

Slovensko društvo za reproduktivno medicino

KO za reprodukcijo

Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Klinika za ginekologijo in perinatologijo

UKC Maribor

X. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras

Spolno nasilje

Ljubljana

28. november 2014

Zbornik

X. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidiје Andolšek-Jeras

Spolno nasilje

Ljubljana, november 2014

Urednica: Bojana Pinter

Lektorica: Barbara Frelj

Oblikovanje: Ivan Verdenik

Izdajatelj: Slovensko društvo za reproduktivno medicino

Tisk: Tiskarna Bori

Število izvodov: 250

Strokovni odbor:

Bojana Pinter (predsednica), Cvetka Fakin-Skušek, Vislava Globevnik Velikonja, Alenka Krenčič – Zagode, Lidija Margič, Danilo Maurič, Andreja Štolfa Gruntar, Iztok Takač, Veljko Vlasisavljevič, Andrej Vogler, Eda Vrtačnik Bokal, Lena Žigon

Organizacijski odbor:

Andrej Vogler (predsednik), Helena Ban Frangež, Nina Jančar, Sara Korošec, Martina Pečlin, Nataša Petkovšek, Bojana Pinter, Barbara Požlep, Ivan Verdenik

CIP – Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

61:343.541(082)

SPOMINSKI sestanek akad. prof. dr. Lidiје Andolšek-Jeras (10 ;
2014 ; Ljubljana)

Spolno nasilje : zbornik / X. spominski sestanek akad.
prof. dr. Lidiје Andolšek-Jeras, Ljubljana, 28. november 2014 ;
[urednica Bojana Pinter]. – Ljubljana : Slovensko društvo za rep-
roduktivno medicino, 2014

ISBN 978-961-6721-10-3

1. Gl. stv. nasl. 2. Pinter, Bojana
276614912



9 789616 721103 >

Vsebina

Avtorji prispevkov	v
Reprodukativno zdravje in spolno nasilje <i>Bojana Pinter</i>	1
Kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost in stanje v Sloveniji <i>Neža Miklič</i>	9
Postopek pri sumu na kaznivo dejanje zoper spolno nedotakljivost <i>Barbara Nerat</i>	14
Zdravnik – strokovnjak, priča, izvedenec <i>Andrej Vogler</i>	18
Protokol v primeru spolnega nasilja <i>Iztok Takač, Tina Bizjak, Darja Arko</i>	22
Posebnosti kliničnega pregleda pri spolni zlorabi otrok <i>Barbara Požlep</i>	38
Psihiatrična prva pomoč ob spolnem nasilju <i>Brigita Novak Šarotar</i>	44
Duševne posledice spolnega nasilja <i>Vislava Globevnik Velikonja, Ivan Verdenik</i>	48
Prijavna dolžnost zdravstvenih in drugih delavcev ob spolnem nasilju <i>Jože Balažic</i>	53
Spolna nedotakljivost in nasilje v družini <i>Katja Filipčič</i>	56
Spolna dejavnost oseb, mlajših od 15 let, in izkušnje iz ginekološkega dispanzerja v ZD Maribor <i>Danilo Maurič</i>	62

Spolna dejavnost oseb, mlajših od 15 let – izkušnje iz ambulate za otroško ginekologijo Ginekološke klinike UKCL <i>Andreja Štolfa Gruntar</i>	64
Svoboda odločanja o rojstvih otrok pri mladoletnicah (prekinitev nosečnosti in kontracepcija) <i>Viktorija Žnidaršič Skubic</i>	66
Stališče Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko o vlogi zdravnika, soočenega s spolno dejavnostjo pacientov, mlajših od 15 let <i>Dušica Pleterski Rigler</i>	68
Spolni napad na osebo, mlajšo od 15 let <i>Barbara Nerat</i>	70
Sponzorji srečanja	72

Avtorji prispevkov

Doc. dr. Darja Arko, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

Prof. dr. Jože Balažic, dr. med., specialist sodne medicine, deontolog, Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Korytkova 2, 1000 Ljubljana

Tina Bizjak, dr. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, Taborska ulica 8, 2000 Maribor

Prof. dr. Katja Filipčič, univ. dipl. prav., Pravna fakulteta, Univerza v Ljubljani, Poljanski nasip 2, 1000 Ljubljana

Doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja, univ. dipl. psih., spec. klinične psihologije, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

Prim. Danilo Maurič, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, v.d. predstojnika OE Varstvo žensk, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Vošnjakova 2-4, 2000 Maribor

Neža Miklič, višja kriminalistična inšpektorica, vodja Oddelka za mladoletniško kriminaliteto, Sektor za splošni kriminal, Generalna policijska uprava RS

Dr. Barbara Nerat, univ. dipl. prav., okrožna sodnica, Specializirani kazenski oddelek, Okrožno sodišče v Mariboru, Sodna ulica 14, 2503 Maribor

Doc. dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med., specialistka psihiatrije, Enota za krizne intervencije, Center za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana, Grablovičeva 44 a, 1000 Ljubljana

Prim. Dušica Pleterski Rigler, dr. med., specialistka pediatrije, Komisija RS za medicinsko etiko, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana

Prof. dr. Bojana Pinter, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, mag. ekonom. in posl. ved, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

As. dr. Barbara Požlep, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

Andreja Štolfa Gruntar, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za ginekologijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

Prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik, spec. ginekologije in porodništva, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

Dr. Ivan Verdenik, univ. dipl. inž., Enota za raziskovanje, izobraževanje in informatiko s knjižnico, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

Doc. dr. Andrej Vogler, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

Prof. dr. Viktorija Žnidaršič Skubic, univ. dipl. prav., Pravna fakulteta, Univerza v Ljubljani, Poljanski nasip 2, 1000 Ljubljana

Reproduktivno zdravje in spolno nasilje

Bojana Pinter

Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredeljuje zdravje kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le kot odsotnost bolezni ali hibe. Reproductivno zdravje obravnava reprodukcijske procese v vseh življenjskih obdobjih; pomeni, da so ljudje sposobni imeti odgovorno, zadovoljno in varno spolno življenje, imajo sposobnost razmnoževanja ter se o tem svobodno odločajo – če, kdaj in kako pogosto.

V reproduktivno zdravje je zajeta pravica moških in žensk, da so obveščeni in da imajo dostop do varnih, učinkovitih, cenovno ugodnih in sprejemljivih načinov uravnavanja plodnosti po svoji izbiri in dostop do ustreznih zdravstvenih storitev, ki bodo ženskam omogočile, da gredo varno skozi nosečnost in porod, ter zagotovile parom najboljšo možnost, da imajo zdravega otroka.

Glavna področja reproduktivnega zdravstvenega varstva so: kontracepcija, umetna prekinitve nosečnosti, neplodnost, nosečnost in porod, spolno prenosljive okužbe, mladostniki, spolno nasilje in rakave bolezni.

Spolno nasilje in reproduktivno zdravje

Spolno nasilje (angl. *sexual violence*) je po opredelitvi SZO vsako spolno dejanje ali poskus spolnega dejanja, kot spolno nasilje pa se obravnavajo tudi neželene pripombe ali opazke s spolno vsebino, dejanja, usmerjena proti spolnosti osebe z uporabo prisile, s strani katerekoli osebe, ne glede na njen odnos do žrtve, v vsakem okolju, vključno z domom ali službo, vendar ne omejeno na dom ali službo.

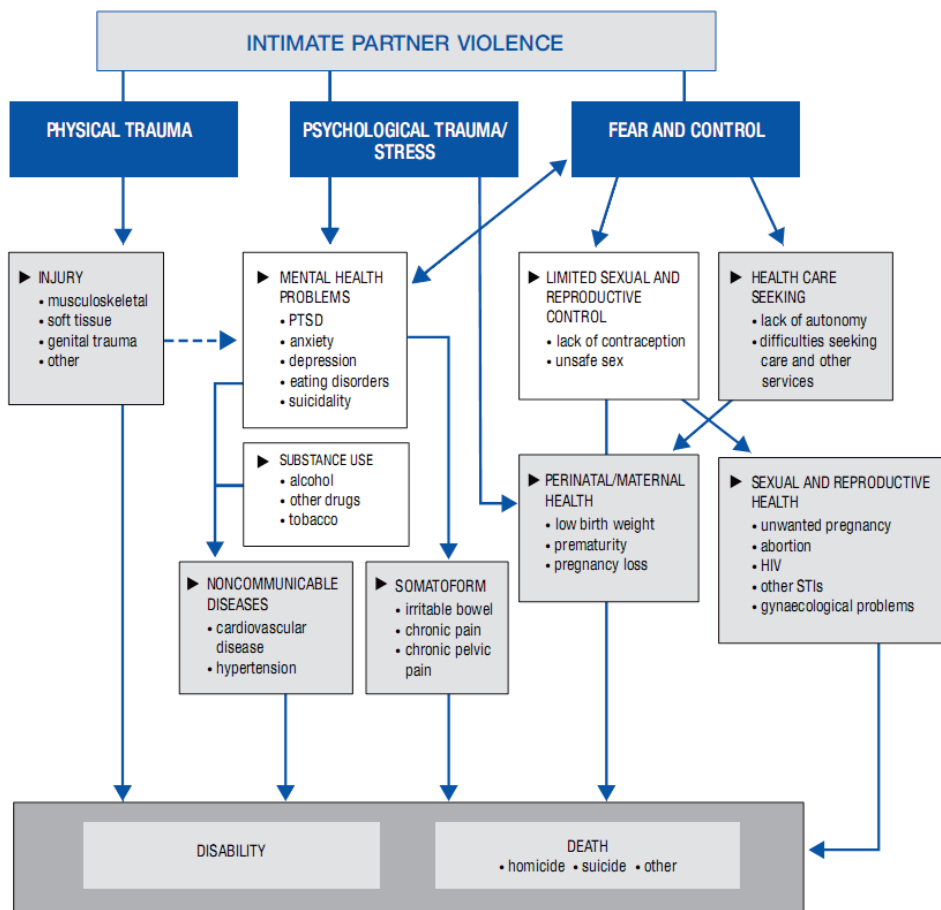
Spolni napad ali zloraba (angl. *sexual assault*) je po opredelitvi SZO podkategorija spolnega nasilja. Spolna zloraba običajno vključuje uporabo fizične ali druge sile za izvršitev ali poskus spolnega občevanja. Vključuje posilstvo, ki je opredeljeno kot fizična ali drugače prisilna penetracija zunanjega spolovila ali zadnjika s spolnim udom, z drugim delom telesa ali predmetom. Pravna opredelitev posilstva se lahko razlikuje v različnih državah in lahko vključuje tudi oralno penetracijo.

V Sloveniji so kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost opredeljena v 19. poglavju Kazenskega zakonika RS (KZ-1-UPB2), ki med drugim opredeljuje posilstvo, spolno nasilje, spolno zlorabo in spolni napad. **Naš pravni red opredeljuje, da je kaznivo ne samo dovršeno dejanje, ampak tudi poskus kaznivega dejanja zoper spolno nedotakljivost.**

Spolno nasilje je pogosto del nasilja s strani intimnega partnerja oz. nasilja v družini, ki ga pri nas podrobno opredeljuje Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) iz leta 2008.

Ženske so precej pogostejše kot moški žrtve fizičnega, spolnega in drugega nasilja. SZO ocenjuje, da je po svetu 35 % žensk vsaj enkrat v življenju deležnih fizičnega in/ali spolnega nasilja; za Evropo je ocena 27 %. Spolno nasilje in nasilje s strani intimnega partnerja ima lahko resne posledice za zdravje in življenje ženske (Slika 1).

Slika 1: Zdravstvene posledice nasilja s strani intimnega partnerja.



Vir: WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ženeva: WHO; 2013. p. 8.

Zdravstveni delavci in obravnava spolnega nasilja

Statistike SZO kažejo, da zlorabljene ženske pogosteje uporabljajo zdravstvene storitve kot nezlorabljene ženske, tudi če ob tem ne razkrivajo povezane zlorabe ali spolnega nasilja. Zdravstveni delavci smo najpogosteje prvi strokovnjaki, ki se srečamo z žrtvami spolne zlorabe. Ob tem ženske prepoznajo zdravstvene delavce kot strokovnjake, ki jim najbolj zaupajo pri razkritju zlorab. **Zato smo zdravstveni delavci to zaupanje dolžni upravičiti s strokovno obravnavo žrtve spolnega nasilja.**

Spolna zloraba ni medicinska diagnoza, ampak pravni pojem. Zdravstveni delavec, predvsem zdravnik, sodeluje pri pregledu žrtve posilstva kot strokovnjak, ki je dolžan zagotoviti ustrezno zdravniško oskrbo žrtve posilstva, ter kot strokovnjak, katerega ugotovitve so pomemben dokaz v predkazenskem in nadaljnjem kazenskem postopku. Zdravnik ni dolžan ugotoviti, ali se je posilstvo ali drugo spolno nasilje zgodilo ali ne, ker ni za to pooblaščen oseba, pomembno pa je, da strokovno ugotovi dejansko stanje žrtve in jo primerno zdravstveno oskrbi.

SZO je leta 2013 izdala priporočila, kako zagotoviti ustrezen odziv izvajalcev zdravstvenih storitev na nasilje s strani intimnega partnerja in spolno zlorabo nad ženskami, vključujoč klinične postopke in čustveno podporo. Namen priporočil je povečati ozaveščenost med izvajalci zdravstvenega varstva in oblikovalci politik o nasilju nad ženskami, da bi bolje razumeli potrebo po primernem odzivu zdravstvenega sektorja. Priporočila predlagajo standarde, ki lahko delujejo kot podlaga za pripravo nacionalnih smernic in kot podlaga za vključitev teh vprašanj v zdravstveni in izobraževalni sistem, in tudi pomoč zdravstvenim delavcem, da so bolje obveščeni o primerni zdravstveni obravnavi žrtev. Ključno za dvig ravni obravnave žrtev nasilja je izboljšanje kapacitet – zmožnosti zdravstvenih delavcev in drugih članov multidisciplinarnih timov – ter prenos znanja za obravnavo nasilja. SZO se je zavezala, da bo spodbudila ministrstva za zdravje, nevladne organizacije in agencije Združenih narodov za razširjanje teh priporočil in podpirala njihovo prilagajanje in izvajanje v državah članicah.

Priporočila SZO za zdravstvene delavce pri obravnavi nasilja s strani intimnega partnerja in spolnega nasilja

1. Zdravstvena obravnava, osredičena na žensko

a) Prva podpora:

- poslušati brez presojanja, s podporo, potrjevanjem,
- zagotoviti praktično oskrbo, varno okolje in podporo, ki jo potrebuje, brez siljenja,
- v pogovoru o zgodovini nasilja pozorno poslušati, brez siljenja,
- pomagati pri pridobivanju informacij o pravni in drugi pomoči,
- pomagati pri zagotavljanju njene varnosti, varnosti njenih otrok, če je to potrebno,
- zagotoviti ali mobilizirati socialno podporo.

b) Ob tem je treba zagotoviti:

- spoštovanje zasebnosti ob pregledu, posvetu,

- zagotavljanje zaupnosti, hkrati pa žensko obvestiti o omejitvi zaupnosti, ko je obvezna prijava.
2. Identifikacija in oskrba žrtev nasilja s strani intimnega partnerja
 3. Klinična oskrba žrtev spolnega nasilja
 - a) Postopki v prvih petih dneh po spolnem napadu:
 - nujna pomoč: praktična oskrba, varno okolje, podpora, zmanjševanje stiske, navezava stika z drugimi službami,
 - anamneza dogodka in popoln klinični pregled od »glave do nog«,
 - nujna kontracepcija,
 - postekspozicijska profilaksa HIV,
 - postekspozicijska profilaksa spolno prenosljivih okužb,
 - psihološka podpora in ukrepi.
 - b) Ukrepi za zaščito duševnega zdravja po petih dneh od spolnega napada:
 - ukrepi do tri mesece po travmi: spremljanje, ustrezno zdravljenje posttravmatske stresne motnje – kognitivno-vedenjska terapija ali EMDR (angl. Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem.
 4. Usposabljanje zdravstvenih delavcev za obravnavo nasilja s strani intimnega partnerja in spolnega nasilja – usposabljanje predvsem zdravnikov, medicinskih sester/babic, da zagotovijo:
 - ustrezno nujno pomoč in obravnavo,
 - obvladanje ustreznih veščin: kje in kako izpraševati, najboljši način odzivanja na žensko, zbiranje sodnomedicinskih dokazov,
 - poznavanje osnov o nasilju in osnov zakonodaje,
 - poznavanje obstoječih služb in organizacij, ki lahko ponudijo podporo žrtvam nasilja (npr. imenik lokalnih služb in organizacij),
 - odpravo neprimernega odnosa zdravstvenih delavcev (npr. krivijo ženske za nasilje) in naslavljanje lastnih izkušenj z nasiljem s strani intimnega partnerja in spolnega nasilja.

Usposabljanje zdravstvenih delavcev mora vključevati različne vidike odziva na nasilje: prepoznavanje nasilja, varnostne ocene, komunikacijske in klinične veščine, dokumentiranje, zagotavljanje napotitev na ustrezne službe. Usposabljanje tako za nasilje s strani intimnega partnerja kot spolno nasilje naj bo integrirano v istem programu, ker se vprašanji prekrivata in so razpoložljiva sredstva za usposabljanje običajno omejena.

5. Politika zagotavljanja zdravstvenega varstva: obravnava žrtev nasilja s strani intimnega partnerja in spolnega nasilja naj bo, kolikor je to mogoče, vključena v obstoječe zdravstvene storitve, ne pa kot samostojna storitev. Država potrebuje več modelov obravnave žrtev nasilja s strani intimnega partnerja in spolnega nasilja za različne ravni zdravstvenega varstva. Vendar pa naj se prednostno zagotovita usposabljanje in izvajanje storitev na primarni ravni. Zdravstveni delavec, ki je usposobljen za obravnavo spolne zlorabe, naj bo na voljo kadarkoli v dnevu na določenem območju.

Generalna skupščina Združenih narodov je 17. decembra 1999 proglasila 25. november kot mednarodni dan boja proti nasilju nad ženskami in pozvala vlade, mednarodne organizacije in nevladne organizacije, da na ta dan organizirajo dejavnosti, namenjene ozaveščanju javnosti o nasilju nad ženskami.

Ginekološka obravnava spolnega nasilja v Sloveniji

Obravnava spolnega nasilja se pri nas večinoma odvija v urgentnih ambulantah ginekološko-porodniških oddelkov bolnišnic. Na ginekološki urgenci UKC Ljubljana smo v letu 2010 obravnavali 25 primerov posilstva, leta 2011 21, leta 2012 43, leta 2013 35 in letos do novembra 25. Glede na zahtevnost strokovne obravnave spolnega nasilja je nujno treba imeti ustrezna navodila oz. protokole za zdravstveno obravnavo žrtev spolnega nasilja.

Prve pobude za izboljšanje kakovosti ginekološke zdravstvene obravnave žrtev spolnega nasilja segajo več desetletij v preteklost. Leta 1989 je bil na tedanji Univerzitetni kliniki za ginekologijo in porodništvo UKC Ljubljana v sodelovanju s takratno Upravo javne varnosti, policijo in sodiščem izdelan protokol v primeru posilstva, ki pa zaradi negativnega odziva vodilnega slovenskega psihiatra na našo prošnjo za sodelovanje pri obravnavi žrtev spolne zlorabe v praksi ni zaživel. Temo o spolni zlorabi otrok smo obravnavali na seminarju o reproduktivnem zdravju mladostnikov leta 1996. Leta 2005 smo na Ginekološki kliniki UKC Ljubljana organizirali strokovni posvet o spolni nedotakljivosti mladostnikov in prijavni dolžnosti zdravnika ter leta 2006 pripravili osnovni protokol v primeru posilstva, ki ga uporabljamo na ginekološki urgenci UKC Ljubljana.

S spremembo kazenske zakonodaje leta 2008 se je pojavil nov problem – spolna dejavnost oseb, mlajših od 15 let. Kazenski zakonik (KZ) iz leta 1994 s spremembami je spolni napad na osebo, mlajšo od 15 let, opredeljeval:

- Kdor spolno občuje ali stori kakšno drugo spolno dejanje z osebo drugega ali istega spola, ki še ni stara 15 let, pri čemer obstaja očitno nesorazmerje med zrelostjo storilca in žrtve, se kaznuje z zapornom od enega do osmih let.

KZ iz leta 2008 pa je odpravil pogoj očitnega nesorazmerja med zrelostjo storilca in žrtve:

- Kdor spolno občuje ali stori kakšno drugo spolno dejanje z osebo drugega ali istega spola, ki še ni stara 15 let, se kaznuje z zaporom od treh do osmih let.

S tem je postala spolna dejavnost, denimo vrstnikov, tudi če sta bila oba mlajša od 15 let, kaznivo dejanje.

KZ iz leta 2012 (KZ-1-UPB2) je to kaznivo dejanje spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let, omilil:

- Dejanje iz prvega odstavka tega člena ni protipravno, če je bilo storjeno z osebo primerljive starosti in če ustreza stopnji njene duševne in telesne zrelosti.

