



INTEGROVANÁ POMOC V PRÍPADOCH SEXUÁLNEJ VIKTIMIZÁCIE

Význam a východiská

Barbora Burajová
Veronika Čábi
Daniela Košecká
Anna Mondeková
Magdaléna Musilová



KMC

KOORDINAČNO-METODICKÉ CENTRUM
PRE PREVENCIU NÁSILIA NA ŽENÁCH

Integrovaná pomoc v prípadoch sexuálnej viktimizácie – význam a východiská

Barbora Burajová, Veronika Čábi, Daniela Košecká, Anna Mondeková, Magdaléna Musilová

Bratislava, 2024

Táto štúdia bola realizovaná v rámci projektu „Zlepšenie ochrany práv obetí – posilnenie kapacít a postupov boja proti násiliu na ženách a domácemu násiliu“ a je výsledkom spolupráce Koordinačno-metodického centra pre prevenciu násilia na ženách a Nórskeho centra pre štúdium násilia a traumatického stresu.

Projekt „Zlepšenie ochrany práv obetí – posilnenie kapacít a postupov boja proti násiliu na ženách a domácemu násiliu“ získal grant z Nórska v sume 1 105 000 € a je spolufinancovaný vo výške 195 000 € zo štátneho rozpočtu Slovenskej republiky. Dodatkom č. 1 bol navýšený grant na 1 400 000 €. Na základe Dodatku č. 2 bola do projektu zaradená nová aktivita a zároveň bol grant z Nórska navýšený na 1 427 976 € a je spolufinancovaný vo výške 251 996 € zo štátneho rozpočtu Slovenskej republiky. Projekt je realizovaný v rámci programu SK09: Domáce a rodovo podmienené násilie. Jeho cieľom je v spolupráci s partnerskými organizáciami prispieť k zlepšeniu opatrení na predchádzanie druhej a opakovanej viktimizácii a zlepšenie podpory dostupnosti a kvality ochrany žien zažívajúcich násilie a ich detí v kontakte s pomáhajúcimi profesiami.

Ak sa chcete dozvedieť viac o programoch a projektoch financovaných z Nórskeho grantov na Slovensku, navštívte stránku www.norwaygrants.sk



Obsah

Úvod	6
1. Teoretické východiská pre poskytovanie podpory v prípadoch sexuálnej viktimizácie	10
1.1. Vymedzenie pojmov.....	10
1.2. Výskyt sexuálneho násillia a problém vysokej latencie	12
1.3. Administratívne policajné dáta o sexuálnom násillí	15
Osobitne zraniteľné skupiny	18
2. Následky sexuálneho násillia	20
2.1. Zdravotné následky.....	20
2.2. Ekonomické náklady a sociálne náklady	21
3. Špecializovaný prístup k potrebám obetí na jednom mieste	25
3.1. Minimálny rozsah integrovanej pomoci a podpory	25
3.2. Niektoré príklady služieb pre obeť sexuálneho násillia	27
Česká republika	27
Belgicko	29
Dánsko.....	29
4. Východisková situácia Slovenska pre poskytovanie špecializovaných služieb prežívšim sexuálnej viktimizácie	31
4.1. Zdravníctvo	31
4.2. Možnosti psycho-sociálnej podpory a právnej pomoci podľa súčasnej legislatívy Slovenska	36
4.3. Výzvy ohľadom zabezpečenia kvalitnej špecializovanej podpory.....	42
5. Formulácia cieľového stavu poskytovania špecializovanej podpory obetiam sexuálnej viktimizácie	43
5.1. Kompetencie a štruktúra tímu SAC.....	47
Klientela centier SAC.....	48
Štruktúra tímu SAC.....	48
Umiestnenie SAC v zdravotníckom zariadení.....	50
5.2. Kvalita služieb a štandardy ich poskytovania.....	50
Všeobecné štandardy.....	51
5.3. Minimálne štandardy poskytovania služieb v centrách SAC.....	52
5.4. Špecializačné zameranie zdravotníckeho zariadenia a iné personálne premenné pre vytvorenie SAC	54
5.5. Úloha SAC pri zbere a uchovávaní dôkazového materiálu - legislatíva a kompetencie inštitúcií	56
6. Záver.....	58
Bibliografia:	59

Úvod

Sexuálna viktimizácia predstavuje významný spoločenský a ľudskoprávny problém¹ a je jedným z najzávažnejších druhov násilia s dlhodobými následkami na obeť a nepriamo aj na ich bezprostredné či širšie okolie. Podľa údajov Svetovej Zdravotníckej Organizácie (WHO) ide približne o jednu z troch žien (30 %), ktoré sú počas svojho života vystavené fyzickému násiliu a/alebo sexuálnej viktimizácii zo strany intímneho partnera alebo inej osoby (WHO, 2021, s. 18). Sexuálnou viktimizáciou môže byť pritom ohrozený ktokoľvek bez ohľadu na pohlavie, vek, etnický pôvod, národnú príslušnosť, náboženské vyznanie alebo sexuálnu orientáciu či iné sociálne, ekonomické alebo kultúrne faktory.

Definícia toho, čo sa považuje za znásilnenie a iné sexuálne násilie, sa líši naprieč rôznymi kultúrnymi kontextami. To, čo mnohí považujú za sexuálne napadnutie, môže byť v inom kontexte považované za ospravedlniteľné či dokonca „normálne“ sexuálne správanie (WHO, 2021, 2012). Významnú úlohu zohrávajú aj škodlivé rodové stereotypy a mýty, ktoré prespievajú k jeho vysokej latencii. Obete sú vo svojich komunitách v dôsledku takýchto stereotypov neskôr často stigmatizované a izolované, čo ďalej ovplyvňuje ich psychické rozpoloženie, sociálne interakcie resp. ochotu sexuálne napadnutie nahlásiť príslušným orgánom.

Sexuálna viktimizácia predstavuje závažný problém aj z pohľadu verejného zdravia, keďže celkové rozpoloženie a zdravotný stav obeť môžu byť významne poznačené, a to často aj dlhodobo po násilnom čine. Ženy so skúsenosťou znásilnenia, ktoré je jednou z podôb sexuálnej viktimizácie, sú ohrozené okrem iného neželaným tehotenstvom, pohlavne prenosnými infekciami či inými zdravotnými následkami (WHO, 2021; COSAI, 2014; Nesvold, Friis & Ormstad, 2008, a ďalší). Krátkodobé ale aj dlhodobé psychické následky sú zdokumentované zahraničným (Creamer et al. 2001; Kilpatrick 2000; Vickerman & Margolin, 2009) i domácim výskumom (Očenášová, Michalík, 2017), a zahŕňajú pocity hanby, viny straty kontroly či pocitu bezpečia. Výnimkou nie je ani posttraumatická stresová porucha (PTSP), ktorej liečba si vyžaduje komplexný prístup, pričom symptómy často pretrvávajú aj po jej ukončení (Vickerman & Margolin, 2009).

