüsiliseks läbivaatuseks ja iga etapi jaoks eraldi informeeritud nõusolek • Küsige, kas patsient soovib tugisikut (nt pereliige või sõber) • Kui olete meesarst, küsige, kas patsient tunneb end mugavalt. Kui ta soovib, leidke naissoost läbivaataja Vaatleja olemasolu	
--	--	--

- Tagage teise isiku kohalolek (soovitavalt koolitatud või naissoost tervishoiutöötaja). Eriti oluline, kui läbivaatuse teostab meesarst
- Tutvustage vaatleja isikut ja selgitage, et tema roll on naisele abi ja tuge pakkuda
- Muus osas hoidke inimeste arv ruumis minimaalne

Teadlik nõusolek

Teadlik nõusolek on vajalik nii läbivaatuseks, raviks kui ka info edastamiseks kolmandatele isikutele

- Selgitage, et patsienti uuritakse ja ravitakse ainult tema nõusolekul ja soovi korral ning ta võib keelduda kogu läbivaatusest või mõnest läbivaatuse osast
- Iga läbivaatuse osa juures julgustage teda küsimusi küsima ja vastake tema küsimustele
- Kui olete kindel, et ta on kõigest aru saanud, allkirjastage vorm

C. Pealaest jalatallani läbivaatus

Füüsilise läbivaatuse peamine eesmärk on määrata ravi vajadus ning dokumenteerida leiud.

Suhtlemine

- Kinnitage, et patsient kontrollib olukorda, et ta võib küsida küsimusi ja teie tegevuse igal ajal peatada või keelduda läbivaatusest
- Enne patsiendi puudutamist vaadeldge, hinnake tema välimust ja emotsionaalset seisundit
- Igas etapis öelge, mida plaanite teha ja küsige enne patsiendi luba
- Küsige sageli, kas tal on küsimusi ja kas võite läbivaatusega jätkata

Välissuguelundite ja anaalpiirkonna läbivaatus

/--/

Füüsilise läbivaatuse kontrollnimekiri. Vaadake järgnevaid:

- Üldine väljanägemine
- Käed ja randmed, käsivarred, õlavarte sisepinnad, kaenlaalused
- Nägu, sh suuõõs

- Kõrvad, sh kuulmekäigud ja kõrvatagused
- Pea
- Kael
- Rindkere, sh rinnad
- Kõht
- Tuharad, reied, sh reite sisepinnad, sääred, jalalabad

Otsi ja dokumenteeri:

- Verejooks
- Verevalumid
- Punetus või turse
- Haavad või marrastused
- Juuste väljatõmbamise tunnused, tõendid hiljuti eemaldatud hammastest
- Vigastused, nagu hammustusjäljed või tulistamisvigastused
- Viited kõhuõõne sisemistele traumaatilistele vigastustele
- Kuulmekile rebend

Raskematete vaimse tervise probleemide hindamine

- Välimus ja käitumine
- Meeleolu (nii vaatluse põhjal kui ka patsiendi enda kirjelduse järgi)
- Kõne
- Mõtlemine

5) European Training Platform on Domestic Violence Module 4: Medical assessment and securing of evidence (<https://training.improдова.eu/en/training-modules-for-the-health-sector/module-4-medical-assessment-and-securing-of-evidence/>)

1. Meditsiinilise hindamise ja dokumenteerimise alused

Pärast lähisuhtevägivalda (LSV) avaldamist tuleb arvesse võtta järgmisi aspekte:

- Tuleb koguda anamnees. See peaks järgima tavapäraseid meditsiinilisi protseduure, kuid tuleb meeles pidada, et lähisuhtevägivalda kogenud ohvrid on tõenäoliselt traumeeritud. Tuleb üle vaadata olemasolevad meditsiinilised dokumendid ning vältida juba vastatud küsimuste kordamist.
- Iga läbivaatuse osa tuleb selgitada. Iga etapi jaoks tuleb saada teadlik nõusolek.
- Kui ohver soovib tõendite kogumist, võib ta pöörduda spetsiaalselt koolitatud spetsialisti poole (nt vägivallaohvrite ambulatoorne teenus), kes saab seda teha, kui sa ise ei tunne end piisavalt pädevana.
- Tuleb teostada põhjalik füüsiline läbivaatus. Leiud ja tähelepanekud tuleb dokumenteerida selgelt ja lühidalt, kasutades kehakaarte
- Leiud patsiendi haigusloos tuleb dokumenteerida patsiendi enda sõnadega, kuid vajadusel tuleb esitada täpsustavaid küsimusi.

Patsiendid, kellel on eluohtlikud või rasked seisundid, tuleb koheselt suunata haigla erakorralise meditsiini osakonda.

Kuidas teostada meditsiiniline hindamine lugupidaval viisil?