Glede na to, da smo ginekologi zaupniki tudi mlajših mladostnic, ki prostovoljno vstopajo v spolne odnose in potrebujejo kontracepcijo ali (sicer redko) želijo prekiniti neželjeno nosečnost, so se v zvezi z različnimi interpretacijami zakonodaje, tudi Zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, pojavljala številna vprašanja. O tem aktualnem vprašanju sta bili leta 2011 in 2012 v reviji ISIS objavljene pravno mnenje in mnenje Komisije RS za medicinsko etiko.

Leta 2013 so strokovnjaki UKC Maribor objavili v Zdravniškem vestniku dva prispevka o spolni zlorabi, med drugim tudi protokol, ki bo predstavljen na tem strokovnem sestanku.

Zaključek

Potreba po ustrezni strokovni obravnavi žrtev spolnega nasilja narekuje opolnomočenje zdravstvenih delavcev z ustreznim znanjem in veščinami.

Literatura

WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.

WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.

Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2). Ur l RS 50/2012.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). Ur l RS 16/2008.

Fetih A. Pinter B. Protokol v primeru posilstva. Ljubljana: Univerzitetna klinika za ginekologijo in porodništvo, UKC Ljubljana; 1989.

Pinter B, Grebenc M, Štolfa Gruntar A. Ambulantni protokol v primeru posilstev. Ljubljana: Ginekološka klinika UKC Ljubljana; 2006. p. 1–5.

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Ur l SRS 11/1977.

Kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost in stanje v Sloveniji

Medicina in kriminalistika – z roko v roki pri obravnavi kršitve spolne nedotakljivosti!

Neža Miklič

Uvod

Medicina in kriminalistika ostajata neločljivo povezani pri preiskovanju sumov kaznivih dejanj spolne nedotakljivosti. Sodobni čas in številne družbene spremembe kot tehnološki napredek ob visoko zastavljenih strokovnih kriterijih od strokovnjakov terjajo hitro reagiranje in še hitrejšo ukrepanje. Prispevek odpira za medicino nekatera pomembna vprašanja, s podajo odgovorov nanje ali odpiranjem dodatnih vprašanj pa sporoča, da so dileme pravzaprav nujne in vedno znova nadvse koristne za kakovostno opravljanje dela.

Kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost

Kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost so zajeta v devetnajstem poglavju Kazenskega zakonika (KZ-1-UPB2) Republike Slovenije. Vsebinsko so razčlenjena na: Posilstvo (170. člen), Spolno nasilje (171. člen), Spolna zloraba slabotne osebe (172. člen), Spolni napad na osebo, mlajšo od petnajst let (173. člen), Pridobivanje oseb, mlajših od petnajst let, za spolne namene (173.a člen), Kršitev spolne nedotakljivosti z zlorabo položaja (174. člen), Zloraba prostitucije (175. člen) in Prikazovanje, izdelava, posest in posredovanje pornografskega gradiva (176. člen).

Telo in spolna nedotakljivost ter njena kršitev so bistveni elementi vseh navedenih zakonskih členov. Državljanom sporočajo, da je človeško telo neprecenljivo, »sveto«, kršitve spolne nedotakljivosti z uporabo sile, prisile ali zlorabo položaja moči/nadvlade pa so sankcionirane s predvidenimi kaznimi.

Kazenska zakonodaja se zdi kot živ organizem, ves čas tesno prilagajajoč se družbenim spremembam. Skozi zgolj krajše zgodovinsko obdobje so si sledile korenite zakonske spremembe: dvignila se je starostna meja spolne nedotakljivosti otroka, dvignile so se kazni in zastaralni rok je postavljen v korist žrtve. Izenačena sta moški in ženska kot storilca kaznivega dejanja, spolno občevanje zajema tako vaginalno občevanje moškega in ženske kot anal-

no občevanje moškega in ženske ali analno občevanje dveh moških. Sodobni čas je na zemljevid kazenske zakonodaje postavil »grooming«, sodni mediji in uporaba najrazličnejših tehnoloških naprav pa zlorabo otrok z razširjenostjo spleta. Mladostniška prostovoljna in soglasna spolna aktivnost med dvema enako zrelima posameznikoma ni več kazensko sankcionirana.

Medicinsko-kriminalistična obravnava pacienta/oškodovanca

Medicinsko delo v vsaki obravnavi pacienta lahko zajema tudi področje obravnave oškodovancev in osumljencev kaznivih dejanj kršenja spolne nedotakljivosti. Delo, ki ni bilo mišljeno kot sestavni del vsakdanjosti medicinskega osebja, lahko to zelo hitro ali pogosto postane. Kaj storiti v takšnih primerih? Odgovor je pravzaprav zelo preprost: zgolj in samo opravljati svoje delo, ki je neposredno vezano na zdravstveno stanje/poškodbe/obravnavo posameznika.

Ljudje pokličejo telefonsko številko 112 in 113 iz v temelju istega razloga – na pomoč, prosim, pomagajte! Oškodovanec v medicinskem osebju prepozna pomoč za svoje telesno ali psihično stanje in enako je pravzaprav tudi pri osumljencu, morda celo osumljencu najhujše oblike kaznivega dejanja. Še več, tudi policija kot institucija v medicinski stroki prepozna obliko pomoči pri preiskavi kaznivih dejanj. Policija na podlagi stanja, podane prijave, ugotavlja, kaj, kje, kdaj, kako, na kakšen način se je nekaj zgodilo. Kdo je povzročitelj nekega dejanja ali stanja, kdo je oškodovanec? Kje sta, kakšen je bil motiv, povod, pobuda, da se je dejanje zgodilo? So bili uporabljeni predmeti, kateri predmeti, kakšno je psihično stanje vseh udeležениh in kdo to sploh so? Prednostna naloga policije je reševanje življenj in zaščita premoženja. Policija dela v korist »zgodnih« državljanov, v korist »roke pravice«. Državljanom s svojimi ukrepi in dejanji sporoča, »kaj je prav in kaj narobe«.

Policist vsak dan pri svojem delu uporablja znanja najrazličnejših področij – kriminalistike, kriminologije, metodike in taktike. Znanja psihologije, sociologije, kulturologije, socialnega dela so nujna. Andragoško-pedagoški koncept ni zanemarljiv, primeren pristop policije, interakcija in komunikacija pa so večino časa odločilni in enakovredni partnerji znanju in razumu. Pričakovanja v odnosu do policije so visoka. Državljeni policijo razumejo kot organ pregona, represivni organ in tudi zato je tam, kjer je policija uniformirano vidna, prisotna na terenu in med ljudmi ter pripravljena za sprejetje novosti kot odprtosti v komuniciranju z javnostjo, največkrat razumljena kot edina oblika pregona.

Policija je prvi od treh pomembnih represivnih organov – poleg tožilstva in sodišča. Začne obravnavo in preiskavo kaznivega dejanja in vse svoje ugotovitve v obliki končnega dokumenta posreduje državnemu tožilstvu. Cilj je za policijo jasen – zaščita žrtve, raziskano

kaznivo dejanje in v nadaljevanju obsodba storilca s predpisano kazensko sankcijo. Realnost je lahko tudi drugačna. Pogosto, izraženo s strani žrtve in prejemanjem mnenj nevladnih organizacij, je žrtev med postopki še dodatno viktimizirana in stigmatizirana.

Medicinska stroka skupaj s kriminalistiko dejavno sooblikuje mozaik preiskave kaznivega dejanja – nejasno obrazloži in nevideno najde. Je doktor Watson ob Sherlocku Holmesu.

Prijava – naznanitev kaznivega dejanja

Kaj pomeni biti sestavni del obravnave kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost z vidika medicinske stroke? Žrtve/oškodovanci se lahko prednostno zatečejo v zdravstvene institucije, ni nujno, da takoj pokličejo in dejanje naznanijo policiji. Medicinskemu osebju obrazložijo, kaj se je zgodilo. Je kvalifikacija kaznivega dejanja s strani medicinskega osebja nujna? Ne, niti ni zavezujoča. Je zgolj priporočljiva in v pomoč kriminalistiki.

Če prijavitelji/žrtve/oškodovanci ali celo storilci navajajo vsebinske posebnosti kaznivih dejanj, ki jih navajamo v uvodu, je prijava dejanja policiji s strani medicinskega osebja nujna in zavezujoča tudi v primerih, ko ostane zgolj pri poskusu storitve kaznivega dejanja. Pri vseh v uvodu navedenih oblikah kaznivih dejanj gre namreč za t. i. uradno pregonljivo obliko, ki od države terja ukrepanje in ni odvisna od privoljenja oškodovanca. Sodelovanje žrtve/oškodovanca je vsekakor nujno ter potrebno in navedeno velja za vse postopke in ves čas trajanja postopkov. Če žrtev/oškodovanec ne privoli v zdravniški pregled, se pregled ne bo opravil. Navedeno ravnanje je vsekakor škodljivo, najprej za žrtve/oškodovance same, nato pa za celoten predkazenski in morebitni kazenski postopek obravnave kaznivega dejanja. Rešitev je zanesljivo v času, primernem pristopu, podaji potrebnih informacij žrtvi, ki morebiti odklanja vse in vsakogar zgolj iz strahu, občutkov krivde ali drugih zelo osebnih razlogov.

Od leta 2008 velja nasilje v družini za samostojno kaznivo dejanje. Inkriminirano je v 191. členu KZ-1-UPB2 in ne zajema elementov kaznivega dejanja posilstva po 170. členu KZ-1-UPB2, storjenega v intimni zvezi, na škodo partnerja ali nekdanjega partnerja. Sam postopek od žrtve/oškodovanca zahteva, da kaznivo dejanje posilstva s strani zakonca/partnerja (tudi nekdanjega) naznani posebej, na predlog, in sicer najpozneje v treh mesecih od dneva, ko se je posilstvo zgodilo. Navedeno pomeni, da če bo žrtev naznanila posilstvo v intimni partnerski zvezi po preteku treh mesecev od storitve dejanja, pregon ne bo več mogoč. Kaj pomeni to za medicinsko stroko? V primerih, v katerih žrtve nasilja v družini ob tem naznanjajo tudi posilstvo v partnerski zvezi (tudi nekdanji), naj medicinska stroka ravna prednostno z vidika obravnave nasilja v družini, ki zavezuje podajo prijave in uradni pregon naznanjenega kaznivega dejanja.

Otrok in spolna nedotakljivost

Družino največkrat sestavljajo starši z otroki. Otrok je oseba do 18. leta starosti. Kazenska zakonodaja opredeljuje otroka z vidika kazenske odgovornosti. Vsebina 21. člena KZ-1-UPB2 določa, da otrok ni kazensko odgovoren do 14. leta starosti. V starosti od 14. do 16. leta velja za mlajšega mladoletnika, v starosti od 16. do 18. leta starosti za starejšega mladoletnika. Mladostnik, star 16 let, lahko samostojno naznani kaznivo dejanje v obliki podaje prijave na zapisnik o sprejemu ustne kazenske ovadbe, pri čemer je dodatno opozorjen na posledice podaje krive ovadbe.

Spolna nedotakljivost otroka velja do njegovega 15. leta. Kaj navedeno pravzaprav pomeni? Ponazorimo s primerom, da se posameznik spolno razkazuje otroku v starosti pod 15 let. Gre za razkazovanje telesa, fizičnega stika med osebo in otrokom ni. Otrok vedenje osebe zazna in o tem obvesti starše, skrbnike, učitelje, svetovalne delavce ipd. Ravnanje osebe ima znake ali elemente kaznivega dejanja spolnega napada na osebo, mlajšo do 15 let, po 173. členu KZ-1-UPB2. Ko se ista oseba povsem enako razkazuje ženski ali moškemu v starosti nad 15 let, ima opisano vedenje zgolj znake elementov prekrška in kršenja javnega reda in miru (morale). Status otroka v starosti do 15 let je jasen. Vsakršno spolno nadlegovanje je kršitev spolne nedotakljivosti otroka.

Zgolj zatiskamo si oči, če zanikamo dejstvo, da je veliko mladostnikov, tudi v starosti pod 15 let, že spolno aktivnih. Če gre za prostovoljne zveze, spolne odnose, v katere pristajata oba ali vsi udeleženi, in gre za osebe, ki so si v razvojnem pomenu enakovredne, ne govorimo o kaznivih dejanjih. In vendar je ugotavljanje navedenega delo policije in področje tankega ledu medicinske stroke. Mladostnik lahko v svoji naivnosti pod vplivom stockholmskega sindroma podleže manipulaciji odraslega (storilca) in zdravniškemu osebju zavestno natvezi družbeno sprejemljivo zgodbo, ki pomirja okolico. Pove, da je nosečnost rezultat spolnega odnosa s sovrstnikom, s katerim prijateljuje že dalj časa, in da starši to zvezo podpirajo. Otrok/žrtev v več pomenih zakrije resnico.

Z vidika dilem medicinske stroke glede obveščanja staršev mladostnikov bi bila lahko v pomoč ali razmislek predstavitev načinov dela in obveščanja staršev pri policijsko-kriminalističnem delu z mladostnikom.

Policija mora imeti soglasje oz. privoljenje starša/skrbnika že zgolj za najbolj običajen procesni pogovor z otrokom. Zgolj v primerih, v katerih policija ugotovi ogroženost otroka s strani starša/skrbnika, policija opravi pogovor (ne zaslišanja) z otrokom brez vnaprejšnje vednosti starša/skrbnika in ob nujni prisotnosti strokovnega delavca centra za socialno delo.

Obveščanje staršev/skrbnikov še vedno ostaja in je opravilo, ki sledi po opravljenem pogovoru z otrokom. Četudi otok/mladostnik želi, pričakuje ali celo zahteva, da starši niso obveščeni o pogovoru z njim, navedeno pri obravnavi kaznivega dejanja ni mogoče, in to tudi v primerih, v katerih gre za mladostnika, ki nastopa zgolj v vlogi očividca. Izjava mladostnika brez jasnega zapisa o obveščanju in soglašanju starša/skrbnika nima pravne veljave in je kot takšna za državnega tožilca neuporabna, s strokovnega in zakonitega vidika pa vsekakor problematična. In navedeno velja zgolj za pogovor.

Zaključek

Policijsko delo pogosto ocenjujejo številke, ki pa zgolj in samo prikazujejo prijavljene in obravnavane prijave kaznivih dejanj. Koliko prijavljenih spolnih napadov, posilstev ali drugih oblik spolnega nasilja je veliko? So ocene »nekaj 100 letno« zanemarljive za evropska ali svetovna merila? Različni strokovnjaki, ki se raziskovalno ukvarjajo s tematiko spolnega nasilja, pritrjujejo »sivemu polju« ali »vrhu ledene gore« prijavljenih zlorab v primerjavi z dejansko storjenimi zlorabami.

Odgovor poznajo žrtve/oškodovanci/pacienti. Eno samo kaznivo dejanje je preveč – njeno ali njegovo. In enak odgovor naj velja tudi za vse druge. Če smo manj strokovni in se za trenutek postavimo v vlogo žrtve, ki pravi – to, kar se je zgodilo, se ne bi smelo zgoditi.

Vsi sestavljamo družbo in vsak posameznik – laik ali strokovnjak – je del skupnosti. Spolno nasilje in nasilje na splošno sta nesprijemljivi in vsak posameznik ima pravico postati in ostati polnopraven član skupnosti.

Literatura

Zakon o kazenskem postopku (ZKP-UPB8). Ur l RS 32/2012.

Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2). Ur l RS 50/2012.

Postopek pri sumu na kaznivo dejanje zoper spolno nedotakljivost

Barbara Nerat

Uvod

Spolnost skozi kazenskopravno teorijo uživa določeno privlačnost, zelo verjetno zaradi svoje organske zraščенosti s telesnim užitkom, razgaljanja najintimnejših delov telesa in duševnosti ter vsestranske ranljivosti in strahov človeka, izjemne pisanosti pojavnih oblik in splošne radovednosti, ki jo ta pisanost vzbuja. Premotritev očitkov *ad hoc* obtoževanja v smeri izvrševanja deliktov zoper spolno nedotakljivost je za sodnika zatoorej poseg na zelo posebno področje, saj je le redkokje ob uporabi posameznih norm v pravosodni praksi zaslediti toliko čustvenih in po definiciji neznanstvenih razlag posameznih inkriminacij. In prav zaradi številnih nelahkih problemov materialnopravnih opredelitev posameznih zakonskih znakov inkriminacij 19. poglavja Kazenskega zakonika (KZ-1), ki skupino kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost postavi pod drobnogled, prepoznave t. i. predmeta varstva oz. kazenskopravnih dobrin – spolne samoodločbe, spolne integritete ali spolne svobode človeka, stekov deliktov, poskusov, krivde, zmot, narave kazenskega pregona ter dokaznih vprašanj na poti do ustrezne izbire kazenske sankcije ali izreka oprostilne sodbe – se v kaosu posameznega kazenskega procesa znajde zdravstveni delavec, zdravnik, specialist ginekologije, v vlogi ovaditelja in pozneje priče, ki se je z oškodovano pacientko soočila neposredno po inkriminiranem dejanju.

Integriranost zdravnika v (pred)kazenski postopek

Zakon o kazenskem postopku (ZKP) deli predhodni postopek na neformalni predkazenski postopek in formalni sodni kazenski postopek. Temeljni cilj predkazenskega postopka je odkrivanje kaznivih dejanj, za katera so storilci preganjani po uradni dolžnosti, izsleditev izvršiteljev deliktov in zbiranje dokaznega gradiva, ki bo služilo državnemu tožilcu kot zelena luč za sprožitev kazenskega pregona. Predkazenski postopek je v svojem bistvu policijski postopek, ki ga usmerja državni tožilec kot *dominus litis*, medtem ko je vloga preiskovalnega sodnika osredotočena na posamezna preiskovalna dejanja za zavarovanje dokazov za potrebe poznejšega kazenskega postopka ter odločanje o posegih v ustavno varovane človekove pravice in temeljne svoboščine osumljenega.

Zdravnik kot ovaditelj

Na podlagi določbe 1. odstavka 145. člena ZKP so vsi državni organi in organizacije z javnimi pooblastili dolžni naznaniti kazniva dejanja, za katera je storilec preganjan po uradni dolžnosti, če so o njih obveščeni ali če kako drugače izvedo zanje. Tako mora zdravnik ob srečanju z oškodovano v vlogi pacientke po službeni dolžnosti za primer suma obstoja prepovedanih posledic po ravnanju NN storilca, ki je očitno prešlo mejo zakonsko vzdržnega, navesti dokaze, za katere ve, predmete, na katerih ali s katerimi je bilo kaznivo dejanje storjeno, ter morebitna druga dokazila (2. odstavek cit. določila). Pravkar predstavljeno procesno navodilo je sicer *lex imperfecta*, saj zakonodajalec ni predpisal sankcioniranja za nespoštovanje le-tega. Vsekakor ovadba v svoji biti pomeni sporočilo državnemu tožilcu ali policiji, da je bilo storjeno kaznivo dejanje, za katero je storilec preganjan po uradni dolžnosti. Takšno sporočilo je lahko, če je popolno, že zadostna podlaga za državnega tožilca, da začne kazenski pregon, vendar pa je v praksi največkrat samo podlaga za policijo za začetek kriminalistične preiskave. Čeravno splošna dolžnost zdravnika glede podaje kazenske ovadbe ni izrecno zapisana v zakonu, pa ta v določbi 281. člena KZ-1 inkriminira opustitev ovadbe kaznivega dejanja ali storilca ter le-to v 2. odstavku za primer zavestne opustitve ovadbe kaznivega dejanja, za katero izve pri opravljanju svoje službe, sankcionira s pretnjo kazni zapora do treh let. Sama ovadba se poda pristojnemu državnemu tožilcu, vendar v praksi velja, da jo sprejmeta tudi policija in sodišče. Stvar zdravnika je, ali bo za primer suma delikta zoper spolno nedotakljivost pacientke podal pisno ali ustno na zapisnik ali jo sporočil po telefonu ali kako drugače. Razumljivo je, da se od zdravnika ne pričakuje pravilna pravna opredelitev kaznivega dejanja, vendar pa mora ovadba vsebovati (vsaj) opis dejanskega stanja, ugotovitev z navedbo odločilnih dejstev in ime domnevnega storilca, če je zdravniku po navajanju pacientke seveda znano.