Úroveň nahlasovania sexuálnej viktimizácie je aj v spojitosti s vyššie menovanými bariérami veľmi nízka. Celosvetovo sa jedná o jeden z najmenej nahlasovaných druhov kriminality (Walby, Armstrong & Strid, 2011, s. 93), aj preto je takmer nemožné vytvoriť si presný obraz o jeho výskyte. Vysokú latenciu preukazujú aj výsledky domáceho výskumu realizovaného Inštitútom pre výskum práce a rodiny, v ktorom len 11,2 % respondentiek uviedlo, že sa so svojim zážitkom agresie v sexuálnej oblasti obrátilo na políciu a len 15 % respondentiek vyhľadalo lekársku pomoc (Očenášová & Michalík, 2017). Výsledkom je skutočnosť, že väčšina preživších nedostane potrebnú zdravotnú či psychosociálnu pomoc a rovnako tak väčšina páchatelov zostáva nepotrestaných, čo opätovne znižuje dôveru obeť a ich okolia v spravodlivosť a právny systém. Vysoká latencia znamená aj nedostatok reprezentatívnych údajov, ktoré by inak prispeli k formovaniu potrebných politík a zavádzaniu adekvátnych opatrení.

Pomoc obetiam sexuálnej viktimizácie má viacero navzájom sa prelínajúcich dimenzií, pričom jednou z nich je práve oblasť zdravotných služieb, ktoré majú za úlohu minimalizovať jej zdravotné následky. Zdravotnícke zariadenia sú často prvou inštitúciou, na ktorú sa obeť po napadnutí obrátia, čo potvrdzujú aj výsledky prieskumu realizovaného Agentúrou Európskej únie pre základné práva -

¹ Dohovor Rady Európy o predchádzaní násiliu na ženách a domácomu násiliu a o boji proti nemu (Dohovor) označuje sexuálne obťažovanie a znásilnenie za závažné porušenia ľudských práv žien a dievčat. Okrem sexuálneho násilia sem podľa Dohovoru ďalej patrí domáce násilie, nútené manželstvá, zločiny spáchané v mene cti a mrzačenie pohlavných orgánov. Uvedené podoby násilia na ženách predstavujú jednu z hlavných bariér pre dosiahnutie rovnoprávnosti medzi ženami a mužmi.

FRA (FRA, 2014, s. 59). Je pritom kľúčové, aby súčasťou zdravotných služieb bolo aj získanie forenzných dôkazov pre potreby ďalšieho vyšetrovania. Zároveň, vzhľadom na spektrum možných psychických následkov sexuálnej viktimizácie, zdravotné služby by mali byť úzko prepojené s krízovou intervenciou a službami psychosociálnej podpory. V neposlednom rade je potrebné preživšie podporiť v zorientovaní sa v možnostiach a ďalších krokoch v súvislosti vyšetrovaním a súdnym konaním, príp. zabezpečiť právne zastupovanie (Očenášová, 2017, s. 8). Problematiku je preto nutné adresovať z interdisciplinárneho hľadiska, reagujúc na celé spektrum potrieb. Príklady úspešnej praxe zahŕňajú koordinované a integrované modely služieb ktoré na potreby obetí reagujú citlivo a efektívne (COSAI, 2013). Multidisciplinárny prístup zároveň pomáha predchádzať sekundárnej viktimizácii obetí, zvyšuje vieru vo vymožitelnosť práva a všeobecný pocit bezpečia v spoločnosti (Karkošková a Grešš Halász, 2017).

Model Centra pre obeť sexuálneho násillia, tzv. SAC (Sexual Assault Center) predstavený v rámci tejto štúdie ako príklad úspešnej praxe, predpokladá lokalizáciu všetkých relevantných služieb na jednom mieste. Obete tak majú zabezpečený prístup k zdravotnej starostlivosti, v rámci ktorej majú možnosť absolvovať aj odber forenzných dôkazov, a rovnako zabezpečený prístup k psychosociálnej podpore a právnej pomoci, všetko za podpory špeciálne vyškoleného personálu. Takéto centrá sú ideálne situované v zdravotníckych zariadeniach, keďže tieto majú tendenciu byť prvou inštitúciou, na ktorú sa obeť obracajú (FRA, 2014, s. 59). Tie tu majú možnosť získať pomoc a asistenciu potrebnú pre naplnenie kľúčových individuálnych potrieb, pričom riziká možnej následnej traumatizácie a viktimizácie vyplývajúce z kontaktu s niekoľkými inštitúciami v poradí, sú podstatne eliminované. Úspešnosť modelu SAC je viditeľná aj v hodnoteniach služieb, dokonca vo vyššej miere nahlasovania prípadov sexuálnej viktimizácie, a to aj napriek tomu, že prístup k službám je obetiam umožnený bez ohľadu na následné kroky a rozhodnutie kontaktovať políciu alebo nie (Nesvold, Friis & Ormstad, 2008).

Na celospoločenskej úrovni existencia kvalifikovaného pracoviska napomáha zlepšeniu využiteľnosti zozbieraných dôkazov v prípadoch trestných činov sexuálnej viktimizácie (Očenášová, 2017). Súčasne podporné psychosociálne služby pozitívne pôsobia na rozhodnutie obetí, či prípad nahlásia polícii alebo nie. Na základe výskumu realizovaného Nesvold až 50% obetí, ktoré sa obrátia na SAC v Nórsku, podá trestné oznámenie (Nesvold, Friis & Ormstad, 2008).

Popri modeli SAC je zároveň vhodné spomenúť aj ďalšie vybrané intervenčné modely a prístupy, ktoré sú úspešne implementované vo viacerých krajinách, no zavedenie v domácom kontexte naráža na rôznorodé bariéry. Jedným z nich je model poskytovania integrovanej pomoci prostredníctvom špeciálne vyškolených zdravotných sestier tzv. SANE². Takto vyškolené zdravotné sestry sú k dispozícii 24 hodín denne a ich úlohou je zabezpečiť starostlivosť bezprostredne po sexuálnom napadnutí, a to buď v nemocničnom prostredí, alebo na špecificky určených miestach. Sú vyškolené jednak v poskytovaní zdravotnej a forenznej starostlivosti, no súčasne dokážu obeti poskytnúť emocionálnu podporu a odporúčania na následnú starostlivosť a služby podľa potreby. Model SANE je medzinárodne pozitívne hodnotený a nepriamo prispieva k zvýšeniu participácie obetí a tým aj k trestnoprávnemu doriešeniu prípadov sexuálnych útokov (Karkošková & Grešš Halász, 2017, s. 25, 26).

Možnosťou aplikácie tohto modelu starostlivosti v domácom kontexte sa zaoberala Karkošková a Grešš Halász (2017). Model intervencie SANE sestier autorky predstavili ako flexibilnejšiu a dokonca finančne úspornejšiu alternatívu k starostlivosti zabezpečovanej tímom špecialistov a špecialistiek. Takýto intervenčný model však predpokladá nielen kvalitne vyškolené zdravotné sestry, ale aj ich vedomostiam a zručnostiam zodpovedajúce kompetencie, ktoré sú zadané v príslušnej

² Z anglického názvu Sexual Assault Nurse Examiner (SANE)

vnútroštátnej legislatíve (Karkošková & Grešš Halász, 2017, s. 10). Jeho aplikovateľnosť v domácom kontexte je však aktuálne nereálna keďže viaceré pracovné úkony prekračujú rámce platnej slovenskej legislatívy (napr. na vybrané úkony má aktuálne právomoc len lekár/lekárka). Popri modeli multiinštitucionálnej spolupráce realizovanom pod konceptom SAC však globálne ide o jeden z najúspešnejších modelov intervencie a príklad dobrej praxe overený vo viacerých krajinách.