- Vähenda võimupositsiooni erinevust (nt istu madalamal toolil)
- Anna patsiendile kontroll ja valikuvõimalused – ütle, et võid igal ajal peatuda
- Küsi luba ja selgita, mida järgmisena teed
- Küsi, kas mõni läbivaatuse osa (nt rinna- või vaagnapiirkonna läbivaatus) on eriti ebamugav, ja mida saaks teha mugavuse suurendamiseks
- Selgita pidevalt toimuvat ja julgusta küsimusi esitama
- Küsi aeg-ajalt ärevuse taseme kohta
- Säilita silmside (kui see on kultuuriliselt sobiv)
- Tuleta patsiendile meelde, miks läbivaatust tehakse, ja selgita selle kasu tema jaoks
- Võta piisavalt aega

Kaasa tulnud isik

- Kui patsient tuleb koos isikuga, kes võib olla vägivalla toimepanija või olla temaga lähedalt seotud, ei tohi teda lubada läbivaatuse ruumi.
- Anamneesi kogumisel ja läbivaatuse ajal peab tervishoiutöötaja tagama patsiendile võimaluse rääkida privaatseks – kas üksi või koos tema valitud tugisikuga. Kui patsiendil on hooldaja, peab patsient ise otsustama, kes temaga läbivaatuse ajal kaasas on. Tervishoiutöötaja peaks esmalt patsienti üksi hindama, et anda talle valikuvõimalus ja

vältida eeldusi turvalisuse kohta. Tuleb olla ettevaatlik, kuna pereliikmed, sõbrad või hooldajad võivad kujutada ohtu või edastada infot vägivallatsejale.

Lähisuhtevägivalla dokumenteerimise põhimõtted

1. Ära kahjusta – ole teadlik riskidest ja rakenda meetmeid kahju vältimiseks või vähendamiseks

2. Ohvrikeskne lähenemine – sea ohver iga tegevuse keskmesse ja tee otsuseid tema vajaduste, soovide ja võimete alusel

3. Teadlik nõusolek – tagada ohvri teadlik, vabatahtlik ja pädev osalemine ilma surve või mõjutamiseta

4. Konfidentsiaalsus – täiskasvanute puhul suurendab konfidentsiaalsus turvalisust, usaldust ja autonoomiat, konfidentsiaalsuse erisused tuleb selgitada läbipaistvalt

5. Andmekaitse – tagada andmete turvalisus (nt mitte jagada isikuandmeid, kasutada anonümiseerimist ja paroole elektroonsetes keskkondades)

Kirjalik dokumenteerimine

Kasuta alati dokumenteerimislehte ja tõendite kogumise komplekti vigastuste dokumenteerimiseks ja tõendite säilitamiseks. See aitab struktureerida meditsiinilist hindamist ja toetab süsteemset lähenemist.

Vigastused

Kirjelda iga vigastust järgmiste tunnuste alusel: lokaliseerimine, kuju/piirid, suurus, värvus, tüüp.

Võimalusel kasuta leidude kirjeldamiseks tabelit. Märki iga vigastus kehakaardile. See annab ülevaate vigastuste paiknemisest ja vajadusel nende koondumisest kehal.

Dokumenteeri arusaadavalt mittespetsialistile

Sinu dokumentatsiooni kasutavad peamiselt mitte-meditsiinilise ettevalmistusega isikud (nt juristid, politsei, kohtusüsteemi liikmed). Dokumenteeeri viisil, mis on neile arusaadav ja loetav; väldi lühendeid ja meditsiinilist terminoloogiat.

Esmalt dokumenteeeri, seejärel ravi

Võimalusel dokumenteeeri vigastused enne nende ravi. Kui ravi on esmatähtis, hinda, kas on võimalik teha fotod ravimata vigastustest. Seksuaalvähivalla korral säilita materjal (nt riided), mis võib sisaldada DNA jälgi.

Kirjelda, ära tõlgenda

- Dokumenteeeri üksnes kirjeldavalt. V väldi tõlgendusi (nt haava vanuse hindamine või järeldus, kas vigastus on tekitatud välise jõu poolt).
- Kasuta neutraalset keelt – kirjuta „*patsient ütleb*“, mitte „*väidab*“
- Kasuta patsiendi enda sõnu jutumärkides
- Kirjelda olukorda detailselt – kes, mida, millal, kus, kuidas (ähvardused? relvad? tunnistajad?)
- Kirjelda varasemaid juhtumeid ja vägivalla mustrit
- Kirjelda füüsilise ja vaimse tervise tagajärge
- Ära lisa patsiendi kõrvalisi kommentaare

Ära kirjuta: „*Patsient väidab, et tema poiss-sõber põletas teda lokitangidega.*“ Vaid: „*Patsient ütleb, et tema poiss-sõber Robert võttis temalt lokitangid ja surus need tema kaela vastu.*“

Vigastuste pildistamine

Fotod on väga informatiivsed ja täiendavad kirjalikku dokumentatsiooni. Suguelundite või analpiirkonna vigastusi tuleks pildistada ainult siis, kui leiud on selgelt nähtavad.

Tõendite kogumine

Üldjuhul kogutakse tõendeid eelkõige seksuaalvägivalla korral. Tõendite kogumine peaks võimalusel toimuma sama spetsialisti poolt, kes osutab meditsiinilist abi. Naisohvrite puhul peaks see olema günekoloog, meesohvrite puhul uroloog, kõhuõõnekirurg või traumakirurg.

Järeltegevus

Loo turvaline viis patsiendiga uuesti ühenduse võtmiseks. Leppige kokku järelvisiit

Kokkuvõte – mida dokumentatsioon peaks sisaldama:

- Patsiendi vastused skriinimise küsimustele ning minimaalsed, kuid asjakohased detailid juhul, kui patsient jagab rohkem teavet
- Sinu objektiivsed tähelepanekud patsiendi välimuse, käitumise ja üldise oleku kohta
- Kõik värsked ja varasemad vigastused tuleb dokumenteerida ja kirjeldada detailselt, sealhulgas tuleb märkida asjakohased negatiivsed leiud
- Samuti tuleb dokumenteerida kõik läbivaatuse piirangud (nt valgustus, patsiendi koostöö jne)
- Ohvrit tuleb teavitada, et mõned vigastused võivad muutuda nähtavamaks mõne päeva jooksul ning sellisel juhul peaks ta pöörduma uuesti läbivaatuseks ja dokumenteerimiseks

Oluline meeles pidada: Tervishoiutöötaja roll ei ole määrata vigastuste põhjust (nt kas tegemist on vägivalla, enesekaitse või muu põhjusega). Küll aga saab tervishoiutöötaja läbivaatuse ning patsiendi ütluste ja kliiniliste leidude täpse dokumenteerimise kaudu koostada haigusloo, mis võib tulevikus olla väärtuslik juriidiline tõend vägivalla kohta.