Zaslišanje zdravnika kot priče

Medtem ko je zdravnik ob fizičnem stiku z oškodovano pacientko nekako stisnjen v kot z dolžnostjo podaje ovadbe in ga gre v tem trenutku imeti za stikalo za sprožitev kazenskega postopka zoper storilca, ki je napadel spolno nedotakljivost določene pacientke, pa je njegov procesni položaj v postopku glavne obravnave bistveno drugačen. Zakonodajalec mu je skozi določbo 5. točke 1. odstavka 236. člena ZKP namenil t. i. privilegij pravne dobrote, kar pomeni, da se zaradi varovanja poklicne skrivnosti zdravnik, ki v vlogi priče stopi pred kazensko sodišče, po prostem preudarku sam odloči, ali bo v danem primeru pričal o tem, kar je izvedel pri svojem delu ob stiku z določeno oškodovano pacientko. Oprostitev dolžnosti pričevanja zajema tudi zdravnikovo pravico zavrniti odgovore na vprašanja sodišča in procesnih udeležencev, prav tako sme zavrniti prepoznavo oseb ali predmetov. Ker gre za pravno dobroto v korist zdravnika in ne v korist obdolženega, slednji nima vpliva na odloči-

tev zdravnika, ali naj pričanje zavrne ali relevantno priča o kaznivem dejanju, ugotovljeni anamnezi, diagnozi, duševnem in fizičnem stanju pacientke med ambulantno obravnavo, terapiji in drugih za kazenski postopek pomembnih okoliščinah. Na tem mestu je treba opozoriti, da lahko izjavo o odpovedi pričevanju poda zdravnik izključno in neposredno pred sodiščem, kar pomeni, da se je v vsakem primeru – ne oziraje se na status privilegirani – dolžan vabilu sodišča odzvati in sodnemu osebju zaupati svoje podatke. Vendar, če se zdravnik po prostem preudarku odloči zaobiti poklicno molčečnost in pričati ter odgovarjati na morebitna vprašanja, ga – kot vse »navadne«, tj. nepriviligirane priče – bremeni dolžnost izpovedati po resnici, saj bi sicer skozi zaznan napad na pravosodje zapadel v neugoden procesni položaj obtoževanja na podlagi očitka krivega izpovedovanja (284. člen KZ-1). V vsakem primeru pa ima zdravnik v vlogi nepriviligiranega pričevalca možnost odkloniti odgovor na vprašanje, s katerim bi sebe ali svoje bližnje spravil v hudo sramoto, precejšnjo materialno škodo ali kazenski pregon. To pojasnilo ne bo odveč, saj je bila med drugim zdravniku po noveli ZKP-E odvzeta možnost odreči se pričevanju o dejstvih, za katera je izvedel pri opravljanju svojega poklica, če gre za kazniva dejanja, navedena v 3. odstavku 65. člena ZKP, tj. kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost iz 19. poglavja KZ-1, razen kaznivih dejanj zlorabe prostitucije (175. člen KZ-1) ter prikazovanja, izdelave, posesti in posredovanja pornografskega gradiva (176. člen KZ-1). Uspešnejšemu dokazovanju moralno zavržnih deliktov, izvršenih na škodo mladoletnih oškodovancev, daje zakonodajalec prednost pred interesi varovanja poklicne skrivnosti. Tako sme biti zdravnik zaslišan kot priča, tudi če mlajšega oškodovanca, ki je sam privilegirana priča, ni dopustno zaslišati, ker ne razume pomena pravice, da ni dolžan pričati.

Zaključek

Ob koliziji zdravnika s pacientko, oškodovano v posledici t. i. seksualnega delikta, se zdravnik v igri pravil obstoječe procesne zakonodaje sreča v dveh procesnih vlogah: primarno kot ovaditelj, sekundarno kot (ne)privilegirana priča, ki pa se mora vendarle ozreti tudi na določila Zakona o zdravniški službi (ZZdrS), saj ga stanovsko veže k varovanju poklicne skrivnosti, ko mu z določbo 51. člena zapoveduje varovati podatke o zdravstvenem stanju pacientke in podatke o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja. A morebiten pomislek, da ima pred kazenskim sodiščem zvezane roke, je zgolj navidezen, saj že naslednji, 52. člen ZZdrS stopi v korak s pričakovanji Zakona o kazenskem postopku (ZKP), ko jasno, določno in nazorno izpostavi možnost razveze dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti (ki sicer niti po smrti pacienta ne preneha), in sicer s tem, ko v položaj razrešitelja ob bok prizadeti pacientki postavi tudi kazenskega sodnika. S tem manevrom prav zdravnik postane materialno relevantna priča pri ugotavljanju dejanskega stanja v danem primeru, s čimer pomembno vpliva na meritorno odločitev po opravljenem postopku sojenja.

Literatura

Deisinger M. Kazenski zakonik s komentarjem. Posebni del, Ljubljana: GV Založba; 2002. p. 227.

Horvat Š. Zakon o kazenskem postopku s komentarjem. Ljubljana: GV Založba; 2004. p. 151–3, 303–5, 544–5.

Korošec D. Spolnost in kazensko pravo: od prazgodovine do t. i. modernega spolnega kazenskega prava. Ljubljana: Založba Uradni list Republike Slovenije; 2008. p. 11–3.

Kazenski zakonik (KZ-1). Ur l RS 55/2008, 66/2008, 39/2009, 55/2009, 91/2011, 50/2012.

Zakon o kazenskem postopku (ZKP). Ur l RS 32/2007, 40/2007, 102/2007, 89/2008.

Zakon o zdravniški službi (ZZdrS). Ur l RS 72/2006.

Uvod

Zdravnike in tudi druge zdravstvene delavce, ki so obravnavali žrtev posilstva oz. spolnega nasilja, lahko sodišče povabi kot pričo v samem preiskovalnem, kazenskem ali pravdnem postopku. V nadaljevanju preiskovalnih in sodnih postopkov pa lahko sodišče povabi tudi izvedenca ali več izvedencev medicinske stroke, da s svojim strokovnim znanjem izdelajo izvedensko mnenje in tako pomagajo sodniku razjasniti pravno pomembna dejstva. Pri medicinski obravnavi domnevne žrtve posilstva ali spolnega nasilja se ginekologi praviloma prvi srečajo z oškodovanko, saj so ženske veliko pogostejše žrtve spolnega nasilja kot moški.

Zdravnik kot priča

Žrtev spolnega nasilja ali posilstva v ginekološko ordinacijo običajno privedejo organi pregona z ustrežno odredbo o strokovnem pregledu. Žrtev spolnega nasilja pa lahko najprej poišče zdravniško pomoč ali pa jo bo zaradi poškodb celo pripeljala reševalna služba. V slednjih primerih je zdravnik, ki ob pregledu posumi, da bi lahko šlo za spolno nasilje, dolžan prijaviti sum kaznivega dejanja policiji. Obveznost naznanitve suma storitve kaznivega dejanja zdravnika določa namreč tretji odstavek 45. člena Zakona o pacientovih pravicah. Ta določa, da mora zdravnik naznaniti sum storitve kaznivega dejanja zoper življenje in telo iz 15. poglavja Kazenskega zakonika (Ur. l. RS, št. 55/2008; KZ-1), kaznivega dejanja zoper spolno nedotakljivost iz 19. poglavja KZ-1 ter kaznivega dejanja zoper zakonsko zvezo, družino in mladino iz 21. poglavja KZ-1, pri katerih je bil kot oškodovanec udeležen otrok.

Pri obravnavi oz. pregledu oškodovanke je izjemno pomembno, da zdravnik dosledno upošteva vse strokovne smernice, ki veljajo pri obravnavi žrtev spolnega nasilja. Vse ugotovitve mora tudi natančno in ustrezno dokumentirati, saj jih bodo pri svojem delu potrebovali tako preiskovalni kot pozneje sodni organi. Če ob pregledu zdravnik sledov ne najde ali celo ne išče, lahko pride do opustitve kazenskega postopka in s tem do oprostitve storilca kaznivega dejanja ali pa do obsodbe nedolžnega človeka.

Zdravnik, ki je obravnaval oškodovanko, bo zelo verjetno vabljen kot priča na sodišče, ki bo najverjetneje že razpolagalo s pisnim izvidom opravljenega pregleda oškodovanke. Takemu vabilu se je po zakonu dolžan odzvati. Kot priča mora zdravnik navesti le vsa dejstva, ki so mu o zadevi znana (o tem, kar je videl ali kar ve). Zdravniku priči ni treba oz. kot priča ni dolžan podajati svojih mnenj o zadevi ali presoјati podatkov, ki mu jih predstavi sodišče, saj s tem že preide na področje izvedenstva. Če se zdravnik sooči s takšnim vprašanjem, naj sodišče na to opozori.

Priporočljivo je, da zdravnik, ki je vabljen kot priča, pozna osnovna načela pravnega sistema in sodne prakse v tovrstnih primerih. Pri tem mu je lahko v pomoč pravna služba ustanove, v kateri je zaposlen. Na pričanju je priporočljivo, da zdravnik upošteva nekaj smernic:

- na sodišče pride pripravljen,
- natančno posluša obravnavo in vprašanja,
- razloži, kar je izvedel od oškodovanke in kar je ugotovil s pregledom,
- znati mora razložiti vse postopke in njihov pomen pri obravnavi oškodovanke,
- izraža se natančno, v preprostem laičnem jeziku,
- biti mora nepristranski,
- razlikovati mora med ugotovitvami in mnenji,
- odgovarja le na vprašanja s svojega strokovnega področja.

Zdravnik izvedenec

Včasih skušajo na sodišču izkoristiti tudi strokovno znanje zdravnika, ki je bil v postopku vabljen kot priča, da bi podal strokovno mnenje o zadevi ali pa celo presoјal nekatere podatke – treba je razlikovati med pričanjem pred sodiščem in podajo izvedenskega mnenja. V slednjem primeru je zdravnik s sklepom sodišča postavljen za izvedenca, če je za ugotovitev ali presojo kakšnega pomembnega dejstva treba dobiti izvid in mnenje nekoga, ki ima potrebno strokovno znanje (sodišče pa tega znanja nima). Pri tem ne gre zgolj za navajanje dejstev, ki so zdravniku znana, temveč sodišče izvedencu naroči, naj predmet skrbno pregleda, natančno navede vse, kar opazi in dožene, ter naj poda svoje mnenje vestno in v skladu s pravili znanosti in stroke. Izvedensko delo je strokovno zelo zahtevno in odgovorno, saj je prav v primerih obravnave spolnega nasilja lahko ključno vodilo sodniku pri izreku obsodilne ali oprostilne sodbe osumljencu oz. obdolžencu. Izvedenec je v bistvu pomočnik sodnika, ki na podlagi ugotovljenih dejstev s svojo strokovno razlago ustvarja nove dokaze. Sodnik ocenjuje izvedensko mnenje tako, da presodi ustreznost metode, ki jo je uporabil izvedenec, in nato pravno presodi ugotovljena dejstva. Vsaka napaka v izvedenskemu mnenju ima praviloma hude pravne posledice za eno od strank v sodnem postopku. Ker je delo izvedenca s tega vidika zelo odgovorno, zakon o sodiščih določa dokaj stroge

pogoje za imenovanje sodnega izvedenca, ki je lahko fizična oseba ali pa izvedenski organ, npr. Komisija za izvedenska mnenja Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Izvedensko delo zdravnikov opredeljuje tudi 9. poglavje Kodeksa medicinske deontologije Slovenije:

57. člen

Zdravnik izvedenec mora nastopati samostojno in nepristransko, ne glede na interes naročnika oziroma prizadete stranke. Izvedensko nalogo mora opraviti po svoji najboljši vesti in vednosti in podati svoj izvid in mnenje natančno in popolno, upoštevajoč načela medicinskega izvedenstva. Pri svojem delu je dolžan spoštovati zdravniško in uradno skrivnost. V izvedenskem delu, ki zadeva njegovega bolnika, bo storil vse, da bi bil oproščen izvedenstva če ne pa bo pravosodnim organom posredoval le tiste podatke in ugotovitve, ki so pomembne in neobhodne za postopek.

58. člen

Izvedenec se mora pri delu na sodišču držati zastavljenih vprašanj. Nanje odgovarja jasno, natančno, temeljito, predvsem pa razumljivo. Izvedenec se ne sme spuščati v osebno razpravljanje. Njegova izvajanja morajo ostati tudi v nepredvidenih okoliščinah brez osebne prizadetosti ali subjektivnosti.

Če izvedenec ugotovi, da njegovo znanje ne zadošča, oziroma, da je potrebno še širše in dodatno proučevanje primera, je dolžan sodišče na to opozoriti in mu predlagati, na katera vprašanja je potrebno izvedensko delo razširiti ali kakšne izvedence je še potrebno pritegniti.

Primeri vprašanj sodišča izvedencu za ginekologijo

Sodišče običajno zastavi izvedencu medicinske stroke oz. izvedencu za ginekologijo vprašanja, na katera bo lahko z natančno preučitvijo sodnega spisa z vsemi prilogami, ki običajno zajemajo tudi izvide medicinske obravnave, in včasih tudi s pregledom oškodovanke objektivno in strokovno neoporečno odgovoril.

- Katere poškodbe spolovil je utrpela oškodovanka XX?
- Kako so poškodbe nastale oz. način nastanka poškodb?
- Oceni naj težo ugotovljenih poškodb.

Včasih pa se lahko izvedenec sreča z vprašanjem ali vprašanji, ki le delno zadevajo njegovo strokovno področje.

- Ali je možen spolni odnos na prvem sedežu osebnega vozila srednjega razreda brez sodelovanja oškodovanke in ob njenem upiranju na način, kot ga je v svoji izpovedi opisala oškodovanka XX?

V slednjem primeru se tudi sodišče ni moglo odločiti, kateri izvedenec bi bil najprimernejši za odgovor na zastavljeno vprašanje. V takšnih primerih se mora izvedenec medicinske stroke držati le svojega področja in opozoriti sodišče, da popoln odgovor na zastavljeno vprašanje zahteva tudi morebitno vključitev izvedencev z drugih strokovnih področij.

Zaključek

Pričanje zdravnika, ki je obravnaval žrtev spolnega nasilja, in izvedensko mnenje sta lahko ključna elementa za sodišče, ki bo izreklo obsodilno ali oprostilno sodbo. Zdravnik se v vlogi pričë ali izvedenca nikoli ne sme opredeliti do tega, ali je šlo za spolno nasilje oz. posilstvo ali pa morda za sporazumen spolni odnos, ker gre pri tem za pravna in ne medicinska vprašanja. Zdravnika, ki je obravnaval domnevno žrtev spolnega nasilja, odraslo osebo ali otroka, se pogosto skuša predstaviti kot pristranskega, saj naj bi bil na strani žrtve oz. tožilstva. Povsem razumljivo je, da zdravnik skuša pomagati pacientu, vendar je v medicinskopravnih primerih nujno ohraniti objektivnost in nepristranskost.

Literatura

Lonsway KA. The use of expert witnesses in cases involving sexual assault; Violence Against Women Online Resources 2005. Dosegljivo na:

<http://www.mincava.umn.edu/documents/commissioned/svandexpertwitnesses/svandexpertwitnesses.html#idp7050688>.

Roberts REI. Forensic medical evidence in rape and child sexual abuse: controversies and a possible solution. J R Soc Med 1999; 92: 388–92.

Takač I. Kos D, Arko D. Spolna zloraba. Zdrav Vestn 2012; 81: 801–6.

World Health Organization. Documentation and reporting. In: Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. WHO: Geneva; 2003. p. 94–9.

Zdravniška zbornica Slovenije. Iz zakonodaje. Pričanje ali izvedenstvo. ISIS avgust-september 2009. p. 10.

Zdravniška zbornica Slovenije. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 1997.

Protokol v primeru spolnega nasilja

Iztok Takač, Tina Bizjak, Darja Arko

Uvod

Po Kazenskem zakoniku RS je posilstvo, če kdo prisili osebo drugega ali istega spola k spolnemu občevanju tako, da uporabi silo ali zagrozi z neposrednim napadom na življenje ali telo. Po sodobnih raziskavah doživi ena od šestih žensk in eden od 33 moških v svojem življenju poskus posilstva ali popolno posilstvo. Najpogostejše žrtve spolnega nasilja so ženske v adolescenci in mlade ženske (od 16 do 24 let).

Časovna omejitev bioloških sledi za forenzične preiskave je 72 ur. V svetovnem merilu velja, da naj bi obravnavo spolno zlorabljenih žrtev obravnavali za to usposobljeni strokovnjaki v sodelovanju s specialisti ginekologi oz. specialisti urgentne medicine. V Sloveniji zaradi relativno nizkega števila prijavljenih dejanj zoper spolno nedotakljivost ni smiselno uvajati posebnih skupin zdravnikov in medicinskih sester, ki bi bili specializirani za zavarovanje sledi, nastalih pri kaznivih dejanjih zoper spolno nedotakljivost.

Popolna evaluacija je časovno zahtevna in traja od 3 do 6 ur. Zdravnik preiskovalec je v primeru sodne obravnave posilstva večinoma vpoklican na obravnavo. Kadar zdravnik preiskovalec sledov ne najde ali ne išče, lahko pride do opustitve kazenskega postopka, do oprostitev storilca kaznivega dejanja ali do obsodbe nedolžnega človeka.

V Sloveniji imamo trenutno dva vprašalnika za obravnavo žrtev spolne zlorabe, izdelana v UKC Ljubljana in UKC Maribor. Mariborski vprašalnik je bil podrobno predstavljen v Zdravniškem vestniku, objavljenem maja 2013. V prispevku bomo predstavili vprašalnik, ki je sestavljen iz obeh verzij.

Vprašalnik za obravnavo žrtve spolne zlorabe

Za žrtev spolnega nasilja je večkratno odgovarjanje na ista vprašanja in opisovanje dogodka zelo boleče, vendar je s forenzičnega vidika nujno potrebno, da zdravnik pravočasno zagotovi vse potrebne sledi in zapiše natančen potek dogodka. Enoten vprašalnik o spolnem nasilju zdravniku preiskovalcu potek preiskave olajša, vendar je pomembno, da se izpolni prav vsaka točka vprašalnika.

Pred začetkom preiskave mora oškodovanka izpolniti soglasje k preiskavi in posredovanju dokaznih sredstev. Glavo vsake strani vprašalnika je treba označiti z imenom preiskovanke (oz. z nalepko z njenimi podatki) ter **nogo vsake strani s podpisom preiskovanke in z datumom preiskave**.

Med splošne podatke vpišemo družinsko anamnezo, prebolele bolezni in drugo, kar zahteva običajna obravnava ali sprejem bolnikov v medicinski ustanovi.

Osební podatki in podrobní podatki o kaznivem dejanju

V anamnestičnem delu zdravniške preiskave oškodovane ženske je treba izpolniti del vprašalnika o osebnih podatkih žrtve oz. žrtvinega svojca, ali je bila prijavljena ovadba ter natančen datum in uro začetka preiskave. Iz anamneze je treba izvedeti podrobnosti o dogodku, ki nam v nadaljevanju omogočajo usmerjeno telesno preiskavo in zbiranje vzorcev. Pridobiti moramo časovni razpon med kaznivim dogodkom in preiskavo, saj sledi sperme v nožnici ne moremo zaslediti v dovolj velikih količinah po 72 urah, medtem ko se sledi sperme v anusu razgradijo že po 36 urah. V anusu sledov po iztrebljanju ni več mogoče zaslediti, prav tako v ustih po čiščenju zob, pitju ali hranjenju. Od oškodovanke je treba izvedeti, ali se je v času od posilstva do pregleda tuširala oz. kopala, se preoblekla, jedla, si umivala zobe, uporabljala odvajala, zamenjala tampon, higienski vložek ali barierno sredstvo kontracepcije. Če je storilec oškodovanko poljubljal, lizal ali grizel, je sledi mogoče pridobiti, če se oškodovanka še ni umila ali obrisala.

Pomembna informacija glede dogodka je, ali je bila žrtev pod vplivom psihofizičnih substanc. Če ima žrtev pomanjkljivosti v spominu glede napada, je treba opraviti preiskavo na droge. Najpogosteje uporabljena droga pri posilstvu je alkohol. Pogosta je uporaba benzodiazepinov (npr. flunitrazepam, rohypnol) ter gama-hidroksi butirata (GHB). V tem primeru so potrebne preiskave krvi in urina. V urinu so sledi drog najdlje prisotne, benzodiazepinske droge večinoma med tri in štiri dni.

Prav tako je treba izvedeti, ali je oškodovanka v zadnjih 72 urah pred kaznivim dejanjem imela prostovoljne spolne odnose. V tem času se še lahko zaznajo sledi sperme v vaginalnih brisih. Sledi sperme, izvirajoče iz predhodnih spolnih odnosov, lahko povzročijo nastanek mešanega profila DNK pri analizi sledi sperme iz ginekološkega vzorca, odvzetega po kaznivem dejanju.

Pridobiti moramo tudi splošno medicinsko in ginekološko anamnezo oškodovanke.

Preiskava in zagotovitev dokaznih sredstev

Sledita klinična preiskava in zagotovitev sledi, ki naj bosta orientirani glede na anamnezo.

Brisi naj bodo odvzeti s sterilno vatrano paličico iz plastične epruvete, ki je na voljo v vsaki ginekološki ambulanti. Nikakor se ne sme uporabiti steklena epruveta z neprodušnim zamaškom. Če je mogoče, naj se bris odvzame dvakrat, vsakič z novo vatrano paličico iz nove plastične epruvete. Vsaki plastični epruveti odrežemo vrh (nasprotni konec od zamaška). Paličico z odvzetim brisom vstavimo nazaj v plastično epruveto z odrezanim vrhom, pri čemer pazimo, da vatrani del paličice ne gleda iz epruvete zaradi kontaminacije. Vsako plastično epruveto s paličico, na kateri je bris, nato posamič shranimo v kuverto ali papirnato vrečko. Na vsako kuverto/papirnato vrečko z odvzetim brisom vpišemo ime in priimek oškodovanke, njen rojstni datum, dan odvzema brisa, mesto odvzema brisa ter podatek, kateri bris je bil odvzet prvi oz. drugi.