Súčasťou oboch vyššie spomenutých príkladov úspešnej praxe je integrácia zdravotníckeho ošetrovania a forenzného vyšetrenia, pričom metodológia oboch predpokladá využívanie tzv. rape kitov (t.j. súprav pre vyšetrenie pri podozrení na sexuálnu viktimizáciu), ktoré boli v USA zavedené už v 70-tych rokoch minulého storočia³. Zodpovednému personálu umožňujú nielen metodicky zaistiť forenzné stopy podľa vopred ustáleného protokolu a s priloženou odberovou súpravou, ale obsahujú aj post-expozičnú medikáciu pre prevenciu nežiadúcich zdravotných následkov. Odberová súprava pre zaistenie forenzných stôp obsahuje odberové pomôcky a nástroje potrebné pre zhromažďovanie vzoriek z tela obete alebo podozrivého trénovaným profesionálom, resp. zodpovedným lekárom. Súbor a charakter zhromaždených dôkazov závisí od povahy sexuálneho útoku, a tiež legislatívy konkrétnej krajiny, ale vo všeobecnosti obsahuje napr. odberové tyčinky, tampóny, zberné obálky na biologické materiály a nečistoty či oblečenie (National Institute of Justice, s.1). Forenzné vyšetrenie je súčasťou zdravotníckych úkonov pri každom podozrení na sexuálnu viktimizáciu a ďalšie kroky a rozhodnutie sexuálny útok nahlásiť polícií zostávajú na obeti.

Pozitívne výsledky dosahujú aj rôzne modifikácie uvedených modelov a postupov, v každom prípade, kľúčovým zostáva lokalizácia relevantných služieb na jednom mieste v kombinácii so špeciálne vyškoleným personálom, ktorý dokáže potreby preživších osôb identifikovať a citlivo na ne reagovať.

Na Slovensku v súčasnosti nie sú zavedené špecializované služby pre obeť sexuálnej viktimizácie. Niekoľko poskytovateľov sociálnych služieb zabezpečuje pomoc a podporu, no služby sa zvyčajne obmedzujú na ženy zažívajúce násilie v partnerských vzťahoch. Zároveň nie sú prítomné ďalšie relevantné prvky efektívnej podpory, a to krízová intervencia a potrebná psychosociálna podpora, ktorá by umožnila eliminovať dlhodobé psychologické následky, vrátane PTSP.

Pozitívom je nedávne prijatie Štandardných postupov pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násilie⁴ (ďalej „Štandardné postupy“) vypracované odbornou pracovnou skupinou pre zdravotnú starostlivosť o obeť sexuálneho násillia, pričom v júli 2022 bol dokument podpísaný ministrom zdravotníctva a nadobudol tak účinnosť. Ide o štandardy, ktoré zahŕňajú diagnostické úkony potrebné pre získanie dôkazového materiálu pre potreby polície SR. Dokument približuje zdravotníckej činnosti počínajúc akútnym ošetrením až k stanoveniu ďalšieho terapeutického plánu pre obeť sexuálneho násillia. Štandardné postupy sú koncipované ako návod na získavanie a zaistovanie stôp, vyjasňujú kompetencie, postupnosť krokov či obsah odberovej súpravy, aktuálne však pre zdravotnícky personál nepredstavujú povinný postup a v prípade ich nedodržania nehrozí postih. Vo všeobecnosti teda ide o krok správnym smerom, no vzhľadom na odporúčací charakter materiálu nie je v súčasnosti možné zabezpečiť jeho plošnú aplikáciu.

V prípade Štandardných postupov ide o reflektovanie na jednu z menovaných dimenzií starostlivosti potrebnej pre prácu s preživšími sexuálnej viktimizácie. Pre zabezpečenie komplexného riešenia a starostlivosti o obeť sexuálnej viktimizácie je však potrebné zapracovanie aj ďalších služieb

³ <https://www.annelitwin.com/the-rape-kit-and-the-invisible-woman-who-invented-it/>

⁴ Štandardné postupy pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násillie sú dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-sexualne-nasillie/>

klúčových pre zotavenie sa a zároveň zvýšenie miery nahlasovania prípadov viktimizácie pre lepšie zaistenie spravodlivosti. Vychádzajúc z úspešného modelu SAC, cieľom štúdie bude preskúmať realizovateľnosť zriadenia takýchto centier v podmienkach Slovenskej republiky, vrátane podmienok pre ich vznik a fungovanie, možnosti umiestnenia, regionálneho rozloženia, udržateľnosti či potrebného inštitucionálneho zázemia a iných relevantných faktorov. Štúdia súčasne upozorňuje na ekonomické náklady sexuálnej viktimizácie na spoločnosť a finančných dôsledkov v prípade neadresovania problému.

1. Teoretické východiská pre poskytovanie podpory v prípadoch sexuálnej viktimizácie

1.1. Vymedzenie pojmov

Hoci v priebehu posledných troch desaťročí došlo k významným posunom v konceptualizácii sexuálnej viktimizácie a jej rôznorodých podôb, a to najmä s dôrazom na posilnenie postavenia a práv obetí, stále existujú viaceré prístupy k jeho zadefinovaniu. V medzinárodnom kontexte sa rôzne podoby sexuálnej viktimizácie najčastejšie zahŕňajú pod pojem sexuálne násilie. Hoci na Slovensku pojem sexuálne násilie označuje aj osobitný trestný čin podľa § 200 Trestného zákona, ktorý slovenská legislatíva spoločne s trestnými činmi znásilnenia (§ 199 Trestného zákona), sexuálneho zneužívania (§ 201 až § 202 Trestného zákona) a súlože medzi príbuznými (§ 203 Trestného zákona) považuje za protiprávne a trestným právom postihnutelné konanie proti ľudskej dôstojnosti, v ďalšom texte budeme o fenoméne sexuálnej viktimizácie hovoriť ako o sexuálnom násilí⁵.

Poznámka:

V odbornej literatúre je tiež možné sa stretnúť s pojmom sexualizované násilie, ktoré obvykle zahŕňa aj sexuálne obťažovanie. Na Slovensku sexuálne obťažovanie nie je postihnutelné ako trestný čin proti ľudskej dôstojnosti. V zásade ide o konanie zakázané antidiskriminačnými právnymi normami a osobitne je vymedzené v § 2a zákona č. 356/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon) ako „verbálne, neverbálne alebo fyzické správanie sexuálnej povahy, ktorého úmyslom alebo následkom je alebo môže byť narušenie dôstojnosti osoby a ktoré vytvára zstrašujúce, ponižujúce, zneuctujúce, nepriateľské alebo urážlivé prostredie“. V rámci verejných práv môžu byť niektoré prejavy sexuálneho obťažovania spáchané na verejnosti postihnuté ako prečin výtržníctva podľa § 364 Trestného zákona alebo priestupok proti verejnému poriadku podľa § 41 ods. 1 písm. c) zákona č. 372/1990 Zb. o priestupkoch.