Dokumentatsiooni oluline sisu

Üldandmed

Vajalik on dokumenteerida teave patsiendi, läbivaatust teostava isiku ja teiste kohalviibinud isikute (sh tõlkide) kohta, samuti läbivaatuse toimumise koht ja aeg.

Anamnestiline teave

- Anamnees tuleb kirja panna ainult ulatuses, mis on vigastuse seisukohalt asjakohane.
- Teave sündmuse kuupäeva, ligikaudse kellaaja ja koha kohta, kasutatud vahendite, osalenud või kohal viibinud isikute, patsiendi seisundi/teadvuse kohta läbivaatuse ajal ning lühikirjeldus sündmuste kulust (mis juhtus, millal, kus, kuidas ja kelle poolt) on hädavajalik.
- Kirjuta sündmuse kirjeldus sõna-sõnalt (verbatim). See teeb selgeks, et teave pärineb vigastatud isikult, mitte sinu tõlgendusest.
- Märki ära, kes andis teabe, kui see ei olnud patsient ise.
- Dokumenteerii nii positiivsed kui ka negatiivsed leiud.
- Kui mõnda kehapiirkonda ei ole uuritud, märki see ning lisa põhjus (nt „patsient keeldub“).
- Soovitav on teostada kogu keha hõlmav läbivaatus.

4. Seksuaalvägivalla dokumenteerimise eriaspektid

Alapeatükk käsitleb seksuaalvägivalla dokumenteerimise ja meditsiinilise läbivaatuse eripärasid, sh teadlikku nõusolekut, suguelundite ja anaalpiirkonna läbivaatust, tõendite kogumist ja säilitamist ning kohtumeditiinilise dokumentatsiooni nõudeid. Samuti kirjeldatakse protseduure (nt proovide võtmine, fotod, riiete säilitamine) ja ajakriitilisi aspekte, mis on olulised tõendite kvaliteedi tagamisel.

5. Nõusolek, konfidentsiaalsus ja õiguslikud aspektid

Nõusolek

Läbivaatuse teostamiseks tuleb saada patsiendi või tema seadusliku esindaja nõusolek. Nõusolek peab olema spetsiifiline iga protseduuri kohta (eriti genitaalse läbivaatuse puhul), samuti leidude ja proovide edastamise ning pildistamise kohta. Ohver võib anda nõusoleku mõneks tegevuseks, kuid mitte teisteks, ning võib nõusoleku igal ajal tagasi võtta. Nõusolek tuleb dokumenteerida allkirja või sõrmejäljega.

Kohtumeditisiiniline (*medical forensic*) läbivaatus

Kas käsitleme juhendis seda läbivaatust või kuskil vaja sõnastada, et kui patsient soovib esitada süüdistust või koguda tõendeid võimaliku menetluse jaoks, tuleb ta suunata vastava väljaõppega spetsialisti juurde (nt seksuaalvägivalla kriisiabi keskusesse või kohtumeditisiinilisse ekspertiisi?), kus toimub tõendite kogumine vastavalt kehtivatele nõuetel?

7. Füüsiline hindamine

LSVd kogenud patsiendid vajavad põhjalikku hindamist, mis arvestab ägeda vägivallajuhtumi anamneesi ja muid tervist mõjutavaid tegureid.

Põhjalik hindamine peaks hõlmama:

- Füüsiline läbivaatus vastavalt patsiendi kaebustele
- Patsiendi üldine välimus, käitumine, kognitiivne seisund ja vaimne seisund
- Keha ja suuõõne hindamine füüsiliste leidude tuvastamiseks
- Spetsiifiline hindamine vastavalt anamneesile (nt kägistamise hindamine)
- Laste turvalisus / laste väärkohtlemine / lapsed kui pealtnägijad (kui asjakohane) või teised haavatavad leibkonnaliikmed

8. Pildistamine

- Pildistamine on kasulik vahend vigastuste meditsiiniliseks dokumenteerimiseks ning ka patsiendi riide või muude esemete (nt abivahendite või liikumisabivahendite) kahjustuste talletamiseks. Kui patsient keeldub pildistamisest või asutusel puudub selleks vajalik varustus, saab tervishoiutöötaja siiski teostada põhjaliku meditsiinilis-forensilise läbivaatuse, tuginedes kirjalikule dokumentatsioonile ja kehakaartidele.
- Mõne patsiendi jaoks võib pildistamine olla traumeeriv. Enne pildistamist tuleb läbi viia põhjalik nõusolekuprotsess, mis hõlmab arutelu pildistamise detailide üle (nt kasutatav tehnika, fotode säilitamine, jagamine ja ligipääs). Patsiendi nõusolekut tuleb kinnitada vahetult enne fotode tegemist ning patsiendil peab olema võimalus igal hetkel pildistamisest keelduda.