Oblačila: Priporoča se uporaba večje papirnate podlage, na kateri naj žrtev stoji, ko se slači. S tem zagotovimo, da se sledi, kot so lasje in dlake, med slačenjem ne izgubijo. Pri shranjevanju oblačil (predvsem spodnjega perila), ki so vlažna, je treba uporabiti papirnati material, saj se DNK-material v vlažnem okolju hitreje razgradi. Plastične vrečke so zato neprimerne za shranjevanje dokazov. Oblačila skupaj s papirnato podlago, na kateri se je oškodovanka slekla, shranimo v papirnato vrečo.

Oralni bris: Če je iz usmerjene anamneze ugotovljeno, da se vzorci sledi nahajajo v ustih, je treba napraviti dva oralna brisa. S sterilno vatrano paličico se natančno obrišejo ta mesta v ustih oškodovanke: pod jezikom, dlesni, med zobmi in ustno nebo.

Sledi po telesu: Zagotoviti moramo sledi po telesu, kot so lasje, nohti in brisi kože. Lase najprej počesemo, nato jih nekaj odstrižemo ali izpulimo za primerjavo. Kadar je iz anamneze znano, da je prišlo do lizanja, grizenja ali poljubljanja kože, odvajamo brise kože. Pri odvzemu sledi sperme, sline ali druge telesne tekočine na telesu oškodovanke je treba vatrano paličico predhodno omočiti s sterilno destilirano vodo ali fiziološko raztopino. Z vrhom vlažne vatrane paličice nato rahlo krožimo po mestu, kjer se nahaja opisana telesna tekočina. Nato vzamemo drugo, suho vatrano paličico in z njo isto mesto na telesu obrišemo do suhega. Vzorci telesnih tekočin naj bi se v idealnem primeru posušili na zraku (nikakor ne na soncu ali višjih temperaturah). Nato vzorce spravimo v papirnato vrečko ali kuverto. Na vrečko/kuverto je treba zapisati še vrsto sledi, ki se nahaja v brisu (npr. sperma, slina). Odvajamo se brisi podnohtja in, če je mogoče, odrezani ali odlomljeni deli nohtov. Odvajamo tudi drug dokazni material.

Klinični pregled: Sledi klinični pregled oškodovanke, ki naj bo usmerjen in natančen. Anogenitalni pregled naj sledi na koncu pregleda. Fotografiranje poškodb je pomemben dodatek k vprašalniku, s čimer se mora oškodovanka strinjati.

Preiskava anusa in rektuma ter zagotovitev sledi: Glede na anamnezo sledi analni in rektalni pregled. Če so bile prisotne poškodbe pred dogodkom, jih je treba opisati. Tudi pri tem je treba odvzeti po dva brisa in ju pravilno shraniti v papirnato kuverto ali vrečko.

Ginekološka preiskava in zagotovitev sledi: Pri ginekološki preiskavi oškodovanke je treba definirati poškodbe pred dogodkom. Opiše se razvojna stopnja genitalij po Tannerju. Enako kot lase se zagotovi sramne dlake in bris zunanega spolovila. Lokalizacija in opis poškodb naj bosta izjemno natančna in, če je mogoče, označena na skici. Preiskava v spekulih je indicirana, kadar je prisotna krvavitev, bolečina ali je iz anamneze znano, da je pri zlorabi prišlo do penetracije, in kadar zbiramo sledi iz endocerviksa, istočasno pa lahko opravimo še bris nožnice. S paličicami za bris pobrišemo po čim večji površini nožnice. Bris po 72 urah po posilstvu je forenzično nepomemben. Pri kolposkopski preiskavi anogenitalnega predela s toluidinskim barvilom izostrimo kontrast med poškodovanimi in nepoškodovanimi predeli, kar nam olajša oceno poškodb.

Krvne in urinske preiskave: Laboratorijske preiskave so usmerjene glede na oceno poškodb, morebitno okužbo s spolno prenosljivimi okužbami (SPO) in nosečnostjo. Za kazenski pregon osumljenca je dokaz spolno prenosljivih bolezni brez pomena.

Diagnostika, terapija, svetovanje: Če obstaja sum na prenos SPO, je treba sum potrditi ali ovreči s serološkimi preiskavami in vaginalnimi brisi, ki jih je pozneje treba ponoviti, saj na novo pridobljene SPO večinoma ne moremo dokazati v tako kratkem času od prenosa. Tveganje za prenos SPO v primeru posilstva ni znano. Prenos virusa HIV na žensko pri vaginalni penetraciji s penisom s HIV-om okuženega moškega je od 0,5 do 1,5/1000 stikov. V primeru analne penetracije se verjetnost poviša na od 8 do 32/1000 stikov z inficiranim moškim. Zaradi nasilnega dejanja žrtve spolnega nasilja utrpijo poškodbe tkiva, kar lahko poviša verjetnost prenosa.

Test nosečnosti je treba opraviti pri ženskah v rodni dobi. Ženski ponudimo nujno kontracepcijo. Na voljo sta dve metodi nujne kontracepcije. Najpogosteje uporabljeno hormonsko nujno kontracepcijo je treba uporabiti čim prej oz. najpozneje v 72–120 urah. Na voljo so: levonorgestrel (LNG) v enojnem odmerku 1,5 mg, kombinirana estrogensko-progesteronska kontracepcija 2-krat na 12 ur (2 tableti s 50 µg etinilestradiola (EE)/0,25 mg LNG ali 4 tablete s 30 µg EE/0,15 mg LNG) ali ulipristalacetat, ki je učinkovit do 120 ur. Druga metoda nujne kontracepcije je vstavev bakrenega materničnega vložka (angl.

IUD), ki povzroči vnetni odziv endometrija in prepreči implantacijo, baker v cervikalni sluzi pa ovira gibljivost semenčic.

Zaključek

Obravnava žrtve spolne zlorabe je zaradi svoje redkosti še posebej zahtevna. Ker se z žrtvami spolnega nasilja ne srečamo vsak dan, nam predpisani vprašalnik lahko olajša delo in pomaga pri pravilnem zbiranju sledi. Če sledi niso pravilno zbrane, lahko pride do opustitve kazenskega postopka oz. do oprostitev storilca kaznivega dejanja.

Priloge

**SOGLASJE K MEDICINSKI PREISKAVI, ZDRAVLJENJU, ZAGOTOVITVI IN
POSREDOVANJU DOKAZNIH SREDSTEV**

Glede podrobnosti medicinske preiskave, zdravljenja ter tudi zagotovitve in posredovanja dokaznih sredstev sem bila informirana in s tem dajem svoje soglasje.

V primeru kazenske ovadbe s to izjavo zdravnika/co preiskovalca/ko razbremenjujem zdravniške molčečnosti in dajem soglasje za posredovanje vseh informacij, povezanih s kaznivim dejanjem, zdravniških izvidov, fotokopij in dokaznih sredstev za to pristojnemu preiskovalnemu upravnemu organu.

Datum:

Ura:

Podpis preiskovanke:
(ali pravnega zastopnika)

SPLOŠNI PODATKI

Ime in priimek preiskovanke:

Naslov:

Tel:

Izbrani ginekolog:

Izbrani splošni zdravnik:

Zdravnik preiskovalec:

DRUŽINSKA ANAMNEZA:

OTROŠKE BOLEZNI:

PREDHODNE IN SPREMLJAJOČE BOLEZNI:

OPERACIJE (morebitni zapleti):

POŠKODBE:

ALERGIJE:

ZDRAVILA:

DIETE:

RAZVADE:

GINEKOLOŠKE BOLEZNI:

Menarcha s leti

Ciklus na dni

Menzes traja dni

Regularnost

Jakost

Bolečnost

Partus.....; vag....., s.c.....; starost ob 1. porodu.....; UPN.....; Ab. spont.....; Z. m.....

KC (vrsta, trajanje):..... HNZ (vrsta, trajanje):.....

OSEBNI PODATKI/PODROBNI PODATKI O KAZNIVEM DEJANJU

Prosimo za razločno pisavo. Ustrezno označite z x.

OSEBNI PODATKI

Ime preiskovanke:..... Rojstni datum:.....
Naslov:..... Tel:.....

Ime bližnjega svojca/zakonitega zastopnika:.....
Vrsta sorodstva:.....
Naslov:..... Tel:.....

Na preiskavo jo spremlja: ☐ policija ☐

Ali je bila prijavljena ovadba?

☐ Da Policijska postaja:..... Tel:.....
☐ Ne

Če ne, ali naj bo policija obveščena?

☐ Da: Kontaktna oseba:..... Tel:.....
Datum: Ura:.....
☐ Ne

Ali je bil obveščen kateri drugi upravni organ? ☐ Ne ☐ Da
Kateri:.....

Začetek preiskave

Datum: Ura:

Podatki o kaznivem dejanju

Datum in ura kaznivega dejanja:.....
Časovni razpon med kaznivim dogodkom in preiskavo: pred urami

Podatki o kaznivem dejanju z žrtvinimi besedami:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Število storilcev:..... ☐ moški ☐ ženska
 ☐ tujec ☐ znanec/partner
 ☐ soproga/a ☐ sorodnik:.....

Ali je bil storilec med dejanjem poškodovan?

☐ Ne ☐ Da:..... ☐ Ne ve

Spolno dejanje

Oralna penetracija: ☐ Ne ☐ Da ☐ Ne ve
☐ Penis ☐ Prst ☐ Roka ☐ Predmet:.....

Vaginalna penetracija: ☐ Ne ☐ Da ☐ Ne ve
☐ Penis ☐ Prst ☐ Roka ☐ Predmet:.....

Analna penetracija: ☐ Ne ☐ Da ☐ Ne ve
☐ Penis ☐ Prst ☐ Roka ☐ Predmet:.....

Sledi sperme

Ali je prišlo do izliva sperme? ☐ Ne ☐ Da ☐ Ne ve
Če da: ☐ oralno ☐ vaginalno ☐ analno
☐ druge lokacije:.....

Ali je bil uporabljen kondom? ☐ Ne ☐ Da ☐ Ne ve
Če da, kje se predmet nahaja:.....

Ali je bilo uporabljeno mazivo ali spermicid? ☐ Da ☐ Ne ☐ Ne ve

Sledi sline

Ali je storilec žrtev poljubljal, lizal, sesal, grizel?

☐ Poljubljal, kje:..... ☐ Ne ☐ Ne ve
☐ Lizal, kje:..... ☐ Ne ☐ Ne ve
☐ Sesal, kje:..... ☐ Ne ☐ Ne ve
☐ Grizel, kje:..... ☐ Ne ☐ Ne ve

Ali je preiskovanka pred zagotovitvijo sledi menjala oblačila?

☐ Ne ☐ Da, kaj:.....
Če da, kje je odložila oblačila:.....

Preiskovanka se je pred zagotovitvijo sledi:

☐ tuširala ☐ kopala ☐ se obrisala
☐ umila roke ☐ očistila nohte
☐ umila zobe ☐ splaknila usta
☐ jedla ☐ pila ☐ kadila
☐ urinirala ☐ odvajala blato ☐ bruhalo
☐ drugo:.....

☐ Nič od tega

Ali se je žrtev očistila z brisačo, robčkom ipd:

☐ Ne ☐ Da, s čim:.....
Če da, kje se predmet nahaja:.....

Ali je bil v času dogodka uporabljen tampon, higienski vložek:

☐ Ne ☐ Da, s čim:.....

Če da, ali je bil odstranjen pred pregledom: ☐ Ne ☐ Da

Če da, kje se predmet nahaja:.....

Alkohol, zdravila, droge

Ali je preiskovanka pred dogodkom, med njim ali po njem uživala alkohol, zdravila ali droge?

Pred dogodkom (do tri dni)? ☐ Ne ☐ Da (vrsta, količina):.....

Datum: Ura:

Med dogodkom? ☐ Ne ☐ Da (vrsta, količina):.....

Datum: Ura:

Po dogodku? ☐ Ne ☐ Da (vrsta, količina):.....

Datum: Ura:

Ali obstajajo vrzeli v spominu?

☐ Ne

☐ Da

Zadnji prostovoljni spolni akt

Datum in ura zadnjega prostovoljnega spolnega akta?

Datum: Ura:

☐ Nikoli še ni bilo spolnega stika.

Če je bil zadnji spolni stik v zadnjem tednu: ☐ Ne ☐ Drži

Ali je spolni partner znan?

☐ Ne ☐ Da

Ali je bil pri zadnjem spolnem aktu uporabljen kondom?

☐ Ne ☐ Da

Ali je prišlo do izliva sperme?

☐ Ne ☐ Da ☐ oralno ☐ vaginalno ☐ analno

☐ Na druga mesta:.....

Ali se je preiskovanka po dogodku

☐ tuširala ☐ kopala ☐ umivala

☐ se ni umivala

Hitra anamneza

Zadnja menstruacija? Datum: Normalna? ☐ Ne ☐ Da

Kontracepcija? ☐ Ne ☐ Da:.....

Obstoječa nosečnost? ☐ Ne ☐ Da. Gestacija:.....

Zaporedna nosečnost:..... Zaporedni porod:.....

Alergije? ☐ Ne ☐ Da:.....

Tetanus-imunizacija? ☐ Ne ☐ Da:.....

Jemanje zdravil? ☐ Ne ☐ Da:.....

Akutne/kronične bolezni? ☐ Ne ☐ Da:.....

Telesna ali duševna

prizadetost? ☐ Ne ☐ Da:.....

PREISKAVA IN ZAGOTOVITEV DOKAZNIH SREDSTEV

Če je potrebno, kri/urin (korak 7) zagotoviti na začetku preiskave (npr. za nosečniški test).

1. OBLAČILA

Slika v digitalni obliki:	☐ Ne	☐ Da	
Oblačila/čevlji zagotovljeni:	☐ Ne	☐ Da	☐ So bila zamenjana.
Spodnjice zagotovljene:	☐ Ne	☐ Da	☐ So bile zamenjane.
Vložek zagotovljen:	☐ Ne	☐ Da	☐ Ni na voljo.
Velika papirnata podlaga pri slačenju zagotovljena:	☐ Ne	☐ Da	

2. ORALNI BRIS

(Zagotovitev sledi glede na anamnezo/preiskavo)

2 oralna brisa: ☐ Ne ☐ Da

3. SLEDI PO TELESU

Lasje

Zlepljeni lasje odvzeti:	☐ Ne	☐ Da
Pri česanju izpadli lasje:	☐ Ne	☐ Da
Odstrženi lasje za primerjavo:	☐ Ne	☐ Da

Koža

Brisi kože odvzeti:	☐ Ne	☐ Da, kje:.....
Ugrizi:	☐ Ne	☐ Da, kje:.....

Nohti

Ali je preiskovanka storilca z nohti opraskala?	☐ Ne	☐ Da	☐ Ni prepričana.
Ali so vidne sledi pod nohti?	☐ Ne	☐ Da:.....	
Brisi podnohtja odvzeti:	☐ Ne	☐ Da	

Ali so se nohti med

dejanjem odlomili? ☐ Ne ☐ Da:.....

Ostanki nohtov zagotovljeni: ☐ Ne ☐ Da

Drugi dokazni materiali

Material odvzet: ☐ Ne ☐ Da

4. KLINIČNI PREGLED

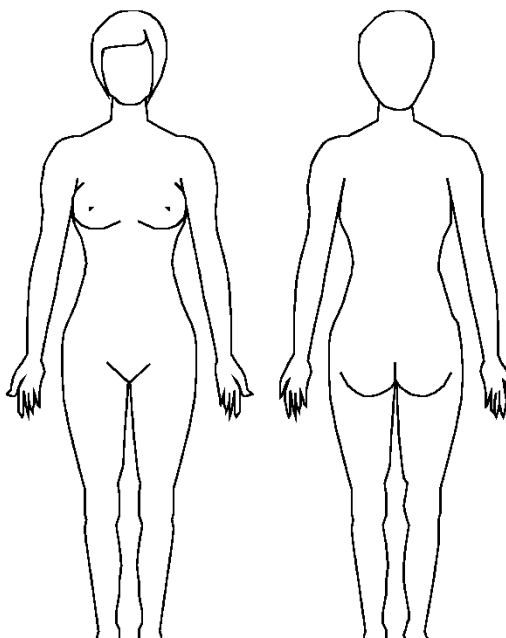
Poškodbe pred dogodkom:

☐ Ne ☐ Da:.....
☐ Ni znano.

Lokalizacija in opis poškodb

Z lasmi pokriti del glave:.....	☐ b.p.
Zobje:.....	☐ b.p.
Čelo:.....	☐ b.p.
Ustna votlina:.....	☐ b.p.
Veke/veznice:.....	☐ b.p.
Lica/brada:.....	☐ b.p.
Nos:.....	☐ b.p.
Ušesa:.....	☐ b.p.
Ustnice:.....	☐ b.p.
Vrat:.....	☐ b.p.
Rame, pazduhe:.....	☐ b.p.
Trebuh:.....	☐ b.p.
Roke:.....	☐ b.p.
Noge:.....	☐ b.p.
Prsni koš:.....	☐ b.p.
Hrbet:.....	☐ b.p.
Leva dojka:.....	☐ b.p.
Desna dojka:.....	☐ b.p.
Zadnjica:.....	☐ b.p.

Označiti tip in lokacijo poškodb



Fotodokumentacija:☐ Ne ☐ Da**Davljenje/dušenje?**☐ Ne ☐ Da:..... ☐ Ne ve.

Če da, je prišlo do omotičnosti/nezavesti?

☐ Ne ☐ Da:..... ☐ Ne ve.

Bolečine v predelu vratu?

☐ Ne ☐ Da:.....

Hripavost?

☐ Ne ☐ Da

Podplutbe?

☐ Ne ☐ Da☐ očesne veke ☐ veznice☐ ustna sluznica ☐ obraz☐ za ušesi☐ druga mesta:.....**5. ANUS IN REKTUM/ZAGOTOVITEV SLEDI**

(Zagotovitev sledi glede na anamnezo/preiskavo)

Poškodbe pred dogodkom:

☐ Ne ☐ Da:.....☐ Ni znano.

Dva brisa anusa odvzeta:

☐ Ne ☐ Da

Dva brisa rektuma odvzeta:

☐ Ne ☐ Da

Dodatni brisi rektuma:

☐ Ne ☐ Da**6. GINEKOLOŠKA PREISKAVA/ZAGOTOVITEV SLEDI**

(Zagotovitev sledi glede na anamnezo/preiskavo)

Somatski status:

Abdomen.....

Ginekološki status:

Zunanje spolovilo:.....

Nožnica:.....

Porcija:.....

Uterus:.....

D. adneksi:.....

L. adneksi:.....

Parametriji:.....

Douglas:.....

Pregled v spekulih:.....

PAPA, Kolpo:

Ginekološki UZ:.....

Poškodbe pred dogodkom:

☐ Ne ☐ Da:.....☐ Ni znano.

Razvojne stopnje po Tannerju

Razvoj dojk : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Sramne dlake: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Razvoj dojk (ženski tip): 1 = le papula nad nivojem prsnega koša. žleze niso tipne; 2 = popkasta dojka, dvig papule, tipne žleze; 3 = nadaljnje povečanje žlez in areole brez raznejitve konture; 4 = areola in papula tvorita dodatno vzpetino na žlezi; 5 = tip odrasle ženske.

Sramne dlake: 1 = brez; 2 = redko po velikih labijah; 3 = temneje pigmentirane, nakodrane; 4 = tip odrasle ženske, vendar še redke, ne prehaja na notranjo stran stegna; 5 = tip odrasle ženske, tudi po notranji strani stegna.

Zlepljene sramne dlake odvzete: ☐ Ne ☐ Da

Pri česanju izpadle sramne dlake: ☐ Ne ☐ Da

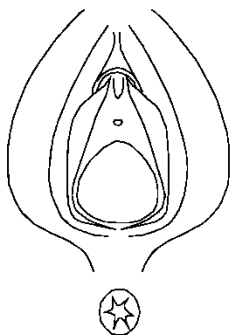
Odstržene dlake za primerjavo: ☐ Ne ☐ Da

En bris zunanjega spolovila odvzet: ☐ Ne ☐ Da

Lokalizacija in opis poškodb

Mons pubis: ☐ b.p.
Labija majora: ☐ b.p.
Labija minor/Commisura post./Fossa navicularis: ☐ b.p.
Klitoris: ☐ b.p.
Meatus urethrae: ☐ b.p.
Himen: ☐ b.p.
Vagina: ☐ b.p.
Cervix: ☐ b.p.
Perineum: ☐ b.p.
Anus: ☐ b.p.

Označi tip in lokalizacijo poškodb ali drugih sprememb:



Kolposkopska preiskava: ☐ Ne ☐ Da
Preiskava s toluidinskim modrilom: ☐ Ne ☐ Da
Fotodokumentacija: ☐ Ne ☐ Da
Tampon zasežen: ☐ Ne ☐ Da
Preiskava v spekulih: ☐ Ne ☐ Da
Dva brisa nožnice odvzeta za DNK: ☐ Ne ☐ Da
Dodatni brisi nožnice odvzeti za DNK: ☐ Ne ☐ Da
Dva brisa cerviksa odvzeta za DNK: ☐ Ne ☐ Da
Odvzet bris nožnice za citološko preiskavo: ☐ Ne ☐ Da
Odvzet bris CK za citološko preiskavo: ☐ Ne ☐ Da

7. KRVNE PREISKAVE/PREISKAVE URINA

Krvne preiskave odvzete: ☐ Ne ☐ Da
Urinske preiskave odvzete: ☐ Ne ☐ Da

8. DIAGNOSTIKA, TERAPIJA, SVETOVANJE

Diagnostika: ☐ Brez
☐ Gonoreja ☐ Klamidija
☐ HIV ☐ Sifilis ☐ Hepatitis
☐ Druge:.....
Nosečniški test: ☐ Ne ☐ Da
Profilaksa nosečnosti: ☐ Ne ☐ Da:.....