Podľa WHO sexuálne násilie predstavuje „akékoľvek sexuálne konanie, pokus o dosiahnutie sexuálneho styku, nežiaduce sexuálne poznámky a návrhy, činy smerujúce k obchodovaniu alebo inak namierené voči sexualite jednotlivca, pri ktorých je využitý nátlak, a to akoukoľvek osobou bez ohľadu na jej vzťah k obeti, v akomkoľvek prostredí, vrátane, ale nie výlučne, domova a práce“⁶.

Termín sexuálne násilie teda zahŕňa viacero rôznorodých podôb násilného správania pričom využitie nátlaku predstavuje jeden z jeho kľúčových poznávacích znakov. Nátlakom môže byť okrem priamej fyzickej sily celé spektrum nepriamych prejavov, vrátane vydierania, vyhrážania sa alebo zstrašovania.

V porovnaní s vyššie uvedenou definíciou, Dohovor Rady Európy o predchádzaní násiliu páchanému na ženách a domácejmu násiliu a boju proti nemu⁷ označuje sexuálne násilie ako:

⁵ Pre lepšie odlíšenie súhrnného pojmu sexuálne násilie od skutkovej podstaty trestného činu podľa § 200 Trestného zákona v texte ho uvádzame vymedzením „trestný čin“ a jeho paragrafové označenie v Trestnom zákone.

⁶ https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf

⁷ Rada Európy (2011) Dohovor Rady Európy o predchádzaní násiliu na ženách a domácejmu násiliu a o boji proti nemu, 2011. Dostupné na: <http://www.conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/210.htm>

1. Akékoľvek vaginálne, análne alebo orálne preniknutie sexuálnej povahy akoukoľvek časťou tela alebo predmetom do tela inej osoby bez jej súhlasu;
2. Účasť na iných nekonsenzuálnych činoch sexuálnej povahy;
3. Donútenie k účasti na činoch sexuálnej povahy s treťou osobou bez súhlasu danej osoby (Rada Európy, 2011).

Uvedená definícia vo všetkých troch polohách zdôrazňuje prvok súhlasu, resp. jeho absencie, ako dôležitého indikátora pre klasifikáciu sexuálneho činu ako násilného. Definície sexuálneho násillia vychádzajúce práve z absencie súhlasu boli v uplynulých rokoch zapracované do legislatív viacerých krajín, vrátane členských štátov Európskej Únie ako Nemecko, Belgicko, Dánsko či Grécko. Tento vývoj je podporovaný aj judikatúrou Európskeho súdu pre ľudské práva, ktorý ak sa zaoberal prípadmi znásilnenia a/alebo sexuálneho násillia zdôrazňuje princíp dobrovoľnosti a napríklad v prípade M.C. v Bulharsko uviedol, že v súlade so súčasnými štandardami a trendmi sa na pozitívne povinnosti členských štátov podľa článkov 3 a 8 Dohovoru musí hľadieť tak, že sa vyžaduje účinné trestné stíhanie a potrestanie akéhokoľvek nekonsenzuálneho sexuálneho konania, a to aj v prípade absencie fyzického odporu obeť (M.C. v Bulharsko, 2003).

Ide o významný posun v konceptualizácii sexuálneho násillia smerom k zachyteniu často komplexnej dynamiky a špecifik tohto typu násillia, a tým zabezpečeniu adekvátnejšej reakcie naň vo vzťahu k obeť. Dôraz je kladený práve na zohľadňovanie vôle obeť, čo následne zaistí rešpekt voči obeť aj počas trestnoprávneho procesu (Očenášová, 2017).

V najširšom zmysle slova je teda sexuálnou viktimizáciou každé konanie proti vôli inej osoby, ktoré je namierené proti jej sexualite alebo je sexuálne motivované. Patrí sem kontaktné aj nekontaktné konanie sprevádzané hrozbami, zastrášaním, použitím fyzickej sily, zneužitím bezbrannosti alebo neschopnosti brániť sa (Dratva, 2015). Len výnimočne je dôsledkom neschopnosti páchatel'a kontrolovať sexuálne pudy (Matějková, 2007). Najmä je aktom agresie voči slobode rozhodovania o sexuálnom živote a zneužitím sily či moci na prejavenie dominancie, ktoré zasahujú do slobody rozhodovania poškodenej osoby o jej sexuálnom živote a narúšajú objekt chránený trestným právom, ktorým je ľudská dôstojnosť (Uznesenie NS SR, 2013).

Domáca legislatíva s konsenzuálnou definíciou sexuálneho násillia zatiaľ nepracuje. Trestný zákon skutky sexuálnej viktimácie kategorizuje ako trestné činy proti ľudskej dôstojnosti a v prípade dospelých sexuálne viktimizovaných osôb môže ísť o trestný čin znásilnenia podľa § 199 alebo sexuálneho násillia podľa § 200 Trestného zákona⁸.

Podľa Trestného zákona sa pre kvalifikovanie skutku sexuálnej povahy ako trestného činu vyžaduje práve prítomnosť násillia alebo jeho bezprostredná hrozba, resp. zneužitie stavu bezbrannosti. Na rozdiel od definícií založených na absencii súhlasu, často nedokážu postihnúť jeho subtílnejšie podoby, a nechávajú ich tak nepotrestané. Rovnako ďalej prispievajú k reprodukcii škodlivých mýtov o znásilneniach a mylnému presvedčeniu, že je práve úlohou obeť chrániť sa pred takýmto násillím (WHO, 2021, 2012). Významne týmto zlyhávajú pri reflektovaní na životné situácie, ktorým čelia mnohé ženy a dievčatá v súvislosti so znásilnením alebo sexuálnym útokom a často tak posilňujú beztrestnosť pre páchatel'ov. Podľa Očenášovej existujúca domáca úprava trestných činov znásilnenia aj sexuálneho násillia významne ovplyvňuje diskurz a chápanie sexuálneho násillia na

⁸ Znásilnením je výlučne preniknutie penisu do vagíny, a to aj sčasti. Análne alebo orálne preniknutie sexuálneho charakteru akoukoľvek časťou tela alebo predmetom do tela inej osoby alebo iný sexuálny čin, ktorý je vzhľadom na závažnosť následku porovnateľný s pohlavným stykom, sú postihované ako trestný čin sexuálneho násillia, a pri tomto trestnom čine pohlavie sexuálne viktimizovanej osoby a páchatel'a nie sú rozhodujúce.

Slovensku pričom zmena právnej definície sexuálneho násillia môže mať pozitívny dopad aj na spôsob, akým obeť prežívajú trestnoprávny proces (Očenášová, 2017). Pre účely tejto publikácie budeme preto pracovať s definíciou sexuálneho násillia ako je uvedená v texte Dohovoru Rady Európy o predchádzaní násilliu páchanému na ženách a domácomu násilliu a boju proti nemu, keďže ponúka aktuálnejšiu a komplexnejšiu konceptualizáciu sexuálneho násillia, s obeťou a jej postavením a právami v centre záujmu. Tie sú kľúčovými aj v procese realizácie koordinovaného modelu pre obeť sexuálneho násillia, v ktorom prebieha interdisciplinárna spolupráca na jednom mieste.