Põhipunktid:

	• Tee vigastustest fotod diskreetselt, eelistades konfidentsiaalsust. Välti rindade ja genitaalide pildistamist, kui nendes piirkondades ei ole selgelt nähtavaid vigastusi. • Veendu, et fotod on anonüümsed ega võimalda isikut otseselt tuvastada Vigastuste fotograafiline dokumenteerimine • Kasuta digikaamerat sobivate seadistustega, sealhulgas mõõtkava proportsioonide hindamiseks (soovitavalt nurgamõõdik). Märki iga pildi juurde kuupäev ja patsiendi nimi • Tee igast vigastusest vähemalt kaks fotot: üks üldvaade asukoha näitamiseks ja üks detailvaade mõõtkavaga ning vajadusel värvikaardiga. Pildista vigastust risti (täisnurga all) ning veendu, et mõõtkava on vahetult vigastuse kõrval. Kasuta neutraalset tausta ja head kaudset valgustust. • Kontrolli pilte ekraanilt selguse ja täielikkuse osas; vajadusel tee lisafotosid. Säilita kõik fotod turvaliselt (juhtumipõhine mälukaart, parooliga kaitstud kaust), seejärel kustuta need kaamerast või vorminda mälukaart. • Pildista tundlike kehapiirkondi ainult siis, kui esinevad selged leiud, vältides genitaalide täielikke kujutisi. Jaga prinditud fotosid diskreetselt 9. Proovide ja tõendite kogumine Proovide ja tõendite kogumise põhimõtted, sh nende korrektne säilitamine, pakendamine, dokumenteerimine ja üleandmine õiguskaitseorganitele (tõendite ahela tagamine). Samuti kirjeldatakse patsiendi nõusoleku rolli ja olukordi, kus tõendite kogumine võib toimuda paralleelselt meditsiinilise läbivaatusega.	
--	--	--

Soovitud mõju

Kui suur on eeldatav soovitud mõju?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
☐ Tühine ☐ Väike ☐ Mõõdukas ☐ Suur ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda		

Soovimatu mõju

Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
-----------	---------------------------	--------------------------

○ Suur ○ Mõõdukas ○ Väike ○ Tühine ○ Varieerub ● Ei oska öelda		Töörühm võttis arvesse, et vägivalda toimepanijal võib olla ligipääs ohvri terviseandmetele ja see võib seada ohvri suuremasse ohtu.
---	--	--

Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
○ Väga madal ○ madal ○ Mõõdukas ○ väga ● kaasatud uuringud puuduvad	Soovitused tuginevad DHSC 2023, NHS 2023, NICE 2023, WHO 2014 ja ETPDM 2026 juhenditel.	

Väärtushinnangud

Kas see, kuivõrd inimesed (inimeste erinevad alarühmad) peamisi tulemusi väärtustavad, varieerub või kui ebakindlad me nende hinnangutes oleme?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
○ oluline ebakindlus või varieeruvus ○ võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus ○ oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub ○ oluline ebakindlus või varieeruvus puudub		

Mõjude tasakaal

Kas sekkumise soovitud ja soovimatu mõju vahekord viitab sekkumise või võrdlus(tegevuse) ülekaalule?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
☐ soosib võrdlust ☐ pigem soosib võrdlust ☐ ei soosi sekkumist ega võrdlust ☐ pigem soosib sekkumist ☐ soosib sekkumist ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda		Kui seksuaalvägivald on toimunud viimase seitsme päeva jooksul, tuleks eelistada patsiendi suunamist seksuaalvägivalda kriisiabikeskusesse või asutusse, kus on günekoloogiline abi kättesaadav.
Vajaminevad ressursid How large are the resource requirements (costs)?"		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
☐ suur kulu ☐ Mõõdukas kulu ☐ mitteamstatav kulu ja sääst ☐ Mõõdukas sääst ☐ suur sääst ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda		Elektroonset väärkohtlemise kehakaarti ei saa praegu kõigile perearstidele soovitada, sest see ei ole tervishoiuteenuste loetelus ega kõigile kättesaadav.
Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED

☐ Väga madal ☐ madal ☐ Mõõdukas ☐ väga ☐ kaasatud uuringud puuduvad		
---	--	--

Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
☐ soosib võrdlust ☐ pigem soosib võrdlust ☐ ei soosi sekkumist ega võrdlust ☐ pigem soosib sekkumist ☐ soosib sekkumist ☐ Varieerub ☐ kaasatud uuringud puuduvad		

Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
☐ vähendab võrdsust ☐ tõenäoliselt vähendab võrdsust ☐ tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust ☐ tõenäoliselt suurendab võrdsust ☐ suurendab võrdsust ☐ Varieerub		Arvestades seksuaalvägivalla kriisiabikeskuste piiratud arvu ja regionaalset paiknemist ning patsiendi võimalusi ja eelistusi võib olla vajadus fikseerida seksuaalvägivalla juhtum perearstiabis.