1. Hormonska nujna kontracepcija

- LNG 1,5 mg čim prej, najpozneje v 72 urah ali
- UPA 30 mg čim prej, najpozneje v 120 urah ali
- kombinirana estrogensko-progesteronska nujna kontracepcija v 72 urah: 4 + 4 tbl po 30 µg EE v razmiku 12 ur.

2. Nehormonska nujna kontracepcija

- Vstavek bakrenega IUD s 380 mm² bakra v 5 dneh po nezaščitenem spolnem odnosu oz. v 5 dneh po ovulaciji.

Preventiva pred spolno prenosljivimi okužbami (obkroži):

☐ Da: - Azitromicin (Sumamed) 1g p.o. ☐ Ne
- Ciprofloksacin (Ciprobay) 500 mg p.o.
- Drugo:.....

Oskrba poškodb:

- Travmatolog:.....
- Tetanus cepivo: ☐ Ne ☐ Da

Psihološka podpora in ukrepi:

- napotitev k psihiatru ☐ Ne ☐ Da
- napotitev h kl. psihologu ☐ Ne ☐ Da

Konec preiskave

Datum:

Ura:

Ključna navodila

Bodite pozorni, da je izpolnjena glava in noga vsake strani formularja ter da so

1. oblačila zapakirana v papirnati vreči, ki je zapečaten in jasno označen;
2. krvne in urinske preiskave zapakirane v plastični vreči, zapečatene, jasno označene.

Dokazna sredstva je treba predati preiskovalnemu upravnemu organu. Če to ni takoj mogoče:

- sledi dokazov in vrečo z oblačili hraniti na suhem na sobni temperaturi;
- plastično vrečo s krvnimi in urinskimi preiskavami hraniti globoko zamrznjeno.

Literatura

Kazenski zakonik (KZ-1). Ur list RS 55/2008. Dosegljivo na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlurid=20082296>.

Pinter B, Grebenc M, Štolfa Gruntar A. Ambulantni protokol v primeru posilstev. Ljubljana: Ginekološka klinika UKC Ljubljana; 2006. p. 1–5.

Takač I, Bizjak T, Arko S. Priporočila za obravnavo posiljene osebe. Med Razgl 2013; 52: 107–21.

Takač I, Bizjak T, Arko S. Vprašalnik za obravnavo žrtve spolne zlorabe. Zdrav Vestn 2013; 82: 326–38.

Bates CK. Evaluation and management of adult sexual assault victims. UpToDate 2012. Dosegljivo na: www.uptodate.com.

Linden JA. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. N Engl J Med 2011; 365: 834–41.

Ministrstvo za notranje zadeve. Zavarovanje bioloških sledi za preiskave DNK – Navodilo. Ljubljana: Center za kriminalističnotehnične preiskave, Oddelek za biologijo; 2001.

Zdravniška zbornica Slovenije. Iz zakonodaje. Pričanje ali izvedenstvo. ISIS avgust-september 2009. p. 10.

Drobnič K. Priporočila za zavarovanje bioloških sledi pri kaznivih dejanjih zoper spolno nedotakljivost pri preiskavah DNK. ISIS maj 2004. p. 40–3.

Bizjak Ogrinc U, Korošec S, Pinter B. Smernice za rabo nujne kontracepcije. Zdrav Vestn 2011; 80: 727–33.

Posebnosti kliničnega pregleda pri spolni zlorabi otrok

Barbara Požlep

Uvod

Spolna zloraba otrok je problem epidemičnih razsežnosti. Vsako leto naj bi bil 1 % vseh otrok spolno zlorabljen. Po podatkih naj bi bila prijavljena manj kot vsaka deseta spolna zloraba otroka. Najpogosteje so spolno zlorabljene predpubertetne deklice, po drugi strani pa naj bi bilo manj verjetno, da bo, če gre za dečka, ta o zlorabi povedal. Žrtve so lahko iz vseh socialnih, kulturnih in ekonomskih okolij, nekatere okoliščine pa kljub temu tveganje za spolno zlorabo povečajo. To so neprimerni odnosi staršev do otrok ali staršev med seboj ter prisotnost nebiološkega starša (moškega) v družini.

Potreba po ocenjevanju verjetnosti spolne zlorabe na osnovi kliničnega pregleda žrtve, najsi bo to otrok ali odrasel, je spodbudila številne polemike in nastanek mnogo člankov, a zelo malo jih dejansko temelji na raziskavah, podprtih z dokazi. Pomembno dejstvo, ki bistveno oteži ocenjevanje verjetnosti spolne zlorabe, je pogosta časovna oddaljenost. Ocenjevati možnost spolne zlorabe na osnovi fizičnih sprememb anogenitalnega predela je zelo težavno, pa se kljub temu zdravniške ugotovitve (špekulacije) na sodišču pogosto skušajo uporabiti kot »dokaz«. Zato je zelo narobe, če se možni znaki spolne zlorabe identificirajo kot dejanski dokazi.

Kaj je normalno?

Pediatr John McCann je že leta 1990 v reviji ameriškega združenja pediatrov *Pediatrics* objavil raziskavo, v kateri je naključno preverjal anogenitalno anatomijo pri deklicah, starih od 10 mesecev do 10 let, brez suma spolne zlorabe. Starši deklic so izpolnili vprašalnik o gastrointestinalnih in urinarnih težavah, motnjah obnašanja in čustvovanja ter neobičajnem zanimanju za spolnost.

Pri deklicah so nato s kolposkopom pregled opravili trije strokovnjaki v treh različnih položajih (na hrbtu, s horizontalno trakcijo labij in brez nje) ter v položaju kolena-komolci. Videz spolovila se namreč precej spremeni glede na položaj med pregledovanjem. Opisovali

so spremembe, ki so jih prej natančno definirali: eritem, povečana vaskularizacija, izolirana vaskularizacija, perinealne raphe, bled predel v fossi navicularis, periuretralne in perihimenalne tračke, folikli (drobni mehurčki na ali ob himnu, ki vsebujejo limfo), himenalni izrastki, izboklinice in zareze... Ugotovili so, da se vse zgoraj navedeno najde tudi pri »zdravi« populaciji, da npr. velikost himenalne odprtine le deloma korelira s starostjo. Sklenili so, da naj bo zavedanje o teh ugotovitvah kot neprestano opozorilo, da dokazovanje spolne zlorabe ne more sloneti na ugotovitvah fizičnega pregleda, temveč predvsem na verodostojnih podatkih, pridobljenih od otroka.

Spolna zloraba ni diagnoza

Spolna zloraba ni diagnoza, temveč dogodek. Zloraba otroka lahko zajema vse oblike oralno-genitalnega, genitalnega ali analnega dotikanja ali različne vrste penetracije, zlorabe brez dotikanja, med katere sodijo razkazovanje, ogledovanje, snemanje ipd. Razumljivo je, da zelo pogosto niti ni mogoče prepoznati fizičnih sledov, četudi bi te iskali takoj po dejanju, pa to sama dejanja ne dela nič manj grozljiva in vredna preganjanja. Še tako nenavadna najdba, kot je infekcija, ki se praviloma prenaša spolno, ne pomeni avtomatično spolne zlorabe. Večina otrok (po podatkih *Sapp & Vandeven 2005* več kot 95 %), ki so pripeljani na pregled, tako nima nobenih ali pa le nespecifične znake. Takšne so tudi ugotovitve v večini objavljenih študij. Razlogi so v »neinvazivnih« oblikah zlorabe ter hitrem zazdravljenju anogenitalnega predela brez rezidualnih poškodb. Kljub vsemu so ugotovili, da je odstotek nenormalnih sprememb na spolovilu, vidnih ob pregledu, višji, če se je zloraba zgodila v zadnjih 72 urah, kar pa se v praksi pri otrocih zgodi le izjemoma. Večja verjetnost za specifične spremembe je bila pri deklicah, starejših od 11 let, pri katerih so ugotavljali himenalne raztrganine ...

Danci so v svoji študiji, objavljeni leta 2010, primerjali, kako korelira medicinska ugotovitev ob pregledu s končno obsodbo storilca. Njihov forenzični postopek je trajal eno uro in je zajemal pregled od nog do glave. Uporabljali so kolposkop, torej povečavo, ter fotoaparata za dokumentiranje. Biološke dokaze so jemali le, če je minilo manj kot 72 ur (seme, DNK). Anogenitalne ugotovitve so razdelili na: nenormalne (npr. praske, fissure, himenalne razpoke, laceracije, analna dilatacija), nespecifične (eritem, ekcem) in normalne. Študija je pokazala, da ni statistično pomembne korelacije med najdbo nenormalnih znakov na anogenitalnem predelu ter dejstvom, ali je prišla zadeva do sodišča in ali je prišlo do obtožbe storilca. Napovedni dejavniki za obtožbo so bili: priznanje storilca, večja starost žrtve (lažje povedo, časovni odmik pomeni več prič), trajanje zlorabe in to, ali je bila žrtev deček, kar je presenetilo tudi njih. Kredibilnost anamneze in pričanja je bila tako bistveno pomembnejša od prisotnosti fizičnih znakov. Storilci, obtoženi spolnega dejanja nad otrokom, mlajšim od 3 let, so bili praviloma oproščeni.

Anamneza

Pridobiti verodostojne in nepristranske podatke od otroka je najpomembnejši del ugotavljanja spolne zlorabe. Otroka naj bi zato praviloma izprašala izurjena oseba, po možnosti enkrat, in to temeljito. V pomoč so za to posebej prirejene lutke, na katerih otrok pokaže stvari, ki jih morda sploh ne bi znal povedati. Okolje mora biti tiho in varno, saj je lahko vsako podoživljanje dogodkov za otroka šok. Govorimo umirjeno in ne kažemo pretresenosti ali zgražanja, saj otroci pogosto sploh ne vedo, da je bilo pri ravnanju z njimi kaj narobe. Tako jih namreč prepričajo storilci. Ne postavljamo sugestivnih vprašanj. Povedano je v forenzične namene najbolje zapisati »verbatim«. Anamnestični del pregleda je torej po možnosti opravljen pred prihodom v medicinsko ustanovo.

Medicinski del pregleda je lahko nujen ali odložen. Cilj pregleda je iskati in prepoznati spremembe in poškodbe, iskati in zavarovati morebitne forenzične dokaze in predvsem pri starejših iskati spolno prenosne okužbe in preprečiti nosečnost. Pri urgentnem pregledu je posebej pomembno čim natančneje izvedeti, kaj se je zgodilo otroku in na katerih mestih njegovega telesa, da vemo, kje sploh iskati forenzične dokaze (koža, usta, spolovilo, anus). Če je le mogoče, otroka tega ponovno ne sprašujemo oz. pustimo, da otrok pove sam.

Ob samem pregledu si je poleg fizičnih ugotovitev smiselno zapisati VSE okoliščine, ki bi mogle biti predmet vprašanj na sodišču. Npr.: kdo je otroka pripeljal, je bil otrok prestrašen, se je sproščeno pogovarjal, mu je spremljevalec polagal odgovore v usta in mu prigovarjal, kaj naj pove oz. namesto njega odgovarjal, se je morda otrok spremljevalca bal. Nujno je zapisati vse, kar otrok pove. Anamnezo s strani spremljevalca je bolje jemati brez prisotnosti otroka. Treba je vprašati o času in okoliščinah prvega suma na zlorabo. Ciljno nato sprašujemo še o:

- gastrointestinalnih težavah (odvajanje, nočno mokrenje, zaprtje, krvavitve, bolečine ...),
- spremembah v obnašanju (nočne more, glavoboli, strahovi, motnje spanja in koncentracije, jokavost, agresija, pretirana sramežljivost, učne težave, strah pred slačenjem npr. pri telovadbi ...),
- neobičajno zanimanje za spolnost (masturbacija, pretirano poznavanje spolnosti in izrazov, zanimanje za svoje spolne organe in prijemanje odraslih ...).

Fizikalni pregled

Ali bo spremljevalec prisoten pri pregledu, naj bo, če se le da, otrokova izbira. Povemo, da imajo tak pregled tudi odrasli in da bomo pogledali, ali je »vse v redu«. Razložimo mu, kaj bomo storili, saj se lahko ustraši že mize in močne luči. Če to ni mogoče, lahko sedi tudi

npr. v maminem naročju, vendar je takrat vidljivost že tako subtilnih sprememb mnogo slabša. Pregled naj bi zajemal telo od »nog do glave«.

Iščemo poškodbe, odrgnine, podplutbe. Označimo si morebiti že prisotne sekundarne spolne znake. Iščemo prisotnost bradavic, razjed. Pogledamo usta (opraskanine in odrgnine neba, raztrganine frenulma), prsi, notranjo stran stegen.

Anogenitalni predel običajno pregledujemo na hrbtu, v položaju žabice, s trakcijo labij v horizontalni smeri narazen in navzdol.

- Prikazati si moramo **himen**, njegove robove in himenalno odprtino, kar ni vedno enostavno, posebej če se otrok brani. Lahko si pomagamo z brizgo z vodo. Pregled za otroka ne sme biti dodatna travma. Predpubertetni himen je zelo občutljiv, zato se ga čim manj dotikamo. Če ugotovimo defekte, zaceljene razpoke ali sumljive spremembe, včasih pomaga, če otroka obrnemo na trebušček in kolena, takrat si lahko spolovilo prikažemo drugače. Ocena integritete himna ni preprosta. Fiziološko so lahko prisotne zareze in razpoke, ki naj ne bi presegale polovice debeline himna, vendar o tem, kaj je še »normalno«, ni pravega soglasja. Zelo sumljive so odrgnine in raztrganine, ki segajo na mejo himna in vestibuluma, ter sinehije himna z malimi sramnimi ustnami, ki naj bi nastane zaradi celjenja poškodb. Intakten himen je kljub temu pogost pri deklicah, ki povedo, da je prišlo do vaginalne penetracije. V raziskavi med 506 dekleti, starimi od 5 do 17 let, pri katerih je prišlo do penetracije celo večkrat, pri večini ni bilo nobenih znakov zlorabe.
- Iščemo še morebitne brazgotine ali fissure v **fosi navicularis**. S posebno drobno vatrano palčko lahko odvzamemo bris nožnice na patogene bakterije. Bris vulve v večini primerov ni smiseln. Kadar gre za izcedke, podatke o penetraciji, podatke o ejakulaciji ali celo na željo staršev opravimo testiranje na spolno prenosljive okužbe.
- Ne pozabimo na predel **perineja in anus**. Ta lahko, če ima otrok zelo razkrečene noge in zelo polno ampulo, rahlo zija, vendar je v praksi pogosto težko oceniti, kaj je še fiziološko. Ob prazni ampuli je zelo sumljiva dilatacija nad 20 mm. Najlažja je ocena, če otrok leži na boku in mu za hip dvignemo nogico. Ob tem pride do relaksacije sfinktra in vizualizacije analnega kanala. Ob sumu se priporoča tudi test na okultno krvavitev. Sumljive so oteklina in modre podplutbe anusa, a te lahko izginejo že po 48 urah. Laceracije anusa se zabrazgotinijo in jih težko prepoznamo. Sumljive so predvsem sveže laceracije zunajmedialne linije.

Starši pogosto ali celo vedno pričakujejo, da bomo s pregledom ugotovili, ali je bil otrok zlorabljen ali ne. Pomembno je, da vedo, da so fizični znaki redko prisotni celo takrat, ko

otrok poroča o vaginalni ali analni penetraciji (po podatkih le pri 5–15 %). Pridobitev forenzičnih dokazov v primeru svežega dogodka je neprecenljive vrednosti.

Diferencialna diagnoza

Škoda, povzročena žrtvi s spolno zlorabo, je grozovita in neizbrisna, prav tako pa krivična obtožba »storilca«, ki tudi njega ali njo zaznamuje za vse življenje. Žrtev (otrok) lahko dejansko misli in v resnici verjame, da je bila zlorabljen, če se jo na to napeljuje in zlorablja v namene medsebojnega obračunavanja. Zato je v diferencialni diagnozi nujno pretehtati tudi druge možne vzroke, še posebej takrat, ko so vidni znaki nespecifični, kadar je sum postavljen na podlagi sprememb v otrokovem obnašanju in kadar otrok sam ni pripravljen poročati o zlorabi.

Upoštevati je tako mogoče: *poškodbe* (zadrgnjenje s pasovi, zadrgami, tujki...), *infekti* (streptokoki, glivice, gliste, molusca in običajne bradavice), *kožne bolezni* (seboroični in kontaktni dermatitis, nespecifični vulvovaginitis, razne oblike lišajev, psorize in drugih redkejših kožnih obolenj, predvsem hemangiomov). Redko lahko najdemo tudi *analne spremembe* (ohlapen anus) zaradi kroničnega zaprtja, rektalne fissure in hemoroide. Na *sečilih* najdemo delni prolaps distalne sečnice, predvsem pri predpubertetnih deklicah, ali pa v nožnici sarcoma botrioides, ki ga najdemo zelo redko, a skoraj izključno pri otrocih.

Zaključek

Žrtve spolne zlorabe med otroki so najpogostejše deklice pred puberteto. Storilci so najpogostejše znani moški. Otroci – domnevne žrtve spolne zlorabe – naj bodo deležni skrbnega pregleda. Ta naj vključuje skrbno anamnezo, ki jo mora izvesti posebej izurjen izpraševalec, in karseda natančna, hkrati pa mora biti to čim manj travmatičen pregled. V več kot 95 % pri pregledu otroka ne najdemo sprememb ali pa so te zgolj nespecifične, zato je pomembna korelacija le-teh s spremembami v njegovem obnašanju, s sumljivimi okoliščinami ter predvsem z otrokovo pripovedjo. V posebnih primerih, ko je od dogodka minilo manj kot 72 oz. 24 ur, je treba zavarovati in odvzeti tudi sveže sledi oz. fotodokumentirati dokaze. Primerno je, da vsaj za hip pomislimo tudi na druge možne vzroke za nastalo stanje.

Literatura

Hansen LA, Mikkelsen SJ, Sabroe S, Charles AV. Medical findings and legal outcomes in Sexually Abused Children. J Forensic Sci 2010; 55: 141–9.

McCann J, Wells R. Genital Findings in Prepubertal girls Selected for Nonabuse: A Descriptive Study. Pediatrics 1990; 86: 428–39.

Bechtel K, Bennet BL. Evaluation of sexual abuse in children and adolescents. Dosegljivo na: www.uptodate/store.

Kellogg N. The evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics* 2005; 116: 506–12.

Hornor G. Medical Evaluation for Child Sexual Abuse. *J Pediatr Health Care* 2011; 25: 250–6.

Psihiatrična prva pomoč ob spolnem nasilju

Brigita Novak Šarotar

Uvod

Spolno nasilje je posebna oblika nasilja nad sočlovekom, ki zaradi občutljive narave zahteva posebno obravnavo s strani različnih specialistov. Gre za travmatski dogodek, ki pomembno vpliva na človekove duševne procese, zato je ob obravnavi telesnih poškodb ustrezna tudi napotitev k psihiatru ali kliničnemu psihologu za oceno potreb glede nadaljnjega zdravljenja. Po spolnem nasilju se lahko izrazijo številni psihični in vedenjski simptomi v sklopu kriznega stanja, ki se lahko pojavi neposredno po dogodku ali tudi čez dneve, tedne ali celo mesece, simptomi se lahko izražajo z različno intenzivnostjo. Prispevek obravnava različne klinične manifestacije, ki so posledica spolnega nasilja, ter podaja osnovna navodila glede psihoterapevtskega in farmakoterapevtskega pristopa k zdravljenju.

Krizno stanje

Kriza pomeni porušenje človekovega emocionalnega ravnotežja, ki nastane po delovanju stresorja. Krize so sestavni in normalni del našega življenja, zato jih niti ne uvrščamo med bolezenska stanja sama po sebi, saj se v življenju vsi spopadamo z izgubami, boleznimi in raznimi drugimi travmatskimi dogodki. O motnji v bolezenskem smislu lahko govorimo šele tedaj, ko se pojavijo tako velike duševne in telesne spremembe, da je ogrožena integriteta osebnosti. Spolno nasilje je seveda hud stresor, ki pri večini ljudi povzroči določene psihične posledice, seveda pa je predvsem od posameznikovih sposobnosti prilagajanja in obvladovanja odvisno, kako močno se bodo le-te izrazile. Človek se znajde v kriznem stanju tedaj, ko zaznava neki dogodek ali situacijo kot neznosno do mere, ki presega njegove zmognosti obvladovanja.