Odhladnuc od jeho konkrétnych špecifík, sexuálne násillie predstavuje závažné porušenie ľudských práv a identifikácia adekvátnych a zodpovedných riešení je pre súčasné spoločnosti morálnym imperatívom, a to vo vzťahu k jeho obetiam a rovnako zabezpečeniu ochrane spoločnosti ako takej. Výzvami v procese identifikácie účinných opatrení je podľa Karkoškovaj a Grešš Halász okrem iného samotná ponuka a dostupnosť služieb pre obeť, povedomie laickej i odbornej verejnosti o problematike sexuálnej viktimizácie, neochota obetí vyhľadať pomoc a súvisiaca všeobecná úroveň dôvery vo vymožitelnosť práva či nesúlad v chápaní a následnom legislatívnom uchopení fenoménu (Karkošková & Grešš Halász, 2017).

1.2. Výskyt sexuálneho násillia a problém vysokej latencie

Keďže ide o najintímnejšiu oblasť života človeka, výskyt sexuálneho násillia a jeho jednotlivých podôb sa už dlhodobo zisťuje pomerne ťažko. Vysoká úroveň latencie tohto druhu násillia zostáva aj pre moderné spoločnosti výzvou, a to aj napriek tomu, že ide o vážny celospoločenský problém (Karkošková & Grešš Halász, 2017). Hoci, ako je uvedené vyššie, viaceré krajiny už upravili svoje legislatívne rámce tak, aby zdôraznili kľúčové postavenie a práva obetí v celom procese následných intervencií (tzv. prístup zameraný na obeť resp. trauma-informovaný prístup), nie je možné bez prijatia ďalších podporných opatrení očakávať, že len legislatívna úprava vymedzenia skutkov sexuálneho násillia prispeje k výraznému zníženiu latencie fenoménu (WHO, 2010, s.31).

V roku 2012 zrealizovala Agentúra Európskej únie pre základné práva prieskum rodovo podmieneného násillia páchaného na ženách, a to na výskumnej vzorke 42 000 respondentiek v rámci celej Európskej únie, vrátane Slovenskej republiky⁹. Podľa výsledkov prieskumu uviedlo skúsenosť so sexuálnym násillím po dovŕšení 15 rokov 11% žien (FRA, 2014) pričom v 77% prípadov boli páchatelia obeti známi (partneri, ex-partneri, príbuzní, kolegovia, klienti, učitelia, atď.), teda len v 23% prípadov bola páchatelom cudzia osoba.

Podľa záverov domáceho reprezentatívneho výskumu zameraného na výskyt sexuálneho násillia na ženách realizovaného Koordinačno-metodickým centrom pre prevenciu násillia na ženách Inštitútu pre výskum práce a rodiny v roku 2017¹⁰, bola zistená miera výskytu o polovicu nižšia než v prípade prieskumu FRA, konkrétne 4,9%. Správa z výskumu (Očenášová & Michalík, 2017) si namerané rozdiely čiastočne vysvetľuje aj možnosťou, že respondentky prieskumu FRA sa otvorenejšie vyjadrovali o relevantných skúsenostiach so sexuálnym násillím, ak boli na tieto dopytované v širšom kontexte skúseností s rôznymi formami násillia než keď v prípade výskumu špecificky zameraného na skúsenosť

⁹ Respondentky prieskumu boli vo veku 18 –74 rokov a sledovaným obdobím bolo 12 mesiacov pred dopytovaním. Prieskum sa špecificky sústredil na ich skúseností od 15 rokov veku, a pred 15-tym rokom veku. Hlavné zistenia sú dostupné na: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>

¹⁰ Reprezentatívny výskum o sexuálnom násillí na ženách na Slovensku bol zrealizovaný na vzorke 2 119 žien vo veku 18 – 70 rokov a jeho zameraním boli skúsenosti žien so sexuálnym násillím pred a po 15 roku života. Výsledky prieskumu sú dostupné na: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2115>

so sexuálnym násilím boli dopytované priamo a bezprostredne na tieto skúsenosti. Zistené percento zodpovedá približne 100 000 ženám na Slovensku. Z nich 22% zažilo tento typ násilia v detstve, 63% po dosiahnutí 15 rokov a z nich 15% v dospelosti aj detstve.

Podľa výsledkov výskumu rodovo podmieneného násilia z roku 2023 bolo v súčasných partnerských vzťahoch vystavených sexuálnemu násiliu 5,3 % žien, pričom podiel tých, ktoré boli prinútené k sexuálnemu styku bol 4,6 %. Najčastejšie (3,6 %) obeť zažívali prinútenie k pohlavnému styku, ktorý nechceli, zo strachu z následkov odmietnutia (Gerbery, 2023). Popri skúsenostiach so sexuálnym násilím v partnerských vzťahoch tento výskum zisťoval aj skúsenosti so sexuálnym násilím mimo nich. Sexuálnemu násiliu mimo partnerského vzťahu bolo vystavených 6 % žien a prinútených k sexuálnemu styku bolo 3,8 % respondentiek. Obdobne ako pri sexuálnom násilí, ktoré ženy zažili v partnerskom vzťahu, najčastejšie (2,5 %) obeť zažívali prinútenie k pohlavnému styku, ktorý nechceli, pretože sa báli následkov odmietnutia a podobne časté bolo aj prinútenie k iným typom sexuálnych aktivít, ktoré boli pre obeť ponižujúce (Gerbery, 2023). Výsledky výskumu rodovo podmieneného násilia z roku 2023 namerali podobnú skúsenosť so sexuálnym násilím žien na Slovensku ako výskum FRA z roku 2014. To môže závisieť od obdobnej metodológie, nakoľko výskumy na seba metodologicky nadväzujú, vrátane skutočnosti, že respondentky boli dopytované na skúsenosti so sexuálnym násilím v širšom kontexte skúseností s rôznymi formami násilia.

Zistenia všetkých troch vyššie spomenutých výskumov v porovnaní s administratívnymi dátami z policajných štatistík poukazujú na vysokú latenciu trestných činov znásilnenia podľa § 199 Trestného zákona a sexuálneho násilia podľa § 200 Trestného zákona (viď kap. 1.3). Väčšina sexuálne viktimizovaných osôb¹¹ sa rozhodne viktimizáciu neohlásiť a väčšina trestných činov znásilnenia a sexuálneho násilia zostáva mimo štatistického obrazu o tejto kriminalite. Na Slovensku je miera nahlásených prípadov nižšia aj ako v krajinách s podobnými sociálno-demografickými charakteristikami, napr. v Česku, Poľsku alebo Slovinsku a podľa prevalenčných výskumov len 15 % žien ohlási najzávažnejší incident sexuálneho násilia polícii; pritom je alarmujúce, že vyšší nie je ani počet tých, ktoré po útoku vyhľadajú zdravotnícku pomoc (Očenášová & Michalík, 2017). Napriek tomu, že len zlomok sexuálne viktimizovaných osôb nahlási alebo sa zdôverí so skúsenosťou so sexuálnym násilím, pretrváva podozrenie, či nejde o falošné oznámenie. Pritom prehľadová štúdia o rôznych výskumoch o miere falošných oznámení o sexuálnej viktimizácii ukázala, že pravdepodobnosť falošného oznámenia je významne nízka a pohybuje sa od 2 % do 10 % (Lisak, et al., 2010).