☐ Ei oska öelda		
Vastuvõetavus Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
☐ Ei ☐ Pigem ei ☐ Pigem jah ☐ jah ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda		Töörühm leidis, et tervishoiutöötajal on kohustus dokumenteerida kõik kliinilised leiud. Mittekehaliste tõendite (nt rebenenud riided, lõhutud abivahendid) kirjeldamine otsustati juhendist välja jätta. Töörühm soovis rõhutada, et perearsti esmane ülesanne ei ole seksuaalvägivalla kohtumeditiiniline tõendite kogumine.
Teostatavus Kas sekkumine on teostatav?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
☐ Ei ☐ Pigem ei ☐ Pigem jah ☐ jah ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda		Fotode tegemine tervishoiutöötaja isikliku telefoniga on lubatud, kuid fotod tuleb kohe üles laadida terviseinfosüsteemi ja seejärel telefonist kustutada. Paberil kehakaardi kasutamine on võimalik, kuid see tuleb pärast pildistamist ja terviseandmete keskkonda üleslaadimist hävitada. Kehakaardi kasutamine jäeti juhendisse "soovi korral" valikuna. Juhendi koostamise hetkel kasutatavad perearstiprogrammid ja kehtiv seadusandlus võimaldavad epikriisi patsiendile kinni panna kuni

		kuueks kuuks, seetõttu lisati juhendisse vastav soovitus patsiendi kaitseks.
--	--	--

OTSUSTE KOKKUVÕTE

	JUDGEMENT						
PROBLEEM	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVITUD MÕJU	Tühine	Väike	Mõõdukas	Suur		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVIMATU MÕJU	Suur	Mõõdukas	Väike	Tühine		Varieerub	Ei oska öelda
TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	Mõõdukas	väga			kaasatud uuringud puuduvad
VÄÄRTUSHINNANGUD	oluline ebakindlus või varieeruvus	võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus	oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub	oluline ebakindlus või varieeruvus puudub			
MÕJUDE TASAKAAL	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVAD RESSURSID	suur kulu	Mõõdukas kulu	mittearvestatav kulu ja sääst	Mõõdukas sääst	suur sääst	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVATE RESSURSSIDE TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	Mõõdukas	väga			kaasatud uuringud puuduvad
KULUTÕHUSUS	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	kaasatud uuringud puuduvad
VÕRDSED VÕIMALUSED	vähendab võrdsust	tõenäoliselt vähendab võrdsust	tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust	tõenäoliselt suurendab võrdsust	suurendab võrdsust	Varieerub	Ei oska öelda
VASTUVÕETAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
TEOSTATAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda

SOOVITUSE LIIK

Tugev soovitus mitte teha	Nõrk soovitus sekkumise vastu	Nõrk soovitus kas sekkumise või alternatiivi poolt	Nõrk soovitus sekkumise poolt	Tugev soovitus teha
☐	☐	☐	☐	☐

JÄRELDUSED

Soovitus

4.5 MEDITSIINILINE LÄBIVAATUS JA DOKUMENTEERIMINE

4.5.1 Üldpõhimõtted ja ohutus

Läbivaatuse kõigis etappides on oluline ohvrikeskne lähenemine. Tervishoiuteenuse osutamine ei nõua teadliku nõusoleku võtmisel allkirja küsimist vaid piisab kui patsiendi käitumine väljendab selgelt tema nõustumist. Siiski, on oluline, et patsiendile oleks eelnevalt antud vajalik teave ja patsiendi käitumine väljendab selgelt tema tahet. Tervishoiutöötaja ei pea küsima nõusolekut iga kehaosa läbivaatamiseks eraldi; patsient ütleb ise, kui ta soovib nõusoleku tagasi võtta.

Ohvrikeskne lähenemine

- Seadke patsient iga tegevuse keskmesse ning arvestage tema vajaduste, soovide ja võimetega.
- Andke patsiendile kontroll, selgitage, et ta võib läbivaatuse igal hetkel peatada.
- Kui olete patsiendiga vastassoost arst, küsige, kas patsient tunneb end mugavalt. Kui ta soovib, proovige leida samast soost läbivaataja.
- Selgitage patsiendile, mida soovite kirja panna ja miks.
- Selgitage oma tegevusi ning läbivaatuse ja dokumenteerimise eesmärgi.
- Küsige luba läbivaatuse tegemiseks, sh intiimpiirkonna läbivaatuse tegemiseks ja fotode tegemiseks.
- Julgustage küsimusi küsima.
- Vältige patsiendi jutu katkestamist.
- Teie tegevused peavad vältima täiendava kahju tekitamist:

- Küsige ainult seda infot, mis on kliiniliselt vajalik (vt Anamneesi kogumine);

- Vältige korduvat ja tarbetud küsimist;

- Ärge küsige liigseid detaile juhtunu kohta (vt Anamneesi kogumine);

- Hinnake pidevalt patsiendi turvalisust ja emotsionaalset seisundit.

Konfidentsiaalsus

- Täiskasvanud patsientide puhul suurendab konfidentsiaalsuse hoidmine turvalisust, usaldust ja autonoomiat, konfidentsiaalsuse erisused tuleb patsiendile selgitada läbipaistvalt.
- LSV-d ei tohi kunagi dokumenteerida patsiendi kaasaskantavates märkmetes (nt rasedakaart, paberil saatekirjad) ning tuleb vältida dokumentide järelvalveta jätmist.

Privaatsus

- Hinnake esmalt patsienti üksi, et tagada turvaline suhtlus ja anda talle võimalus vabalt rääkida.
- Hoidke inimeste arv läbivaatusel minimaalsena, kui läbivaatusel on rohkem inimesi, küsige patsiendi käest luba.
- Kui patsient tuleb koos isikuga, kes võib olla vägivalda toimepanija või olla temaga seotud, ei tohi seda isikut lubada läbivaatuse ruumi.
- Privaatsuse tagamiseks lukustage läbivaatuse ruum või kasutage sirmi.