Poznamo različne klinične manifestacije kriznih stanj. Mednarodna klasifikacija bolezni jih uvršča v poglavje Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. Med stresne motnje štejemo akutno stresno reakcijo (F43.0), posttravmatsko stresno motnjo (F43.1) ter prilagoditveno motnjo (F43.2).

Klinična manifestacija kriznega stanja

Kadar se krizni položaj ne razreši, se lahko klinično manifestira z različnimi simptomi in znaki ali v obliki duševne motnje.

Pogosta je anksioznost z vsemi psihološkimi in fiziološkimi značilnostmi (nemir, mišična napetost, nespečnost, hiperaktivnost, utrujenost, zmanjšanje apetita itd.). Pozornost se usmeri – prizadeti je osredotočen na en sam, pogosto irelevanten vidik svojega doživetja, npr. na različne telesne senzacije, ali pa brez pravega učinka ruminira o možnih vzrokih in rešitvah problema. Z anksioznostjo in številnimi nepredelanimi dražljaji preplavljeni ego regredira na zgodnejše, infantilno vedenje, ki ni več v skladu z realnostjo. Spremeni se časovna perspektiva, pogosto so v doživljanju pomešani sedanji, pretekli in celo prihodnji dogodki. Vsi impulzi in vse potrebe postanejo enako pomembni. Narašča občutek osamljenosti, pogosta je odtujitev od pomembnih oseb iz okolja. Prilagoditvene sposobnosti pešajo. Poveča se sugestibilnost, pride lahko do preplavljenosti z informacijami, prizadeti ima običajno veliko informacij, kako bi rešil svoj problem, vendar so te običajno dezorganizirane, zanj nekoristne in neuporabne. Zaradi občutka naraščajoče osamljenosti in občutka nemoči se stopnjuje tudi nevarnost za samomor.

Poleg opisanih splošnih znakov se v kriznem stanju, ki se razvije po spolnem nasilju, pogosto izražajo še bolj specifični simptomi s psihološkega področja. Oseba se pogosto počuti ponižano, razvrednoteno, prisotni so občutki krivde in sramu. Vzpostavi se lahko nezaupanje do drugih ali pa občutki hude jeze do napadalca. Osebe po spolni zlorabi, predvsem zaradi stigme, ki jo dejanje spolnega nasilja povzroča, težje poiščejo strokovno pomoč kot pa po kakšnih drugih izgubah.

Če motnja nastopi že med samim stresnim dogodkom ali takoj po njem, postavimo diagnozo **akutna stresna motnja**, ki je neposredno vezana na izjemno hudo telesno ali duševno stresno dogajanje. Pogosto so prisotni občutek otopelosti, občutek čustvene neodzivnosti ter nezaznavanje okolice, lahko pa se pojavijo tudi drugi disociacijski simptomi. Prizadeti se lahko spopada še s simptomi, kot so tesnoba, nemir, obup, razdražljivost, depresivnost, težave s spanjem. Človek se izogiba vsemu, kar bi ga spomnilo na stresni dogodek, ki ga pogosto podoživlja v obliki ponavljajočih se podob, misli in morastih sanj. Človekovo socialno delovanje se precej poslabša. Motnja traja največ do tri dni. Pri bolniku lahko v terapijo kratkotrajno uvedemo anksiolitik, antidepresiva praviloma ne uvajamo. Oseba v tej zgodnji fazi potrebuje predvsem varno okolje in suportivni pogovor. Psihiatrična pomoč je dostopna v urgentni in dežurni službi. Ob hudi agitaciji in suicidalni ogroženosti je indicirana tudi bolnišnična obravnava.

Posttravmatska stresna motnja nastane kot zakasnel ali podaljšan odziv na izjemno hude stresne dogodke, med katere spada tudi spolno nasilje. Znaki motnje se pokažejo v prvih treh mesecih po travmi, lahko pa zakasni več mesecev ali celo let. Pogosto se motnja začne kot akutna stresna motnja ter se nato nadaljuje v obliki posttravmatske stresne motnje. Travmatski dogodek se neprestano podoživlja v obliki podob, misli in zaznav. Pogosto so moraste sanje o stresnem dogodku, prisotna je huda duševna stiska, izogibanje dražljajem, ki so povezani s stresnim dogodkom. Pomembno je zmanjšano zanimanje za dejavnosti, prisoten je občutek odtujenosti, omejeno je čustvovanje. Pogosto so prisotne motnje spanja, razdražljivost, izbruhi jeze, težave s koncentracijo. Motnja traja vsaj mesec in povzroča hudo duševno stisko ter slabo vpliva na kakovost človekovega življenja. Indicirana je uvedba antidepresiva. Zaradi dolgotrajnega poteka motnje anksiolitiki načeloma, razen v prvih tednih, niso priporočljivi zaradi visokega potenciala razvoja odvisnosti. Predvsem se priporoča vključitev v ambulantno psihoterapevtsko obravnavo.

Prilagoditvene motnje se kažejo kot čustvene motnje, ki pomembno vplivajo na človekovo socialno delovanje in so povezane s spremembami v življenju, na katere se je človek prisiljen prilagoditi, ko se ne more spopasti s posledicami spolnega nasilja. Znaki prilagoditvenih motenj so številni: depresivno razpoloženje, zaskrbljenost, tesnoba, občutek, da ne zmore več sam razreševati vsakdanjih težav, kar je dejansko tudi zmanjšano, moteno je vnaprejšnje načrtovanje, pri mladostnikih so pogoste vedenjske motnje v obliki agresivnega ali disocialnega vedenja. Znaki se pokažejo prej kot v mesecu po stresnem dogodku in običajno ne trajajo dlje kot šest mesecev. Če so razpoložbenjski in vedenjski simptomi močnejše izraženi, je indicirana uvedba antidepresiva, izogibamo se dolgotrajnejši uporabi anksiolitikov. Bolnika v kriznem stanju, pri katerem so ob povišani anksioznosti in nemiru prisotne tudi suicidalne misli, usmerimo v bolnišnično zdravljenje.

Zaradi izpostavljenosti ekstremnemu travmatskemu stresorju lahko pride do **osebnostne motnje** oz. **trajne osebnostne spremenjenosti** pri ljudeh, ki pred to izjemno hudo izkušnjo niso imeli nobene osebnostne motenosti. Jasna je tudi povezava med stresnimi obremenitvami in povišano stopnjo **somatizacij**. Po spolnem nasilju so pogoste tudi različne **spolne motnje**.

Zaključek

Zaradi hude travmatske izkušnje se lahko pri žrtvi spolnega nasilja izrazijo znaki čustvene in vedenjske stiske. Pravočasna pomoč psihiatra in kliničnega psihologa lahko pripomore k hitrejšemu razreševanju kriznega stanja in prepreči nastanek poznih posledic na področju duševnega zdravja. V akutni krizi sta indicirana zdravljenje z anksiolitičnimi zdravili ter

suportivna psihoterapija, ob dlje časa prisotni simptomatiki in razvoju duševnih motenj pa uvedba antidepresiva in ambulantna psihoterapevtska obravnava.

Literatura

Takač I, Kos D, Arko D. Spolna zloraba. Zdrav Vestn 2012; 81:801–6.

Kocmur M. Krizna stanja. In: Brinšek B, Stamos V, eds. Urgentna stanja v psihiatriji, 1998. Begunje; 1998. p. 89–100.

Gilliland BE, James RK. Crisis intervention strategies. Belmont: Brooks & Cole Publishing Company; 1997.

Mednarodna klasifikacija bolezni, 10. revizija; Klasifikacija mentalnih in vedenjskih motenj. Ženeva: WHO; 1992.

Novak Šarotar B, Zajc P. Stres in z njim povezane psihične motnje. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik. 1. izdaja. Ljubljana: Rokus Klett; 2009. p. 244–8.

Duševne posledice spolnega nasilja

Vislava Globevnik Velikonja, Ivan Verdenik

Uvod

Kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost so dejanja spolnega, fizičnega in psihičnega nasilja in pomenijo za žrtve enega najhujših posegov v njihovo osebnostno celovitost ter vplivajo na njihovo telesno, psihično in reproduktivno zdravje. Po podatkih Organizacije združenih narodov je do 70 % žensk v svojem življenju kdaj žrtev nasilja, vsaka peta ženska je kdaj v življenju žrtev posilstva ali poskusa posilstva in več kot polovica žrtev je v času prve spolne zlorabe mlajših od 18 let. Veliko nasilja se dogaja v domačem okolju, najpogosteje se govori o nasilju s strani intimnega partnerja, in študija Svetovne zdravstvene organizacije kaže, da prizadene v splošnem tretjino žensk. Nasilje nad ženskami, tako s strani neznancev kot intimnega partnerja in znotraj družine, je za mnoge zasebni problem, saj imajo ženske pogosto občutek sramu, strahu in krivde in prav zato ne govorijo o nasilju, ki tako ostaja prikrito in nekaznovano.

Nacionalna raziskava o nasilju v zasebnem okolju v Sloveniji je pokazala, da je od 15. leta starosti spolno nasilje v partnerski zvezi in intimnih razmerjih doživelo 6,5 % žensk, v zadnjih 12 mesecih pa 1,5 %. Najpogostejša oblika spolnega nasilja je bilo neželjeno spolno dotikanje, sledili so prisiljen spolni odnos, posilstvo v partnerstvu, uporaba določenih predmetov brez privolitve ženske, preprečitev jemanja kontracepcijske zaščite in prisila v umetno prekinitev nosečnosti. Tudi nosečnice so žrtve nasilja, večinoma s strani intimnega partnerja, s prevalenco od 4 do 8 %. Partnerji nad nosečnicami najpogosteje izvajajo psihično nasilje, prisotno pa je tudi fizično nasilje, ki je pogostejše pri ženskah z nižjim socialno-ekonomskim statusom, z nižjo stopnjo socialne podpore, pri prvorodkah ter v primeru neželene nosečnosti. V Sloveniji je 5,5 % žensk nasilje doživelo tudi v času nosečnosti.

Ne glede na to, kako ponižujoče in škodljivo ženske opisujejo fizično in spolno nasilje, pravijo, da je psihično nasilje, ki pogosto spremlja tovrstno nasilje, še bolj boleče, ker vpliva na njihove občutke lastne vrednosti, težave v spolnosti in starševske sposobnosti.

Posledice spolnega nasilja

Spolno nasilje ima pogosto škodljive in dolgotrajne posledice za žrtve, njihove družine in družbo. Vpliva na posameznikovo telesno (tudi reproduktivno), psihično in socialno zdravje ter vedenje, povezano z zdravjem. Posilstvo kot najhujša oblika spolnega nasilja ni vedno povezano s fizičnim nasiljem, čeprav so znane tudi smrti zaradi posilstva. Nosečnosti, ki so posledica posilstva, so neželene in lahko vodijo v splave (tudi nelegalne). Dolgoročne posledice spolnega nasilja na telesni ravni so: kronična pelvična bolečina, predmenstruacijski sindrom, motnje prebavnega trakta, ginekološki in nosečnostni zapleti, glavoboli in migrene, bolečine v hrbtu, obrazne bolečine, invalidnost, spolno prenosljive okužbe.

Duševne posledice spolnega nasilja

Različnost psihičnih posledic je očitna v variabilnosti in resnosti (od blagega distresa do življenje ogrožajočih posledic), času (takojšnje in odložene), trajanju (kratkotrajne in dolgotrajne) in vrsti posledic (psihični simptomi, neprilagojeno vedenje). Ta različnost odziva je odvisna od značilnosti nasilnega dejanja, značilnosti okolja, posameznikovih lastnosti in dostopnosti socialne podpore in pomoči.

Med takojšnje posledice spolnega nasilja sodijo: šok, zanikanje, strah, zmedenost, anksioznost, izogibanje, občutki krivde, živčnost, nezaupanje drugim, simptomi posttravmatske stresne motnje (PTSM – izpostavljenost travmatskemu dogodku, ki izzove intenziven strah, nemoč ali grozo in vrsto simptomov, kot so podoživljanje in sanjanje dogodka, izogibanje vsemu, kar je povezano z dogodkom, otrplost, neodzivnost ali povečana čuječnost ob zaznani grožnji). Dolgoročne posledice vključujejo depresijo, samomor ali poskus le-tega, odtujitev, PTSM. Pri večini žrtev se psihični simptomi zmanjšajo po nekaj mesecih, pri manjši skupini pa trajajo več let. Pri odraslih žrtvah se psihični simptomi lahko spregledajo, pogosto pa se pojavljajo somatoformne motnje, dismorfna telesna motnja (preobremenjenost s telesnim videzom), spolna disfunkcija, motnje hranjenja, ekstremno telesno tetoviranje in piercing (kompulzivno pohabljanje telesa). Dejavniki tveganja za hujše psihične posledice so poleg teže spolne zlorabe še pridruženo fizično in verbalno nasilje, ločitev in škodljivo družinsko okolje v otroštvu, depresija in zloraba alkohola v anamnezi. Spolno nasilje vpliva tudi na napete odnose žrtve z družino, prijatelji in intimnim partnerjem. Posledično dobijo manj podpore, imajo manj stikov z njimi ter manjšo verjetnost za poroko.

Nezdrava vedenja: visoko tvegano spolno vedenje (nezaščiteni spolni odnosi, zgodnji začetek spolnega življenja, izbira nezdravih spolnih partnerjev, promiskuitetnost, prostitucija), uživanje psihoaktivnih snovi (kajenje, alkohol, droge ...) in motnje hranjenja (stradanje,

bruhanje, zloraba tablet za hujšanje, prenažiranje) so na eni strani posledice spolnega nasilja, po drugi strani pa dejavniki tveganja za ponovno spolno zlorabo.

Smiselno je ločiti spolno nasilje v otroštvu od spolnega nasilja v odraslosti, saj je spolnega nasilja nad otroke več, kot si običajno predstavljamo, in je pogosto povezano s psihičnimi posledicami, ki se nadaljujejo v odraslost. Prav tako se psihične posledice spolnega nasilja v otroštvu razlikujejo od posledic spolnega nasilja v odraslosti.

Pri žrtvah spolne zlorabe v otroštvu obstaja 5-krat večje tveganje za razvoj PTSM. Prav tako so pogostejše depresivne, suicidalne in imajo druge psihične motnje, pogostejše zlorablajo alkohol in imajo več motenj hranjenja pozneje v življenju. Zloraba v otroštvu vpliva na razvojne procese, kot je sposobnost vzpostavljanja in vzdrževanja medosebnih odnosov. Tako imajo ene težave zaradi pomanjkanja spolnega interesa in redke tesne stike, druge pa nasprotno razvijejo visoko tvegano spolno vedenje v smislu promiskuitete ob posnemanju vedenjskih vzorcev storilca. V odraslosti razvijejo vrsto zaščitnih vedenj, ki jim pomagajo obvarovati se pred negativnimi občutki, mislimi in notranjimi konflikti, kar včasih vodi v dodaten stres (spremembe v zavedanju in spominu, transu podobna stanja, v katerih se to dogaja nekomu v sanjah ali v filmu). Ekstremne oblike spolnega nasilja lahko vodijo v osebnostne motnje, najpogostejše v osebnostno motnjo borderline, ki jo označujejo slaba prilagojenost in nefleksibilnost, nestabilnost odnosov, ciljev, vrednot, razpoloženj, suicidalni poskusi, samodestruktivno ter drugo impulzivno vedenje (zloraba drog, nezaščiteni spolni odnosi). Pri adolescentkah so ugotovili povezavo med posilstvom ter motnjami spanja, depresivnimi simptomi, telesnimi pritožbami, kajenjem in vedenjskimi problemi (agresivno vedenje, tatvine, izostajanje iz šole, brezdelje). Če niso dobile svetovanja ob travmi, so negativni psihološki učinki trajali vsaj leto po posilstvu, medtem ko so težave fizičnega zdravja začele po tem času upadati. Ponavljajoča se spolna zloraba v otroštvu vodi v hujše posledice v odraslosti. Če je prišlo do razkritja spolne zlorabe z zamikom več kot enega meseca ali razkritja sploh ni bilo, je bilo tveganje za PTSM in depresijo veliko večje. Podporno družinsko okolje, ki ne zlorablja, ter mamino zaščitno vedenje sta velik zaščitni dejavnik pri napovedovanju posameznikovega izida. Tudi podporen odziv partnerja ima pozitiven učinek na zdravje ženske. Pri žrtvah spolne zlorabe v otroštvu obstaja večje tveganje za ponovitev zlorabe v odraslosti in te, ki so bile ponovno travmatizirane, imajo hujše psihične posledice.

Raziskava NANOS in izsledki o spolnem nasilju

Na Ginekološki kliniki v Ljubljani smo leta 2014 opravili raziskavo Nasilje med nosečnostjo – NANOS (Velikonja V, Lučovnik M, Premru Sršen T, Leskošek V, Krajnc M, Pavše L, Verdenik I), v kateri je z izpolnitvijo anonimnega vprašalnika (prevod in priredba

NorAQ) v trimesečnem obdobju sodelovalo 1018 žensk po porodu, kar je bil 80-odstotni odziv glede na razdeljene ankete.

O fizičnem nasilju kadarkoli v preteklosti je poročalo 29,2 %, psihičnem 26,1 %, spolnem 7,6 % in o nasilju s strani zdravstvenih delavcev 16 % žensk. Žrtve spolnega nasilja so bile v starostnem razponu od 4 do 30 let. Prisotne so bile različne komponente spolnega nasilja (dotikanje genitalij 6,1 %, posilstvo 3 %, dotikanje telesa v seksualnem smislu 5,4 %, siljenje v gledanje seksualnih vsebin 1,4 %), zaradi tega na neki način še vedno trpi 80,8 % žensk. Pomoč je poiskalo le 25 % žensk, od teh, ki niso poiskale pomoči, jih je zelo trpelo 30,3 %. Večinoma so bili storilci bližnji: nekdanji partner, očim, oče, brat, vrstniki ... Na delovnem mestu so bile žrtve spolne zlorabe v 5,3 %.

Med nosečnostjo je doživelo fizično nasilje 1,2 % vprašanih, psihično 4,6 % in zlorabo s strani zdravstvenih delavcev 10 %. O spolnem nasilju v nosečnosti, sodelujoče v raziskavi niso poročale. Doživeto nasilje se pomembno povezuje tudi z nosečnostjo in porodom. Ženske, ki so bile fizično zlorabljene v nosečnosti, in tiste, ki so doživele zlorabo s strani zdravstvenih delavcev v otroštvu, so večkrat rojevale otroke z nižjo gestacijsko starostjo. Otroke s pomembno nižjo porodno težo so rojevale ženske s spolno zlorabo v otroštvu in zlorabo s strani zdravstvenih delavcev v nosečnosti. Porod s carskim rezom so imele večkrat ženske s psihično in spolno zlorabo v otroštvu, nasiljem s strani zdravstvenih delavcev v nosečnosti ter tiste, ki so bile deležne kakršnekoli zlorabe v nosečnosti in psihične zlorabe kadarkoli. Zanimivo pa je, da so ženske, ki so bile žrtve fizične in spolne zlorabe v odraslosti, večkrat rodile vaginalno.

Posebej so nas zanimala posledice spolne zlorabe. Ženske, žrtve spolne zlorabe kadarkoli, so imele v anamnezi več umetnih splavov in so se pred to nosečnostjo večkrat zdravile zaradi težav s plodnostjo. Spolno zlorabljene ženske (tako v otroštvu kot v odraslosti in tiste, ki še kakorkoli trpijo za posledicami spolne zlorabe) so večkrat iskale pomoč pri psihologu ali psihiatru, večkrat poročale o nespečnosti, anksioznosti, vsiljivkah in izogibalnem vedenju.

Zaključek

Nasilje je javnozdravstveni in socialni problem in le z usklajenim delovanjem vseh področji (raziskave, zdravstvo, sodstvo, socialna dejavnost, izobraževanje) lahko zmanjšamo problem nasilja nad ženskami (primarna preventiva). Zdravstveni sistem ima edinstveno možnost pri preprečevanju nasilja nad ženskami, predvsem prek storitev reproduktivnega zdravja, do katerih večina žensk dostopa v določenem obdobju svojega življenja. Potrebno je, da ženske, ki so doživele nasilje, ne bodo stigmatizirane ali obtožene, da bodo ob zagotovljeni zaupnosti in varnosti dobile primerno zdravstveno oskrbo in drugo pomoč za zmanjšanje psihičnih

posledic (sekundarna preventiva), v primeru razvoja psihičnih motenj zaradi zlorabe pa ustrezno terapevtsko pomoč (terciarna preventiva). Faktorji, ki vplivajo na to, ali bodo ženske razkrile svojo izkušnjo nasilja, so sposobnost in interes osebja, da sprašuje o nasilju, stopnja ozaveščenosti med splošno populacijo in zasebnost v primeru spraševanja o nasilju. Raziskave so tudi pokazale, da je potrebno, da ženske o nasilju vprašamo večkrat, ne samo ob eni priložnosti, saj je včasih potreben čas, da razkrijejo izkušnjo nasilja.

Literatura

Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Chan KL, Santos SC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *Violence Against Women* 2011; 17(7): 858–81.

Yuan NP, Koss MP, Stone M. The psychological consequences of sexual trauma. National On-line Resource Center on Violence Against Women. 2006.

de Bruyn M. Violence, pregnancy and abortion. *Issues of women's rights and public health*. Chapel Hill, NC: Ipad, 2003.