Jedným z faktorov, ktoré prispievajú k nechote nahlasovať prípady sexuálneho násilia môžu byť aj strach a obavy zo sekundárnej viktimizácie a opätovnej traumatizácie v ďalšom konaní a v kontakte s relevantnými inštitúciami (polícia, zdravotná pomoc, súdnictvo) (Karkošková & Grešš Halász, 2017). Napr. chýbajúca koordinácia medzi jednotlivými aktérmi v procese zberu forenzných dôkazov či nekonzistentnosť v prístupe k obeť a neuplatňovanie prístupu zameraného na obeť môžu túto vystaviť ďalšej traumatizácii. Tieto obavy nachádzajú oporu v dátach a zisťovanej spokojnosti obeť s poskytnutými službami. Z výpovedí žien v rámci uvádzaného prieskumu FRA napr. vyplynulo, že len 58% obeť nepartnerského sexuálneho násilia bolo v rámci EÚ spokojných s poskytnutou asistenciou a pomocou zo strany polície po nahlásení incidentu a v prípade zdravotníckej pomoci poskytnutej v nemocničnom prostredí to bolo 65% obeť nepartnerského sexuálneho násilia (FRA, 2014).

Výsledky domáceho reprezentatívneho výskumu rovnako potvrdzujú tendenciu nenahlasovať prípady sexuálneho napadnutia či znásilnenia. Podľa správy z výskumu až 85% žien nevyhľadalo po

¹¹ Pod pojem sexuálne viktimizovaná osoba zahrňame osoby, ktoré boli vystavené znásilneniu, sexuálnemu násiliu alebo sexuálnemu zneužívaniu podľa § 199 - § 202 TZ.

incidente sexuálneho násillia potrebnú pomoc. V prípade, že sa tak stalo, išlo primárne o nahlásenie incidentu na políciu (11,2%), vyhľadanie psychologickej pomoci (7,9%) resp. obrátenie sa na cirkevné služby (7,6%) (Očenášová, Michalík, 2017). Výsledky výskumu tiež potvrdili pretrvávajúcu stigmatizáciu sexuálneho násillia, čo podporujú aj dôvody udávané respondentkami v prospech nenahlasovania incidentov políciu. Správa z výskumu uvádza, že 39% žien sa rozhodlo neobrátiť sa na políciu kvôli rozpakom a pocitu hanby, v 36 percentách šlo respondentkám o udržanie incidentu v tajnosti a 27% nepredpokladalo, že by im niekto uveril. Až 78% žien sa rozhodlo incident tajiť, pociťovalo hanbu (66,8%) a strach z reakcií okolia (59,7%). Následne tretina žien potvrdila negatívne reakcie zo strany okolia v nadväznosti na skúsenosť so sexuálnym napadnutím.

Časť preživších neoznámí skutok, pretože bezprostredne po ňom ho nepovažujú za sexuálne násillie, resp. neuvedomujú si, že sa ide o protiprávne konanie (Patterson et al. 2009). Medzi ďalšie faktory, ktoré zabráňujú oznámeniu sa radia napríklad okolnosť, že v dobe útoku bola obeť pod vplyvom alkoholu, bariéry znemožňujúce vymaniť sa zo zneužívania (napr. ak ide o obchodovanie s ľuďmi alebo nútenú prostitúciu), nedostatočná podpora okolia, strach z obviňovania, zlého zaobchádzania alebo vyčlenenia zo spoločnosti (COSAI, 2013a).

Pred preživšími stoja aj štrukturálne prekážky v prístupe k spravodlivosti, ako napríklad obavy, že polícia by nebola schopná alebo nemohla nič urobiť, strach z nepriateľského zaobchádzania zo strany polície alebo iných osôb v súdnom systéme, strach alebo odpor k políciu ako takej strach z úkonov v trestnom konaní procesu, nedostatok dôkazov o tom, že sa incident stal, neznalosť ako ohlásiť incident. Rozhodovanie ohlásiť znásilnenia a sexuálne násillie ovplyvňuje tiež strach, že skúsenosť preživších nebude braná dostatočne vážne, najmä v prípadoch, ak sa obeť a páchateľ pred skutkom poznali, mali blízky vzťah alebo sa obeť nebránila. Skeptické k oznamovaniu sú aj tie sexuálne viktimizované osoby, ktoré boli v čase skutku intoxikované, nachádzali sa na málo bezpečnom mieste alebo v rizikovej spoločnosti. Časté sú aj obavy z nepriateľského zaobchádzania zo strany polície alebo iných osôb a strach z invazívneho medicínskeho vyšetrenia. Niektoré sexuálne viktimizované osoby môžu byť poháňané túžbou sexuálnu viktimizáciu zatajiť alebo skúsenosť potlačiť v obave zo stigmatizácie. Napokon, obeť znásilnenia a sexuálneho násillia v zásade správne očakávajú, že budú v trestnom konaní vystavené kritickému posudzovaniu a že ich dôveryhodnosť bude spochybňovaná, prinajmenšom zo strany advokátov obvineného.

Vysoká latencia môže ďalej súvisieť aj s pretrvávajúcimi škodlivými predsudkami, rodovými stereotypmi a mýtmi, vrátane domnejšej zodpovednosti obetí za situáciu a ich následnej sekundárnej viktimizácii (WHO, 2014; Nesvold Friis & Ormstad, 2008, s. 713). V spoločnosti často skloňované predsudky a mýty majú kľúčový vplyv na to, ako obeť reagujú na útok, a následne aj na mieru nahlasovania sexuálneho násillia (COSAI, 2012). Prežívanie zahanbenia, stigmatizácia a spochybňovanie predstavujú vážnu prekážku pre rozhodnutie vyhľadať pomoc a skúsenosť ohlásiť. Mýty o sexuálnej viktimizácii ovplyvňujú aj dôslednosť profesionálov pri jej odhaľovaní a ochrane preživších. Zistenia prevalenčných výskumov napríklad spoľahlivo vyvracajú všeobecne rozšírenú predstavu, že sexuálna viktimizácia sa odohráva medzi neznámymi ľuďmi a na odľahlom mieste. V skutočnosti sa len jedna tretina sexuálnej viktimizácie odohrá na inom mieste ako v obydli a najpravdepodobnejším páchatelom je bývalý alebo súčasný partner obeť, iný príbuzný alebo niekto, koho obeť pozná. Podľa údajov získaných v prevalenčných výskumoch zo 100 znásilnení na Slovensku len 15 spácha neznáma osoba (Očenášová & Michalík, 2017).

Burajová a Očenášová na podklade analýzy rozhodnutí slovenských súdov poukazujú, že očakávania, ako reaguje skutočná obeť, sú tiež skôr reštriktívne (2020). Všeobecne sa správne predpokladá, že z hľadiska frekvencie výskytu ako dôsledok znásilnenia a sexuálneho násillia dominujú pocity strachu, hnevu a hanby, ktoré môžu byť sprevádzané viditeľnými znakmi emočného rozrušenia.