Teadlik nõusolek

- Läbivaatuseks, pildistamiseks, analüüside võtmiseks ja raviks on vajalik patsiendi teadlik nõusolek.
- Patsiendil on õigus anda nõusolek ainult osale tegevustele, keelduda mõnest tegevusest ning nõusolek igal ajal tagasi võtta.

4.5.2. Meditsiiniline läbivaatus

Läbivaatuse ulatus lähtub anamneesist ja arsti kliinilisest hinnangust. Võimalusel soovitatakse teha täielik läbivaatus, arvestades, et ohver ei pruugi teada kõiki vigastusi. Vaimse tervise hindamise kohta on lisatud täiendavaid aspekte, lisaks rahvusvahelistele juhistele ja juhenditele.

Anamneesi kogumine

- Koguge anamnees tavapäraste meditsiiniliste põhimõtete järgi, arvestades patsiendi võimaliku psühholoogilise trauma mõju.
- Tutvuge võimalusel eelnevate pöördumistega, pöörates tähelepanu indikaatoritele.
- Küsige viisakalt, et patsient kirjeldaks toimunut lühidalt. Ärge sundige patsienti vägivallast rääkima, kui ta seda ei soovi.
- Küsige üldisi küsimusi enesetunde ja emotsioonide kohta. Kui märkate tugeva stressi märke, küsige täpsemaid küsimusi.
- Laske patsiendil rääkida omas tempos, teda katkestamata.

Ettevalmistus läbivaatuseks

- Selgitage enne alustamist kõiki läbivaatuse etappe.
- Läbivaatus peab toimuma etapiviisiliselt, s.t kehapiirkondade või -osade kaupa, nii et patsient ei pea kunagi olema korraga täielikult lahti riidetatud.
- Igas etapis öelge, mida plaanite teha ja küsige patsiendi nõusolek.
- Kinnitage, et patsient võib läbivaatuse nõusoleku igal ajal tagasi võtta.
- Jälgige patsiendi reaktsioone ning vajadusel peatage või kohandage läbivaatust.
- Teostage läbivaatus vastavalt patsiendi kaebustele ja anamneesile, võttes arvesse toimunut.
- Eelistatult on soovitatav teostada kogu keha hõlmav läbivaatus, kui patsient sellega nõustub ja see on kliiniliselt asjakohane.
- Võimalusel alustage visuaalsest hindamisest enne puudutamist.

- Küsige jooksvalt, kas patsiendil on küsimusi ja kas võib läbivaatusega jätkata.

Mida läbivaatuse käigus hinnata

- Patsiendi üldseisund

- Üldine välimus;

- Käitumine;

- Kognitiivne ja vaimne seisund.

- Vaimse tervise probleemide hindamine

- Eelistage inimese enesekohast informatsiooni

- Välimuse ja käitumise hindamine. Kas ta hoolitseb oma välimuse eest? Kas tema riided ja juuksed on korrastatud või hooletusse jäetud? Kas ta on hajevil või ärritunud? Kas ta on rahutu või rahulik? Kas esineb joobetunnuseid või uimastite väärkasutuse märke?

- Meeleolu hindamine nii vaatluse põhjal kui ka patsiendi enda kirjelduse järgi. Kas ta on rahulik, nutab, vihane, ärev, väga kurb või emotsioonitu? Emotsioonid ei tundu olevat kooskõlas olukorra, käitumisega või vahelduvad ootamatul moel.

- Kõne. Kas ta vaikib? Kas ta räägib selgelt või raskustega? Liiga kiiresti või liiga aeglaselt? Kas kõne on hüplik? Kas ta on segaduses?

- Mõtlemine. Kas tal on enesevigastamise mõtteid? Kas tal esineb pealetükkivaid halbu mõtteid või mälestusi? Kas ta elab sündmust oma mõtetes ikka ja jälle läbi? Kas mõttekäik on sujuv?

- Pealaest jalatallani läbivaatus kehaosade kaupa

- Üldine väljanägemine;

- Käed ja randmed, käsivarred, õlavarte sisepinnad, kaenlaalused;

- Nägu, sh suuõõs;

- Kõrvad, sh kuulmekäigud ja kõrvatagused;

- Pea;

- Kael;

- Rindkere, sh rinnad;

- Kõht;

- Tuharad, reied, sh reite sisepinnad, sääred, jalalabad;

- Välissuguelundite ja anaalpiirkond.

- Mida otsida

- Verejooks;

- Verevalumid;

- Punetus või turse;

- Haavad;

- Marrastused või kriimustused;

- Juuste väljatõmbamise tunnused, tõendid hiljuti eemaldatud hammastest;

- Muud vigastused, nt hammustusjäljed;

- Viited traumaatilistele vigastustele sh kõhuõõne, luumurrud, peapiirkond jm;

- Kuulmekile rebend.

4.5.3 Seksuaalvägivald

Kui seksuaalvägivald on toimunud viimase seitsme päeva jooksul, tuleks eelistada patsiendi suunamist seksuaalvägivalda kriisiabikeskusesse, mis on kooskõlas kriisiabikeskuse juhenditega. Kui patsient ei saa või ei soovi sinna minna, tuleks teha üldine läbivaatus.

- Kui patsiendil on võimalus ja soov, suunake ta kriisiabikeskusesse
- Kui seksuaalvägivalda kannatanu soovib esitada süüdistust või koguda tõendeid võimaliku menetluse jaoks, tuleb ta suunata vastava väljaõppega spetsialisti juurde (nt seksuaalvägivalda kriisiabi keskusesse), kus toimub tõendite kogumine vastavalt kehtivatele nõuetele
- Kui patsiendil ei ole võimalik pöörduda kriisiabikeskusesse ja pöördumine on seitsme päeva jooksul pärast seksuaalvägivalda, teostage järgmised toimingud lisaks tavapärasele läbivaatusele (vt Anamnees ja läbivaatus).