Leskošek V. The health condition of female victims of violence. *Zdrav Var* 2012; 52(2): 148–56.

Velzeboer M, Ellsberg M, Arcas CC, García-Moreno C. Violence against women: The Health Sector Responds. Washington: Pan American Health Organization, 2003.

Sexual violence (Chapter 6). *World report on violence and health*, 2002. Dosegljivo s spletne strani 19.10. 2014: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap6_eng.pdf?ua=1

Prijavna dolžnost zdravstvenih in drugih delavcev ob spolnem nasilju

Jože Balazšic

Uvod

Spolno nasilje je kaznivo dejanje, ki ga obravnava Kazenski zakonik (KZ-1) v devetnajstem poglavju z naslovom Kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost. Eden izmed členov obravnava posebej tudi spolno nasilje na splošno ter spolni napad na osebo, mlajšo od 15 let. Oba člena zakona natančno opredeljujeta obstoj samega kaznivega dejanja. Podatki o spolnem nasilju so zbrani pri policiji, ki obravnava tovrstna kazniva dejanja v predkazenskem postopku, ko zazna elemente tovrstnih kaznivih dejanj. Dejanje samo prijavi oseba, nad katero je bilo izvršeno, ali zdravstveni delavci, ki se pri svojem delu srečajo s sumom takega kaznivega dejanja. Iz policijskih evidenc, ki so javno dostopne, je razvidno, da je bilo v letu 2013 49 primerov kaznivega dejanja spolnega nasilja in kar 168 primerov kaznivega dejanja spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let. Lanska statistika kaže, da je bilo v prvem primeru raziskanih 40 primerov, v drugem pa 149 primerov. V primerjavi z letom 2012 je pri obeh kaznivih dejanjih opazno malenkost pogostejše pojavljanje.

Iz zdravstvenih evidenc je za leto 2013 razvidno, da je bilo pri kaznivem dejanju spolnega nasilja s strani zdravstvene službe prijavljenih 23 primerov. Ti podatki niso popolni, saj jih je izredno težko pridobiti. Nasprotno pa so bile prijave na področju spolne zlorabe otrok, mlajših od 15 let, številnejše in neformalni podatki govorijo o 143 prijavah suma tega kaznivega dejanja (največ pediatrija, nato ginekologija).

Prijavna dolžnost zdravstvenih delavcev

Pri zaznavi kaznivega dejanja ali suma kaznivega dejanja spolnega nasilja za zdravstvene delavce veljajo zahteve Zakona o kazenskem postopku (ZKP), ki v 145., 146. in 147. členu opredeljuje t. i. prijavno dolžnost oziroma naznanitev kaznivega dejanja.

Čl. 145 ZKP

(1) Vsi državni organi in organizacije z javnimi pooblastili so dolžni naznaniti kazniva dejanja, za katera se storilec preganja po uradni dolžnosti, če so o njih obveščeni ali če kako drugače zvedo zanje.

(2) Obenem z ovadbo morajo organi in organizacije iz prejšnjega odstavka navesti dokaze, za katere vedo, in poskrbeti, da se ohranijo sledovi kaznivega dejanja in predmeti, na katerih ali s katerimi je bilo kaznivo dejanje storjeno, ter druga dokazila.

Čl. 146 ZKP

(1) Vsakdo lahko naznani kaznivo dejanje, za katero se storilec preganja po uradni dolžnosti.

(2) Zakon določa, kdaj pomeni opustitev ovadbe kaznivega dejanja sama kaznivo dejanje.

Čl. 147 ZKP

(1) Ovadba se poda pristojnemu državnemu tožilcu pisno ali ustno.

(2) Če je ovadba ustna, je treba ovaditelja opozoriti na posledice krive ovadbe. O ustni ovadbi se napravi zapisnik, če je bila sporočena po telefonu, pa uradni zaznamek.

(3) Če je ovadba podana sodišču, policiji ali nepristojnemu državnemu tožilcu, jo ta sprejme in takoj pošlje pristojnemu državnemu tožilcu.

Ob tej priložnosti moram posebej opozoriti na drugi odstavek 145. člena ZKP, ki govori o zavarovanju materialnih dokazov in vseh sledi, predvsem bioloških sledi, ki izvirajo iz kaznivega dejanja ali suma kaznivega dejanja. Zavarovanje tovrstnih sledi, predvsem sledi biološkega izvora, je treba opraviti z odvzemom brisov (vaginalni, rektalni bris, bris robov ran, bris kože ali drugih sluznic) in priporočljivo je dokumentirati vidne sledi s fotografiranjem.

Direktiva 2012/29/EU

Direktiva govori o določitvi minimalnih standardov na področju pravic, podpore in zaščite žrtev kaznivih dejanj – sprejeta je bila 25. 10. 2012.

Za najbolj ranljive osebe, žrtve nasilja (fizičnega, spolnega, psihičnega ...), zagotavljajo države članice EU različne vrste podpore specialističnih služb, ki vključujejo med drugim takojšnjo zdravstveno pomoč, napotitev k službam za medicinske preglede in sodnomedicinske preiskave zaradi zavarovanja dokazov pri posilstvih ali spolnih napadih, takojšnje psihološko svetovanje, pomoč po travmatski izkušnji, pravno svetovanje, posebne storitve za otroke kot posredne ali neposredne žrtve.

V skladu z direktivo smo na Inštitutu za sodno medicino ustanovili klinično forenzično ambulanto, da s forenzičnimi postopki zavarujemo, dokumentiramo in tudi svetujemo zavarovanje vseh pomembnih sledov, ki so temelj nadaljnje forenzično-kriminalistične preiskave ter izvedenstva. Ambulanta se ne ukvarja z zdravljenjem, saj je to prepuščeno drugim specialističnim medicinskim vejam. Klinična forenzična ambulanta deluje 24 ur na dan v povezavi s kliničnimi strokovnjaki – travmatolog, ginekolog, pediater, klinični radiolog, psihiater, klinični psiholog – in s kriminalistično in kriminalistično-tehnično službo. Nudi tudi svetovanje za nadaljnjo obravnavo prizadetih žrtev, njihovo triažo in povezavo s centri za socialno delo.

Zdravstvenim delavcem nudi oporo in nasvete, prav tako pa v primeru forenzične obdelave prevzame prijavno dolžnost. Forenzične preiskave oseb opravi specialist sodne medicine, ki hkrati svetuje kriminalistom, kam je po forenzični obdelavi treba napotiti žrtev kaznivega dejanja. Zdravnik sodne medicine se ima možnost povezati s kolegi klinične medicine, ravno tako pa tudi le-ti z njim. Ambulanta mora biti v skladu z direktivo na razpolago osebam, ki tovrstno pomoč potrebujejo in kaznivega dejanja niso posebej prijavile organom pregona. Dosedanja praksa kaže pozitiven odziv predvsem s strani policije, ki vedno pogosteje pripelje na forenzični pregled žrtve kaznivih dejanj. Pojavili so se dobri rezultati sodelovanja predvsem s Pediatrično kliniko in travmatološko kliniko UKC.

Literatura

Kazenski zakonik KZ-1. Ur l RS 55/2008, 50/2012.

Kolenc T, Kebe J, Bukovnik A. Kriminaliteta v Sloveniji v letu 2013. Revija za kriminalistiko in kriminologijo 2014; 3: 186.

Zakon o kazenskem postopku (ZKP-UPB8). Ur l RS 32/2012.

Direktiva 2012/29/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 25. oktobra 2012 o določitvi minimalnih standardov na področju pravic, podpore in zaščite žrtev kaznivih dejanj ter o nadomestitvi Okvirnega sklepa Sveta 2001/220/PNZ. Dosegljivo na: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/sl/TXT/?uri=CELEX:32012L0029>.

Spolna nedotakljivost in nasilje v družini

Katja Filipčič

Uvod

Slovenija se je po zgledu drugih držav sistemsko lotila obravnavanja nasilja v družini: s sprejetjem posebnega zakona, sprejetjem protokolov ravnanj različnih organov in organizacij, izobraževanjem strokovnjakov z različnih področij, oblikovanjem posebnih programov za pomoč žrtvam in obravnavanje povzročiteljev nasilja. Med oblike nasilja v družini sodi tudi spolno nasilje, ki ga praviloma spremljajo še druge oblike nasilja (fizično, psihično). V prispevku bodo prikazana pravna pravila, ki zavezuje strokovnjake iz različnih organizacij, tudi zdravstvene delavce, pri obravnavanju žrtev vseh oblik nasilja v družini, torej tudi spolnega. Tako natančnih pravil ravnanj v primerih spolnega nasilja zunaj družinske skupnosti Slovenija nima izdelanih.

Spolno nasilje kot oblika nasilja v družini – pravni vidik

Opredelitev

Slovenija je leta 2008 sprejela Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). To je prvi zakon, ki je opredelil nasilje v družini z dveh vidikov:

- določa, kdo so družinski člani in pri tem zajema zelo širok spekter možnih odnosov, za katere je značilna določena čustvena povezanost,
- opredeljuje oblike nasilja v družini, pri čemer presega klasično delitev na fizično, spolno in psihično nasilje, saj tem oblikam dodaja še ekonomsko nasilje in zane-marjanje.

Spolno nasilje je kot oblika nasilja v družini v ZPND opredeljeno kot »ravnania s spolno vsebino, ki jim družinski član nasprotuje, je vanje prisiljen ali zaradi svoje stopnje razvoja ne razume njihovega pomena«.

Temeljne usmeritve pri obravnavanju nasilja v družini

Z ZPND je Slovenija začela graditi multidisciplinarni pristop pri pomoči žrtvam nasilja v družini, kar se kaže predvsem v dolžnem sodelovanju organov in organizacij. Tako center za socialno delo (CSD) po zaznavi nasilja v družini izdela oceno ogroženosti, in če meni, da je treba pripraviti načrt pomoči, skliče multidisciplinarni tim (MDT). Načrt pomoči vsebuje naloge različnih organov in organizacij, dogovorjenih in usklajenih na MDT. CSD k sodelovanju v MDT pozove tiste organe, organizacije ter nevladne organizacije, ki bodo lahko s konkretnim delom in sodelovanjem pomagali žrtvi. Gre torej za strokovnjake, ki bodo na svojih področjih dela zagotavljali izvajanje načrta pomoči, ki ga skupno oblikuje MDT. ZPND izrecno nalaga odgovornim osebam organov in organizacij, da so na poziv CSD dolžne zagotoviti sodelovanje svojih predstavnikov.

Dolžnost prijavljanja nasilja v družini po ZPND

Država je dolžna pomagati žrtvam nasilja v družini, ker ne gre za zasebni problem, ampak za kršitev človekovih pravic. S konkretnimi ukrepi pa lahko pomaga le tistim, za katere izve. Ker žrtve iz različnih in številnih razlogov same le redko poiščejo pomoč, je ZPND uvedel prijavitveno dolžnost z namenom zagotoviti pomoč čim več žrtvam. Tako je pomembna novost ZPND uvedba dolžnosti prijavljanja centrom za socialno delo, ki po prijavi koordinira aktivnosti različnih organov. Če je nasilje v družini kaznivo dejanje, pa je ob izpolnjevanju pogojev iz kazenske zakonodaje potrebna tudi prijava policiji.

a) Obveščanje centra za socialno delo

ZPND je v 6. členu uvedel dolžnost obveščanja CSD o vseh zaznanih primerih nasilja v družini. Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini pa je v 4. členu določil tudi rok za prijavo: »Vsi organi so ob zaznavi nasilja v družini dolžni v štiriindvajsetih urah od seznanitve z okoliščinami obvestiti CSD.« Poleg tega določa še, kako se informacija o nasilju posreduje in kaj mora vsebovati, ter zavezuje CSD, da mora v petih dneh obvestiti organ, ki je posredoval obvestilo o zaznavi nasilja, o opravljenih aktivnostih. Dolžnost obveščanja CSD o nasilju v družini pa se nekoliko razlikuje, če je žrtev polnoletna ali mladoletna.

- **Žrtev je polnoletna:** ZPND ne zavezuje k obveščanju CSD posameznih strokovnjakov, ampak organe in organizacije. Pri tem pa navaja izjemo, ko dolžnosti prijave ni; kadar polnoletna žrtev izrecno nasprotuje prijavi in ne gre za kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti (pogoja morata biti podana kumulativno).

Na ta način je ZPND pri lažjih oblikah nasilja priznal avtonomijo žrtve pri odločanju o tem, ali naj se njena izkušnja z nasiljem razkrije CSD in s tem tudi drugim organom. Ob tem naj poudarim, da se vse oblike spolnega nasilja, ki so opredeljene kot kaznivo dejanje, preganjajo po uradni dolžnosti (tudi če se žrtev ne strinja s pregonom). To torej pomeni, da do navedene izjeme v primerih spolnega nasilja nad družinskim članom ne more priti in je prijava na CSD vedno potrebna, tudi ob nasprotovanju žrtve. Izvzeti so primeri izrazito blagih posegov v spolno nedotakljivost, ki niso zajeti med kaznivimi dejanji, pri katerih pa se tudi sicer zastavi vprašanje, ali sploh gre za obliko nasilja po ZPND.

- **Žrtev je otrok (oseba do 18. leta starosti):** Zakon o socialnem varstvu je že leta 1992 v 91. členu določil, da morajo organi, zavodi ter druge organizacije, ki pri svojem delu ugotovijo ogroženost otroka, o tem obvestiti CSD. ZPND pa je naložil dolžnost prijave tudi posameznikom z določbo, da je vsakdo, zlasti pa strokovni delavci v zdravstvu in zaposleni v vzgojno-izobraževalnih zavodih (VIZ), dolžan prijaviti nasilje centru za socialno delo. Posebej je poudarjeno, da se zaposleni v zdravstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodih ne morejo sklicevati na varovanje poklicne skrivnosti kot na razlog za opustitev prijave. Takšna ureditev je tudi v skladu z Deklaracijo Svetovnega zdravniškega združenja iz leta 1984.

b) Prijava policiji

ZPND določa dolžnost prijave policiji le, kadar je žrtev nasilja v družini otrok, kar pa ne pomeni, da pri polnoletnih žrtvah te dolžnosti ni; določa jo kazenska zakonodaja. Po KZ-1 je dolžnost prijave suma kaznivega dejanja odvisna od teže dejanja, ki se odraža v predpisanih kaznih. Ta dolžnost je natančneje predstavljena v drugih prispevkih posveta.

Zagate zdravstvenih delavcev pri obveznem prijavljanju nasilja

Pravne norme glede dolžnosti prijavljanja nasilja so jasne in vsi naslovniki so jih dolžni spoštovati, tudi zdravstveni delavci. Zaradi specifičnega odnosa med zdravnikom in pacientom ter nezaupanja v učinkovitost dela drugih institucij se porajajo dvomi o ustreznosti in togosti pravnih pravil in porajajo se številna vprašanja oz. pomisleki. Na primer: ali je prav, da ima dolžnost prijavljanja prednost pred varovanjem poklicne skrivnosti oz. odnosom zaupnosti med pacientom in zdravnikom? Ali bo žrtev sploh še prišla po zdravniško pomoč, če bo s tem tvegala prijavo drugim službam, ki pa je ne želi? Ali je prav, da sistem ne spoštuje žrtvine odločitve, če le-ta ne želi vmešavanja niti CSD niti policije v njeno življenje? Ali si bom s prijavo nakopal/-a veliko dodatnega dela (sodelovanje v multidisciplinarnem timu na CSD, pričanje na sodišču), vložena energija in čas obravnavanje na drugih institucijah pa ne bo učinkovito? Ali bom s prijavo dodatno ogrozil varnost žrtve, ker se ji bo storilec mašče-

val, ker mi je zaupala svojo stisko? Ali bom s prijavo ogrozil svojo varnost, ker bo nasilnež svojo agresivnost obrnil tudi proti meni? Kdo in kako me bo zaščitil?

Odgovori terjajo širši in bolj poglobljen razmislek o morebitni konfliktnosti pravne ureditve in etičnih standardov, nekatere dileme pa bi zmanjšali z boljšim poznavanjem dinamike nasilja v družini in dela drugih organov. V nadaljevanju navajam nekatere pomisleke zoper spregledano vlogo žrtve v kazenskoprnem obravnavanju, ki lahko prispevajo tudi k razrešitvi katere zgoraj navedene dileme ali vsaj spodbudijo razmišljanje k njihovem reševanju z vidika upoštevanja interesov žrtev.

Avtonomija žrtve v kazenskoprnem obravnavanju nasilja v družini

Pri analiziranju žrtvine avtonomije v kazenskem postopku se bom omejila le na vlogo polnoletne žrtve pri odločanju o uvedbi kazenskega postopka proti nasilnežu.

Kazensko pravo pri lažjih kaznivih dejanjih dopušča žrtvi odločitev o tem, da sama z vidika lastnih interesov oceni, ali želi kazenskoprnno obravnavanje dejanja, katerega žrtev je bila (zakonodajalec določi pri kaznivem dejanju pregon na zasebno tožbo ali določi žrtvino strinjanje s pregonom kot procesno predpostavko, t. i. pregon na predlog). Pri kaznivih dejanjih, ki jih zakonodajalec oceni za hujša, bolj zavržna, pri katerih je kazenskoprna represija ne le utemeljena, ampak nujno potrebna za zaščito družbe, žrtev te možnosti nima. Zagotovo ima uvrstitev nasilja v družini med najbolj zavržna kazniva dejanja, pregonljiva po uradni dolžnosti (od leta 2008), pomemben simbolni pomen, vendar pa to pomeni tudi, da se ne upošteva mnenje konkretne žrtve, ali takšen pregon želi. Pri odločanju o tem vprašanju žrtev torej ni avtonomna. Vzroki za takšno odločitev so (bili) naslednji:

- zgodovinsko pogojeno nezaupanje v policijo in tožilstvo, da bo zaradi neprepoznavanja teže ravnanj nenaklonjeno kaznovanju nasilnežev in jim bo na ta način priznavalo pravico do izvajanja nasilja;
- žrtve nasilja v družini so v takšnem psihičnem stanju, da same ne zmorejo odločati, kaj je v njihovo dobro – torej tudi ne zmorejo sprejeti odločitve za kazenskoprni pregon storilca, zato jim breme te odločitve odvzame država in namesto njih sprejme takšno odločitev.

Iz navedenih razlogov je feministično gibanje v ZDA v 70. letih prejšnjega stoletja zahtevalo pregon nasilja v družini po uradni dolžnosti, vztrajanje tožilca pri pregonu tudi v primerih, v katerih mu žrtev s svojo pasivnostjo nasprotuje (»no-drop policy«), in odvzem diskrecijskega odločanja policije za nekatere represivne ukrep (kot je obvezna aretacija). Ti in podobni pristopi so se razširili še v druge države. Po nekaj desetletjih izkušenj s takšnim načinom

obravnavanja nasilja v družini pa se (predvsem v ZDA) krepijo kritike in v ospredju sta dva argumenta:

- Predstavnice feminističnih gibanj so bile prepričane, da bo v središču kazenskopravnega obravnavanja konkretna žrtev, njene potrebe. Vizija avtonomije žrtev, kot so jo pričakovale feministke, pa ni »prevedljiva« v kazenski sistem, saj je vloga žrtve v kazenskem pravu obrobna, pogosto zreducirana na dokazno sredstvo. Lahko bi rekli, da isti pojmi v feminističnem gibanju in v kazenskem pravu nimajo istega pomena, zato nekateri kritiki izgubo avtonomije žrtev v kazenskopravnem sistemu poimenujejo »izgubljeno s prevodom«.
- Kazenskopravni sistem ni naravnat v dolgoročno reševanje problemov, ampak se osredotoča le na kaznovanje storilca. Raziskave pa kažejo, da ima zgolj kaznovanje, brez drugih oblik obravnavanja storilca in žrtve, kratkotrajne učinke.

Potreben je pristop, ki upošteva dejstvo, da enak način obravnavanja (»one-size-fits-all«) ni primeren za vse žrtve in ga je treba prilagajati značilnostim posamičnih primerov. Večina avtorjev, ki problematizira takšen pristop, rešitve ne vidi v ponovnem oblikovanju sistema, v katerem bi se nasilje v družini preganjalo na zasebno tožbo, saj bi to lahko ponovno pomenilo, da se opredeljuje nasilje kot prvenstveno zasebni problem žrtve. Predlagajo manj radikalno rešitev; avtonomija žrtve naj se selektivno upošteva z dopustitvijo diskrecije tožilcu, da se ob upoštevanju želja žrtve in dobrem poznavanju dinamike nasilja odloči, ali bo opustil kazenski pregon zoper storilca ali pa bo kljub nasprotovanju žrtve vztrajal pri njem.