Už menej sa očakáva, že v čase útoku a aj po ňom obeť môže reagovať na sexuálnu viktimizáciu emočným ochromením (tzv. numbing) alebo stavom, kedy sa určité obsahy mysle vydedia z vedomého prežívania (t.j. disociácia) a v dôsledku toho sa obeť nebráni alebo sa môže javiť, že je k svojej situácii ľahostajná. Mylný je aj predpoklad, že sexuálna viktimizácia je vždy sprevádzaná fyzickou agresiou, na ktorú sexuálne viktimizovaná osoba nevyhnutne reaguje obranou a preto sú pre znásilnenie a sexuálne násilie typické telesné zranenia. Hoci v niektorých prípadoch môžu byť prítomné stopy po násilí a niektoré zranenia môžu byť v zriedkavých prípadoch vážne až život ohrozujúce, väčšina zranení sa zahojí v priebehu niekoľkých dní. V iných sa obeť vedome podvolí sexuálnej agresii bez akejkoľvek obrany, napríklad ak sa obáva ešte závažnejších následkov. V iných prípadoch sa obeť nebráni, pretože sa dostane to tzv. stavu zamrznutia.

V situácii absencie objektívnych informácií o podstate, dynamike a mechanizmoch tohto typu násillia, majú takéto mýty schopnosť obete doslova umlčať. Stigmatizácia obetí sexuálneho násillia v domácom kontexte bola nepriamo potvrdená aj v prieskume Špeciálny Eurobarometer 449 (2016), v ktorom sa takmer polovica opýtaných na Slovensku vyjadrila tak, že vníma sexuálne násillie za istých podmienok ako ospravedlniteľné pričom obeť boli 28 percentami opýtaných vnímané ako sčasti zodpovedné za vzniknuté násillie (EU priemer bol 14%). Podobné škodlivé predsudky môžu takto efektívne zabrániť preživším sexuálneho násillia nahlásiť napadnutie a vyhľadať potrebnú pomoc.

Pre odhaľovanie výskytu nie sú podľa Očenášovej dostatočné ani tradičné prevalenčné a viktimologické prieskumy (2017). Dôvodom môže byť fakt, že na vnímanie sexuálneho násillia významne vplýva aj jeho definícia (spoločenská i právna) a v prípadoch, keď nedošlo k priamemu donúteniu, si ich obeť nemusí vysvetliť ako sexuálne násillie (COSAI, 2012).

Súčasťou činnosti špecializovaných pracovísk pre obeť sexuálnej viktimizácie je preto aj výskumná činnosť, vzdelávanie a osvetové aktivity, ktorých cieľom je zvyšovanie poznatkov o sexuálnej viktimizácii u odbornej a aj laickej verejnosti, vrátane vyvracanie škodlivých mýtov a predsudkov o tomto fenoméne a osobách, ktoré ho prežili.

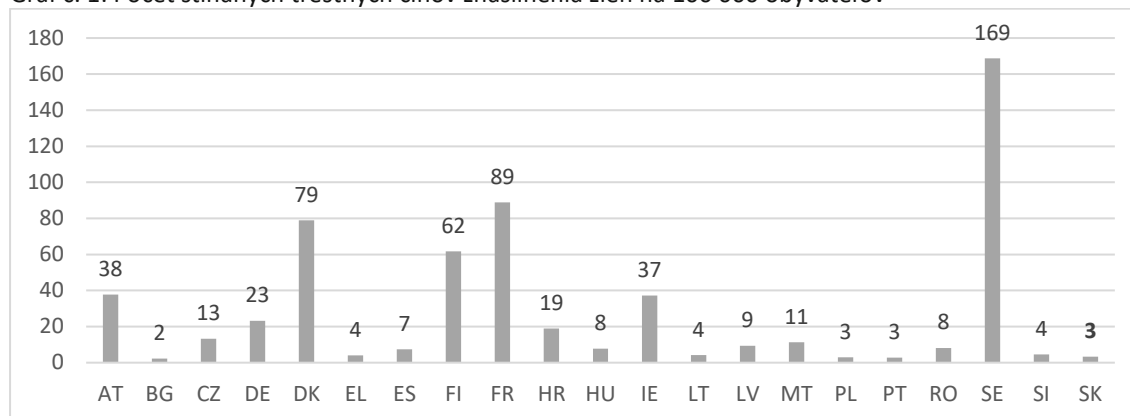
1.3. Administratívne policajné dáta o sexuálnom násilí

Ako bolo spomenuté v úvode, podľa údajov WHO bola celosvetovo asi jedna z troch žien (30 %) počas svojho života vystavená fyzickému a/alebo sexuálnemu násilliu zo strany intímneho partnera alebo nepartnerskému sexuálnemu násilliu (WHO, 2018). Podľa údajov Eurostatu, v roku 2015 polícia v rámci EÚ zaznamenala približne 215 000 násilných sexuálnych trestných činov, pričom tretinu z nich (takmer 80 000) predstavovali znásilnenia (Eurostat, 2015)¹². Najvyšší počet násilných sexuálnych trestných činov (64 500, z toho 35 800 znásilnení – 55 %) bol zaznamenaný vo Veľkej Británii, nasledovalo Nemecko (34 300, z toho 7 000 znásilnení – 20 %), Francúzsko (32 900, z toho 13 000 znásilnení – 40 %) a Švédsko (17 300, z toho 5 500 znásilnení – 33 %).

V pomere k počtu obyvateľov štátov Európy, o ktorých sú dáta v databáze EIGE, v roku 2021 najvyšší počet znásilnení žien zaznamenalo Švédsko so 169 trestnými činmi na 100 000 obyvateľov, nasledovalo Francúzsko (89) a Dánsko (79) (Európsky inštitút pre rodovú rovnosť, 2022), pričom v prípade Slovenskej republiky to boli len 3 prípady znásilnenia žien na 100 000 obyvateľov. Na Slovensku bola miera nahlásených prípadov nižšia aj ako v krajinách s podobnými sociálno-demografickými charakteristikami a legálnou definíciou znásilnenia, napr. v Česku (13) alebo Slovinsku (4), ako ukazuje graf č. 1.

¹² <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171123-1>

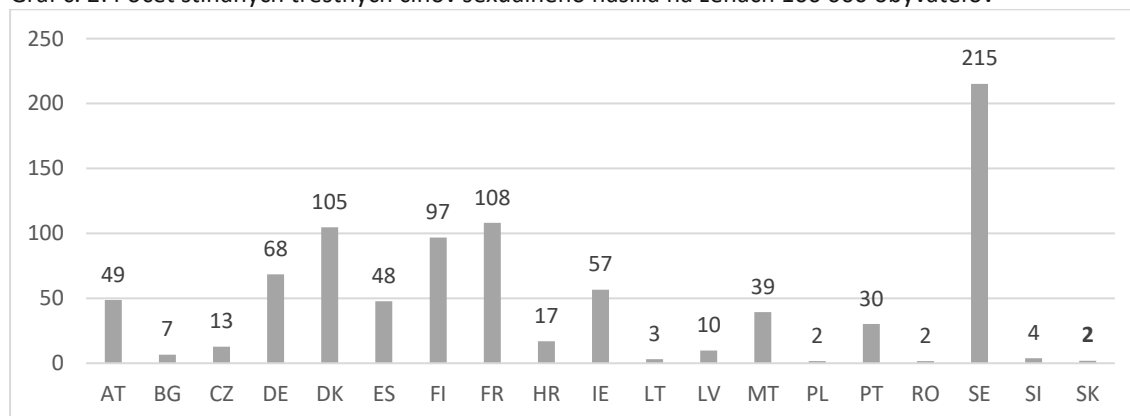
Graf č. 1: Počet stíhaných trestných činov znásilnenia žien na 100 000 obyvateľov



Zdroj: <https://eige.europa.eu/gender-statistics>, vlastné spracovanie

V porovnaní s inými európskymi krajinami Slovensko zaznamenalo obdobne nízky počet aj stíhaných trestných činov sexuálneho násillia, ako ukazuje graf č. 2.