Anamnees ja läbivaatus

- Koguge anamnees tavapäraste põhimõtete järgi (vt 4.5.2 Meditsiiniline läbivaatus). Küsige ainult ravi seisukohalt vajalikke küsimusi, nt kas esines kaitsmata vahekord, et hinnata STLI ja raseduse riski.
- Teostage läbivaatus: välised suguelundid, sisemine günekoloogiline läbivaatus (peegli abil), anaalpiirkond (väline).
- Hinnake: verejooks, verevalumid, punetus või turse, haavad, marrastused ja kriimustused, võõrkeha olemasolu.

Ravi ja profülaktika

- Hinnake, kas füüsilised vigastused on ravitavad perearstikeskuses või tuleb patsient suunata haiglasse.

- Hinnake raseduse, STLI ja HIV riski.
- Vajadusel alustage ravi STLI osas, eelnev testimine ei ole vajalik.
- Nõustage vajadusel hädaabi kontratseptiivide osas.
- Vajadusel pakkugeja alustage vaktsineerimist B-hepatidi vastu, kui patsient ei ole immuniseeritud.

Kui toimepanija oli HIV-positiivne või kandlus teadmata, patsient oli teadvuseta või esines kokkupuude vere või seemnevedelikuga – suunake patsient HIV-i kokkupuutejärgseks profülaktiliseks raviks 3 ööpäeva jooksul pärast kokkupuudet seksuaalvähivalla kriisiabikeskusesse või nakkushaiguste arsti vastuvõtule.

4.5.4 Dokumenteerimine

Üldpõhimõtted

- Tervishoiutöötajal on kohustus dokumenteerida LSV avaldamine ja kliinilised leiud.
- Dokumenteerimiseks ei ole patsiendi eraldi nõusolek vajalik, kuid patsienti tuleb sellest teavitada.
- Dokumenteerige haigusloos kõik tervisekaebused, sümptomid ja leiud nagu iga teise patsiendi puhul, sh vigastuste kirjeldus.
- Dokumenteerige nii positiivsed kui ka olulised negatiivsed leiud.
- Märkige objektiivsed leiud ja faktid, eelkõige vahetult nähtavad vägivalla tundemärgid.
- Dokumenteerige vigastused enne ravimist, kui võimalik; kui ravi on esmatähtis, kaaluge fotode tegemist ravimata vigastustest.
- Dokumenteerige seda, mida näete või kuulete, vältige interpreteerimist; kasutage patsiendi sõnu (jutumärkides) ja neutraalset keelt.

Kirjutage nt nii:

Patsient ütleb: „mu abikaasa lõi mind kaks korda kõhtu“

Ärge kirjutage:

Patsienti rünnati

*Patsient **väidab**, et teda rünnati*

- Vältige subjektiivse või kõrvalise info dokumenteerimist (nt „see oli minu süü, et ta mind lõi, sest lapsed ei olnud õigeks ajaks voodisse pandud...“).
- Märkige, kes oli teabe andja, kui see ei olnud patsient ise.
- Dokumenteerige viisil, mis on arusaadav meditsiinilise ettevalmistuseta inimesele - vältige lühendeid ja liiga keerulist terminoloogiat.

- Dokumenteerige kõik arutelud patsiendiga selgelt, täpselt ja turvaliselt, ka juhul kui patsient ei avalda LSV-d.
- Dokumenteerimine tagab järjepideva ravi ja võib olla oluline juriidilise tõendina.

Mida dokumenteerida

- **LSV küsimustik:** kas küsimustik täideti ja mis oli tulemus.
- **Üldandmed:** patsiendi andmed, läbivaatust teostanud isik, teised kohalviibinud isikud (sh tõlk, tugiisik), läbivaatuse koht ja aeg.
- **Anamnees ja juhtumi kirjeldus:** patsiendi kirjeldus toimunust, sündmuse aeg ja koht (kui patsient ise räägib LSV juhtumi kohta, aga eraldi suunitletult küsima ei pea), vägivalla iseloom ja kestus/korduvus (kui patsient seda kirjeldab), suhe toimepanijaga ja muud asjakohased detailid, mida patsient jagab.
- **Patsiendi seisund:** välimus, käitumine ja üldine olek, psühholoogiline seisund (vt Mida läbivaatuse käigus hinnata); füüsilise ja vaimse tervise tagajärjed.
- **Vigastused ja kliinilised leiud:** kõik värsked ja varasemad vigastused, vigastuste detailne kirjeldus (vt Mida läbivaatuse käigus hinnata).
- **Piirangud läbivaatusel:** kui mõnda kehapiirkonda ei ole uuritud, märkida põhjus (nt patsiendi keeldumine), muud piirangud (nt valgustus, patsiendi koostöö).
- **Tervishoiutöötaja tegevus:** tehtud otsused ja sekkumised, patsiendile antud teave ja nõustamine.
- **Ülalpeetavad lapsed:** LSV kahtlus või avaldamine tuleb dokumenteerida ülalpeetavate laste haigusloos, kui see on meditsiiniliselt oluline (abivajavast lapsest teavitamine on kirjeldatud ptk 4.6 LSV juhtumi edasise abi korraldus ja Lisa 2. LSV juhtumi edasise abi korraldus).