Ob tem se je treba vprašati, zakaj le 14 % žrtev težjega fizičnega in spolnega nasilja (s strani partnerja) dejanje prijavi policiji in zakaj dve tretjini žrtev po prijavi ne želita več sodelovati v kazenskem postopku (nočejo pričati ali celo zagovarjajo storilca). Ameriške in kanadske raziskave niso pokazale pomembnejše povezave med pripravljenostjo žrtev na sodelovanje z organi pregona in stopnjo čustvene podpore žrtvam, stopnjo institucionalne podpore ali čustvene odvisnosti žrtve od nasilneža, potrdile pa so veliko odvisnost žrtvine kooperativnosti z organi pregona od finančne pomoči države, ki žrtvi omogoči samostojno življenje brez nasilneža (sodelovanje žrtev s socialnimi delavci za dvakrat poveča verjetnost, da bo žrtev aktivno sodelovala v kazenskem postopku proti nasilnežu). Pomoč nerepresivnih organov predvsem pri reševanju ekonomskih težav žrtev je nujna, če želimo tudi kazenskopravni sistem narediti učinkovitejši; v nasprotnem primeru lahko celo naredi več škode kot koristi. Raziskava v ZDA je pokazala, da je za žrtve, ki zapustijo nasilnega partnerja, 50 % bolj verjetno, da bodo padle pod prag revščine, kakor za tiste, ki partnerja ne zapustijo in vztrajajo v nasilnem razmerju.

Zaključek

Spolno nasilje zajema različne oblike in intenzivnosti ter pusti na žrtvi težke in dolgotrajne posledice; spolno nasilje je še bolj travmatično, če je storilec družinski član. Žrtev potrebuje pomoč, pravično obravnavo, prav pa je tudi, da je storilec kaznovan. V kazenskem postopku je žrtev izpostavljena sekundarni viktimizaciji, reševanja njenih težav in potrebe po varnosti pa kaznovanje storilca dolgoročno ne zmore zagotoviti. Tudi zato večina žrtev ne želi kazenskega pregona storilca in postavljajo zdravstvene delavce in druge strokovnjake pred moralno in etično dilemo, ali naj v takšnem primeru prijavijo nasilje, čeprav jih pravna pravila k temu jasno zavezujejo. Ko bodo nerepresivne institucije žrtvam zmogle nuditi ustrezno pomoč, bo narasla tudi njihova pripravljenost za sodelovanje v kazenskem postopku. In s tem se bodo zmanjšale dileme, ki jih prijavitvena dolžnost odpira pri različnih strokovnjakih, ki se pri svojem delu srečajo z žrtvami.

Literatura

Bailey KD. Lost in translation: domestic violence, »the personal is political«, and the criminal justice system. *The Journal of Criminal Law and Criminology* 2010; 100 (4): 1255–1300.

Fagan J. *The Criminalization of Domestic Violence: Promises and Limits*. U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, Research Report. 1996.

Filipčič K. Avtonomija žrtev nasilja v družini vs. prijavitvena dolžnost. In: Dvoršek A, Selinšek L, eds. *Nasilje v družini: kazenskopравни, kriminalistični in kriminološki problemi*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede, Pravna fakulteta; 2010. p. 19–29.

Gillis JR, Diamond SL, Jebely P, Orekhovsky V, Ostovich EM, MacIsaac K, Sagrati S, Mandell D. Systemic Obstacles to Battered Women's Participation in the Judicial System, When Will the Status Quo Change? *Violence Against Women* 2006; 12 (12): 1150–68.

Spolna dejavnost oseb, mlajših od 15 let, in izkušnje iz ginekološkega dispanzerja v ZD Maribor

Danilo Maurič

Izhodišča: Obravnava deklet, ki so mlajša od 15 let, v ginekoloških ambulantah je izjemno občutljiva, ker se na tem področju nekatera stališča ginekološke in sodnomedicinske stroke močno razlikujejo. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) v 45. členu določa, da mora zdravnik prijaviti policiji vsako pacientko, mlajšo od 15 let, ki je prišla na pregled ali posvet zaradi nosečnosti, predpisa kontracepcije zaradi že obstoječih spolnih odnosov ali želje po kontracepciji, ker se je odločila za prvi spolni odnos. Tudi slednje je po prepričanju mariborskih kriminalistov za mladostniško kriminaliteto razlog za prijavo, saj bi morda tako lahko preprečili kaznivo dejanje zoper spolno nedotakljivost otroka. Prijavo na policijo naj bi naredil ginekolog tudi takrat, kadar dekle spremlja eden od staršev ali skrbnikov, in tudi v primeru, če sta oba oz. vsi (mladoletna pacientka in starš(i) ali skrbnik(i)) proti.

Vsebina: Tretji odstavek 45. člena ZPacP je tako v nasprotju s 5. členom istega zakona, ki daje pacientu pravico do varstva zasebnosti in osebnih podatkov, in 44. členom tega zakona, ki daje pacientu pravico do zaupnosti osebnih podatkov, vključno s podatki o obisku pri zdravniku. Tudi 51. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti določa, da so zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci dolžni varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju posameznika in o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja. Dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti lahko zdravstvenega delavca razreši pacient sam ali sodišče, pri mladoletnih osebah in osebah pod skrbništvom pa starši oz. skrbniki.

Pred tremi leti se je v ginekološki ambulanti ZD Maribor oglasila mlada pacientka (pripadnica romske skupnosti) skupaj s svojo mamo. Ker je domnevala, da je noseča, je prosila medicinsko sestro v sprejemni ambulanti, če ji lahko s testom potrdi nosečnost, da ne bo po nepotrebnem zasedala termina za pregled. Test je bil pozitiven in obe z mamo sta se od sreče objeli. Čez nekaj dni je mlada nosečnica začela rahlo krvaveti, zato je v strahu pred izgubo otroka odhitela na Kliniko za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor. Tam so ugotovili, da gre za nosečnico, mlajšo od 15 let, in jo prijavili policiji oz. prijavili kaznivo dejanje spolnega napada nanjo. Sledil je obisk dveh kriminalistk v našem dispanzerju, ker naj bi bila medicinska sestra v sprejemni ambulanti dolžna prijaviti spolni napad na osebo,

mlajšo od 15 let. Po Kazenskem zakoniku, 281. člen – opustitev ovadbe kaznivega dejanja ali storilca, medicinske sestre niso izvzete tako kot zagovornik, zdravnik ali spovednik, pa čeprav jih zavezuje k molčečnosti 51. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti.

Zaključek: Nujno potreben je konsenz stroke in zakonodaje na tem področju. Nedorečenost in nasprotujoča si stališča različnih strokovnjakov begajo ginekologe in še posebej mladoletnice. Porušen zaupni odnos med mlado pacientko in ginekologom pa ima lahko dolgotrajne posledice (spolnost brez zaščite, nelegalne prekinitve nosečnosti, smrt zaradi sepse, prikrivana nosečnost in detomori).

Spolna dejavnost oseb, mlajših od 15 let – izkušnje iz ambulate za otroško ginekologijo Ginekološke klinike UKCL

Andreja Štolfa Gruntar

Pri delu pogosto naletimo na mejne primere, pri katerih se moramo včasih zanašati na svoj občutek, ali bomo primer obravnavali kot blag odstop od običajnega ali pa je potrebna skrbnejša obravnava in eventualna prijava spolnega nasilja.

Primer 1

Mama pripelje 14-letno deklico v ambulanto z napotnico izbranega pediatra za predpis kontracepcije. Pove, da se dekle ne drži nobenih pravil, da uhaja od doma, da jo videvajo s fanti. V šoli dobro izdeluje z le malo truda in iz šole ne izostaja, doma pa ima mama z njo veliko težav, ker ne uboga in kar gre od doma.

V pogovoru z dekletom izvemo, da je mama nerazumevajoča, da preveč zahteva, da se hoče dekle samo zabavati. Res je, da pride včasih domov zelo pozno, vendar so tudi njene sošolke včasih tako pozno zunaj. Spolne odnose je že imela z zaščito s kondomom. Sedanji fant je star 18 let.

Kaj naredimo?

- Predpišemo kontracepcijske tablete in se pogovorimo z dekletom o dvojni zaščiti?
- Predpišemo kontracepcijske tablete in primer prijavimo centru za socialno delo?
- Primer prijavimo policiji?
- Mamo prijavimo centru za socialno delo zaradi neustrezne vzgoje otroka?

Primer 2

Psihologinja iz šole kliče, da se je k njej zatekla 14-letna deklica, ki naj bi bila noseča. Pove, da se staršev zelo boji in da o tem noče doma nič povedati, da pa kot edini izhod vidi prekinitev neželene nosečnosti. Dogovorimo se za takojšnji pregled, pri katerem se izkaže, da

gre za 12-tedensko nosečnost. Dekle pove, da je noseča s svojim 16-letnim fantom, s katerim sta za zaščito uporabljala kondom.

Kaj naredimo?

- Deklico napotimo na komisijo 1. stopnje za umetno prekinitev nosečnosti?
- Deklici svetujemo, naj se zaupa odrasli osebi, ki ji je blizu, da ji bo ta pomagala?
- Sami pokličemo dekličine starše in jim razložimo nastali položaj?
- Primer prijavimo centru za socialno delo? Ali naj center za socialno delo obvesti starše ali ne?
- Primer prijavimo policiji, ki bo ugotavljala storilca?

Svoboda odločanja o rojstvih otrok pri mladoletnicah (prekinitev nosečnosti in kontracepcija)

Viktorija Žnidaršič Skubic

Izhodišča: V prispevku pojasnjujem pravno ureditev in stališča pravne stroke glede vprašanja pravice do kontracepcije in umetne prekinitve nosečnosti pri mladoletnicah. Pojasnila temeljijo na pravnem mnenju, ki sem ga pripravila leta 2011 na prošnjo Zdravniške zbornice Slovenije oz. njenega odbora za pravno-etična vprašanja in je bilo kot celota objavljeno v reviji ISIS. Zdravniki so opozarjali predvsem na dve problematični vprašanji, ki se na tem področju pojavljata v praksi. Prvo se nanaša na ravnanje v primerih, ko želi pacientka, ki je mlajša od 15 let, brez vednosti staršev pridobiti kontracepcijska sredstva. Drugo pa se navezuje na zahtevo takšne pacientke po umetni prekinitvi nosečnosti. Stališči ginekološke in sodnomedicinske stroke si namreč na tem mestu nasprotujeta.

Vsebina: V skladu z Zakonom o pacientovih pravicah (ZPacP) je zdravnik tisti, ki oceni, ali je petnajstletnik sposoben samostojnega odločanja o sebi v primeru medicinskih posegov. Postavljena je domneva, da je tega načeloma sposoben, vendar pa lahko zdravnik to domnevo s svojo kompetentno oceno okoliščin v konkretnem primeru izpodbije navzgor (odloči, da šestnajstletnik v konkretnem primeru ni dovolj zrel za določeno odločitev) ali pa navzdol (odloči, da je štirinajstletnik dovolj zrel za določeno odločitev). Ta pravila pa ne veljajo za področje svobode odločanja o rojstvih otrok, saj je omenjena ustavna svoboščina, iz katere izhajata tudi pravici do preprečevanja zanositve in do umetne prekinitve nosečnosti, urejena v posebnem zakonu, tj. v Zakonu o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Slednji je za to področje odločilen in ima prednost pred splošnejšim, čeprav pozneje sprejetim ZPacP. ZZUUP je torej *lex specialis* in zato moramo pri odločanju o obeh odprtih vprašanjih upoštevati njegove določbe in določbe na podlagi tega sprejetega podzakonskega akta. To pomeni, da lahko razsodna mladoletnica samostojno, brez sodelovanja oz. privolitve staršev ali skrbnika, zahteva, da se ji dodeli ustrezna kontracepcija ali prekine nosečnost. Podobno urejajo tovrstno problematiko tudi države, kot so Nizozemska, Švedska, Avstrija, Danska in Italija.

Zaključek: Predstavljena pravna ureditev reproduktivne svobode mladoletnice je bila v naše pravo sprejeta predvsem zaradi zelo osebne narave tovrstnih odločitev posameznice. Gre za

pomembne medicinske posege v njeno telo, ki predstavlja eno najbolj osebnih človekovih dobrin sploh. Svoboda odločanja o rojstvih otrok kot z ustavo zavarovana pravica pripade posameznici načeloma tedaj, ko jo ta lahko začne izvrševati oz. jo je že začela izvrševati. Iz navedenih razlogov naj o tem odloča (razsodna) mladoletnica sama.

Literatura

Rotar Pavlič D s sod. Obravnava mladoletnih pacientk brez vednosti in vnaprejšnjega soglasja staršev. ISIS december 2011. p. 14–7.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur l RS 15/2008.

Zakonu o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Ur l SRS 11/1977, 42/1986.

Zakon o prevzemu državnih funkcij, ki so jih do 31. 12. 1994 opravljali organi občin (ZPDF). Ur l RS 29/1995.

Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB). Ur l 70/2000.

Navodilo za izvrševanje zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Ur l SRS 15/1977.

Eser A, Koch HG. Abortion and the Law. The Hague: Asser Press; 2005. p. 91–2.

Ustava RS (55. člen). Ur l RS 33I/1991, 42/1997, 66/2000, 24/2003, 69/2004, 69/2004, 69/2004, 68/2006.

Stališče Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko o vlogi zdravnika, soočenega s spolno dejavnostjo pacientov, mlajših od 15 let

Dušica Pleterski Rigler

Z vidika medicinske etike je prvenstvena dolžnost zdravnika pomagati pacientu, spoštovati njegovo dostojanstvo in avtonomijo ter varovati njun zaupni odnos. V primeru otrok so v odnosu trije – zdravnik, otrok in starši. Petnajstletniku pravna stroka priznava sposobnost odločanja o samem sebi pri odločanju o medicinskih posegih, za mlajšega otroka pa velja, da tega še ni sposoben. Zanj se odločajo starši oziroma skrbnik. Za posamezen primer je zdravniku dopuščena ocena otrokove zrelosti, o kateri se nato praviloma posvetuje s starši ali skrbnikom. Posvet lahko opusti, če oceni, da ni v otrokovo korist, in uveljavlja dolžnost varovanja zasebnosti pacienta.

Glede spolne dejavnosti je bila po Kazenskem zakoniku (KZ-1) osebam mlajšim od 15 let spolna dejavnost prepovedana, tudi če bi šlo za prostovoljne odnose. Mladoletniki so krivdno odgovorni, ko dopolnijo 14 let. Zdravnik, ki se je soočil z osebo mlajšo od 15 let, ki je želela nasvet o varni spolnosti z drugo osebo, kontracepcijsko zaščito ali prekinitev nosečnosti, je bil po zakonodaji pomagač pri kaznivem dejanju spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let, in potencialno kazniv, če ne bi podal kazenske ovadbe, da so se zgodila spolna dejanja v zvezi s to osebo.

Ta pravna določila niso bila v skladu s splošno ustavno pravico do človekove avtonomije, vključno za področje spolnega razvoja, in s pravico do svobodnega odločanja o rojstvu svojih otrok. Zdravnika so postavljala v vlogo prijavitelja, ki mu je grozilo kaznovanje, če bi ovadbo opustil. Tako stanje ni bilo vzdržno niti za osebe mlajše od 15 let, niti za zdravnike. S stališča temeljne dolžnosti zdravnika pomagati pacientu, kazenska ovadba pacienta in njegovih vrstnikov pacientu ni v pomoč. Zaupanje v zdravnika je v primeru ovadbe izgubljeno. Velika nevarnost je, da mladoletnik ne bi več iskal pomoči pri zdravniku, kar poveča njegovo zdravstveno ogroženost. Kasneje je bila sprejeta novela Kazenskega zakonika (KZ-1-UPB2), ki določa, da spolno dejanje z osebo mlajšo od 15 let ni protipravno, če je bilo storjeno z osebo primerljive starosti in če ustreza stopnji njene duševne in telesne zrelosti.

Zakonodaja, ki zdravniku predpisuje dolžnost prijavljanja, izpodkopava bistvo zdravnikove svetovalne in terapevtske vloge. V dilemi, ali naj pomaga pacientu ali naj izpolnjuje represivne naloge, mora zdravnik dati prednost pomoči pacientu. Zdravnik, ki pomaga mladotnici s kontracepcijsko zaščito ali v skladu z medicinsko doktrino prekine nosečnost, ne sme biti na nobeni stopnji dejanja kazniv kot udeleženec pri kaznivem dejanju ali biti kakorkoli kazniv v zvezi z njima. Zakonodaja mora to načelo izraziti nedvoumno. Komisija RS za medicinsko etiko opozarja, da zdravnika, razen v posebnih okoliščinah (npr. ko gre za pacientove vitalne koristi ali odvrnitev hude nevarnosti za druge), ni mogoče vključiti v represivni sistem, ker to ogroža njegovo temeljno poslanstvo. Komisija predlaga, da se to načelo vedno upošteva pri novelaciji zakonodaje.

Literatura

Trontelj J. Stališča KME o vlogi zdravnika, soočenega s spolnostjo pacientov, mlajših od 15 let. ISIS maj 2012. p. 29.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur l RS 15/2008.

Zakon o zdravstvenih ukrepih glede uresničevanja pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Ur l SRS 11/1977.

Kazenski zakonik (KZ-1). Ur l RS 55/2008, 66/2008, 39/2009.

Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2). Ur l 50/2012.

Spolni napad na osebo, mlajšo od 15 let

Barbara Nerat

Spolni napad na osebo, mlajšo od 15 let

Kdor spolno občuje ali stori kakšno drugo spolno dejanje z osebo drugega ali istega spola, ki še ni stara 15 let, se kaznuje z zapornom od treh do osmih let (1. odstavek 173. člena Kazenskega zakonika, KZ-1-UPB2).

Dejanje iz prvega odstavka tega člena ni protipravno, če je bilo storjeno z osebo primerljive starosti in če ustreza stopnji njene duševne in telesne zrelosti (5. odstavek 173. člena KZ-1-UPB2).

Ginekolog kot presumptivna priča

Če so podani razlogi za sum, da je bilo storjeno kaznivo dejanje spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let, po 173. členu KZ-1, mora policija ukreniti vse potrebno, da se izsledi storilec kaznivega dejanja, da se storilec ali udeleženec ne skrrije ali ne pobegne, da se odkrijejo in zavarujejo sledovi delikta in predmeti, ki utegnejo biti dokaz, in da se zberejo vsa obvestila, ki bi utegnila biti koristna za uspešno izvedbo kazenskega postopka. Z namenom izvršitve pravkar izpostavljenih nalog sme policija v danem primeru tudi od zdravnika, ki se s tarčno mlajšo oškodovanko sreča po službeni dolžnosti, zahtevati potrebna obvestila, pri čemer o dejstvih in ugotovljenih relevantnih okoliščinah napravi zapisnik ali uradni zaznamek. Kadar se v predkazenskem postopku ugotovi, da bi lahko ginekolog po pregledu mlajše oškodovanke, ki v času izvršitve kaznivega dejanja zoper njeno spolno nedotakljivost še ni dopolnila 15 let, v kazenskem procesu na prvi stopnji sojenja nastopil kot priča, ga je mogoče imeti za t. i. presumptivno (predpostavljeno) pričo, saj je od predloga procesnih udeležencev in sodišča odvisno, ali bodo zaradi izjave, ki jo je podal pri zbiranju obvestil policiji v smislu 148. člena Zakona o kazenskem postopku (ZKP), v obliki personalnega dokaznega predloga neposredno zaslišan kot priča.

Iz sodne prakse

... opis spolnega odnosa oškodovane z obtoženim, kot ga podaja 12-letna oškodovana, da, ko je potiskal svoje spolovilo v njeno, jo je bolelo, enkrat pa je občutila in videla na postelji

tekočino, potrjuje, da je obtoženi s svojim spolnim organom prodiral v njeno spolovilo, da je tedaj celo prišlo do spolne združitve. Priča je po ginekološkem pregledu povedala, da je bila sicer deviška kožica pacientke nepoškodovana, bila pa je močno elastična in je tedaj povsem mogoče, da je imela pacientka spolne odnose tudi ob nepoškodovani deviški kožici ... (iz sodbe Okrožnega sodišča v Ljubljani, K 183/79).

Literatura

Deisinger M. Kazenski zakonik s komentarjem. Posebni del. Ljubljana: GV Založba; 2002. p. 253–64.

Dežman Z, Erbežnik A. Kazensko procesno pravo Republike Slovenije. Ljubljana: GV Založba; 2003. p. 410.

Kazenski zakonik (KZ-1). Ur l RS 55/2008, 66/2008, 39/2009, 55/2009, 91/2011, 50/2012.

Zakon o kazenskem postopku (ZKP). Ur l RS 32/2007, 40/2007, 102/2007, 89/2008.

Sponzorji srečanja



GEDEON RICHTER



Raziskujemo življenje



Izpolnjujemo sanje

Science For A Better Life



Na Zemlji živi že sedem milijard ljudi in vsak dan nas je 220.000 več. Kako lahko zagotovimo hrano za vse več ljudi brez posledic za okolje?

Kako lahko izboljšamo zdravje vseh in preprečujemo bolezni?

Kako naj razvijamo nove materiale, ki bi nam pomagali ohranjati naravne vire?

Da bi bolje odgovorili na ta vprašanja, potekajo v Bayerju raziskave v treh podskupinah: HealthCare, CropScience in Material Science. To so področja, kjer je Bayer že vodilno svetovno podjetje in katerih pomen za prihodnost človeštva raste iz dneva v dan.

www.bayer.com

www.facebook.com/Bayer



Bayer:

HealthCare

CropScience

MaterialScience