Vigastuste kirjeldamine

- Kirjeldage iga vigastust täpselt järgmiste tunnuste alusel:

- asukoht: kehapool (parem/vasak) ja täpne piirkond; jäsemel lisage, kas vigastus paikneb ülemises, keskmises või alumises kolmandikus ning kas see on sirutus- või painutuspoolel; kehatüvel kirjeldage asukohta orienteeruvate anatoomiliste punktide suhtes

- suurus: vigastuse pikkus ja laius (sentimeetrites)

- muster: kas vigastus on üksik või esineb mitmeid sarnaseid/korduvaid vigastusi, ja nende omavaheline paiknemine (nt rida, kobar, sümmeetriline paiknemine)

- kuju ja piirid: kirjeldage vormi (nt ümmargune, ovaalne, piklik, ebakorrapärane) ning servade iseloomu (nt siledad, sakilised, hajusad)

- värvus: vigastuse ja selle ümbruse värvitoon; verevalumi värvus annab orienteeruva viite vigastuse vanuse kohta

- tüüp: vigastuse iseloom (nt verevalum, kriimustus, marrastus, haav, sh põletus), vajadusel selle sügavus ja seisund (paranev, värske, armistunud).

Kirjutage nt nii:

Vasaku õlavarre sirutuspinnal keskmises kolmandikus neli lillat ovaalse kujuga verevalumit, mõõdud 2–2,5 × 2,5–3 cm.

Kaela eespinna keskosas neli niiske pinnaga naha tasapinnast madalama põhjaga kriimustust, mõõdud 2,5–4,0 × 0,2 cm.

Ärge kirjutage:

Mitmed verevalumid kätel

- Dokumenteerige ka vigastused ja muud leiud, mis võivad esineda seksuaalvähivalla järgselt, kui need esinevad (ptk 4.5.3 Seksuaalvähivald Anamnees ja läbivaatus).
- Võimalusel ja soovi korral kasutage kehakaarti.

4.5.5 Fotode tegemine

- Fotod täiendavad kirjalikku dokumentatsiooni, aidates edasi anda vigastuste raskusastet – võimaluse korral tehke fotod kõigist patsientidest, kellel on nähtavad vigastused.
- Vigastuste dokumenteerimiseks võib kasutada ka jooniseid või kehakaarte.
- Enne pildistamist selgitage patsiendile pildistamise eesmärki ja küsige teadlik suuline nõusolek; patsiendil on õigus igal hetkel pildistamisest keelduda.
- Enne pildistamist puhastage vigastuspiirkond, võimalusel kasutage mõõtkava või joonlaudu vahetult vigastuse kõrval.
- Tehke igast vigastusest vähemalt kaks fotot: üks üldvaade asukoha näitamiseks ja üks detailvaade mõõtkavaga; pildistage täisnurga all, kasutades neutraalset tausta ja head kaudset valgustust, vältige välgu kasutamist.
- Tehke fotod diskreetselt ja konfidentsiaalselt, tehke vähemalt üks pilt (soovitavalt mitte otseportree), kus isik on identifitseeritav.
- Ärge pildistage korraga nii patsiendi nägu kui alasti kehaosasasid.
- Kui pildistamine ei ole võimalik või patsient keeldub, piisab põhjalikust kirjalikust dokumentatsioonist.
- Säilitage kõik fotod turvaliselt (parooliga kaitstud kaust, pildipank....), seejärel kustutage need kaamerast või mälukaardilt.

4.5.6 Korduvvisiidid ja tervishoiukorralduslikud aspektid

- Eluohtlikus või raskes seisundis patsiendile tuleb kutsuda kiirabi või suunata ta haigla erakorralise meditsiini osakonda (EMO).
- Kui ohver soovib tõendite kogumist, suunake ta seksuaalvähivalla kriisiabikeskusesse, politseisse või EMO-sse – perearsti ülesanne ei ole kohtumediitsiiniline tõendite kogumine.
- Leppige patsiendiga kokku turvaline viis edasiseks kontaktiks ja vajadusel planeerige korduvvisiit.
- Tagage, et patsiendi terviseandmetele pääsevad ligi ainult raviga seotud isikud. Vajadusel kasutage elektroonilise haigusloo nähtavuse seadistusi: tervishoiutöötajal on õigus piirata epikriisi nähtavust kuni 6 kuuks, et LSV kohta käiv teave ei oleks patsiendi Terviseportaali vaates nähtav – see kaitseb patsienti olukorras, kus toimepanijal võib olla juurdepääs patsiendi Terviseportaalile (vt täpsemalt tervishoiuteenuste korraldamise seadus § 59.3 lõige 1). Teavitage patsienti, et Terviseportaal ei ole epikriis nähtav. Tundlikku teavet, nt LSV kahtlust või sellega seotud tähelepanekuid, saab dokumenteerida perearsti tarkvaras andmete väljal, mille sisu ei edastu tervise infosüsteemi, vaid jääb nähtavaks üksnes programmis. Kliiniliselt oluline teave tuleb dokumenteerida haigusloos, piirates vajadusel epikriisi nähtavust.

VIIDETE KOKKUVÕTE

1. Department of Health and Social Care , . Responding to domestic abuse: a resource for health professionals..2023 (update of 2017 guideline).
2. NICE Clinical Knowledge Summaries, . Domestic abuse: managing domestic abuse.2023.
3. World Health Organization, . Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook..2014.