Graf č. 2: Počet stíhaných trestných činov sexuálneho násillia na ženách 100 000 obyvateľov



Zdroj: <https://eige.europa.eu/gender-statistics>, vlastné spracovanie

Z uvedeného by bolo možné vyvodit' zdanlivo pozitívne hodnotenie bezpečnostnej situácie na území SR, ako ale upozorňuje Hullová (2016), opak je pravdou a pre vytvorenie reálnejšej predstavy je tu potrebné zohľadniť vysokú mieru latencie, ktorá je pre tento druh trestnej činnosti príznačná. Viacero zahraničných výskumov tiež poukazuje na to, že sexuálne násillie nie je len protiprávnym konaním s najvyššou latenciou ale aj zároveň zločin s najvyššou mierou odmietnutých alebo zastavených trestných konaní, pričom najčastejšie sa s vyšetrovaním prípadu skončí počas predprípravného a prípravného konania, pričom sťažnosti sú stiahnuté buď obeťami, alebo zastavené políciou (Condry 2010, Daly a Bouhours 2010 Jordan 2015 in Karkošková, 2017).

Z vyššie uvedeného vyplýva, že kriminálne štatistiky nevyhnutne neodrážajú skutočný počet násilných sexuálnych trestných činov v menovaných krajinách. Sú indikátorom toho, do akej miery sú takéto trestné činy nahlásené a evidované políciou. Rozdiely v počte násilných sexuálnych činov medzi krajinami sú ovplyvnené nielen legálnou definíciou relevantných trestných činov, ale aj všeobecnými postojmi k nim a ich obeťami, vrátane dostupnosti podporných služieb pre obeť, ktoré zodpovedajú ich potrebám.

Z domácich policajných štatistík¹³ z uplynulých rokov vyplýva, že počet stíhaných trestných činov znásilnenia žien a dievčat za rok zriedkakedy prevyšuje 100, v prípade sexuálneho násillia bol najvyšší počet 66 stíhaných skutkov (viď tabuľka č. 1).

Tabuľka č. 1: Počet stíhaných vybraných trestných činov za obdobie rokov 2017 – 2023 na Slovensku

Skutky na ženách a dievčatách	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
§ 199 Znásilnenie	96	99	95	92	93	107	100
§ 200 Sexuálne násillie	66	55	51	42	52	66	48

Zdroj: MV SR - Zisťovanie: Vzťah páchatel'a k obeti, vlastné spracovanie

Miera objasnenosti všetkých zistených trestných činov znásilnenia a sexuálneho násillia¹⁴ je v priemere za sledované sedemročné obdobie 62%. Bližšie mieru objasnenosti v jednotlivých rokoch ukazuje tabuľka č. 2.

Tabuľka č. 2: Miera objasnenosti vybraných trestných činov za obdobie rokov 2017 – 2023 na Slovensku

Všetky skutky	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
§ 199 Znásilnenie	64,58%	63,54%	61,86%	60,87%	65,22%	45,79%	48,00%
§ 200 Sexuálne násillie	75,86%	75,00%	69,23%	71,19%	63,89%	46,59%	50,70%

Zdroj: MV SR - Zisťovanie: Vzťah páchatel'a k obeti, vlastné spracovanie

Keďže z domáceho výskumu vyplýva, že len 11,2 % respondentiek so zážitkom sexuálneho násillia sa obrátilo na políciu (Očenášová & Michalík, 2017), môžeme teoretizovať a vyvodit', že policajné štatistiky zachytia len niečo cez desatinu reálneho výskytu. Z toho tiež vyplýva, že páchatelia sú odhalení len v 6 % z predpokladaného (nie zisteného) počtu násillných činov. Vysoká latencia teda len ďalej prispieva k obavám a nedôvere v schopnosť inštitúcií prípady viktimizácie vyriešiť a páchatel'ov potrestať. Rovnako nedochádza k odstrašeniú potenciálnych páchatel'ov na príkladoch odhalených a potrestaných páchatel'ov, čo by malo viesť k znížovaniu sexuálneho násillia v spoločnosti (Walby et al., 2013).

Dôsledky vysokej latencie a súvisiacej nízkej úrovne nahlasovania prípadov sexuálneho násillia sa neprejavujú len na individuálnej úrovni (psychické, sociálne či zdravotné problémy), naopak, dopady sú výrazné aj na celospoločenskej úrovni, vrátane pretrvávajúcej nedôvery v procesy a celkový systém, a následne chýbajúcim dôkazom k zadržaniu páchatel'ov. To opätovne potvrdzuje začarovaný kruh nedôvery v systém samotný a potenciálne prispieva k ďalšiemu znecitliveniu k problematike v spoločnosti. Vysoká latencia znamená aj nedostatok reprezentatívnych dát, ktoré by inak prispeli k formovaniu potrebných politik a zavádzaniu adekvátnych opatrení.

Ochotu obrátiť sa na inštitúcie ovplyvňujú aj predchádzajúce negatívne skúsenosti, ktoré ďalej narúšajú dôveru spoločnosti v ich fungovanie a teda aj prístup k spravodlivosti (FRA, 2014, s.62). Či už ide o nevyriešený prípad alebo aktuálny prípad, nedostatočná komunikácia s obeťami o stave vyšetrovacieho procesu a neschopnosť zväžiť dopad ich skúseností a poskytnúť podporu v rámci vyšetrovania, resp. následného súdneho procesu len prispievajú k ďalšej traumatizácii obeť (National Institute of Justice, s.2).

¹³ Štatistika kriminality v Slovenskej republike je dostupná na <https://www.minv.sk/?statistika-kriminality-v-slovenskej-republike-xml>

¹⁴ Dáta o objasnenosti zahŕňajú aj trestné činy sexuálneho násillia spáchaného na mužoch a chlapcoch, nakoľko zo štatistik kriminality nie je možné odvodiť mieru objasnenosti tohto trestného činu len na obeťach ženského pohlavia.

Pozitívna prax zo zahraničia potvrdzuje nutnosť zavádzania špecializovaných služieb pre obeť sexuálneho násillia ako jeden zo spôsobov, ako bojovať s uvádzanou vysokou latenciou a zároveň prispieť k zvyšovaniu dôvery v systém a k zlepšeniu konkrétnych procesov. Viaceré výskumy dokladajú pozitívne výsledky v situáciách, kedy obeť využili špecializované služby, vrátane vyššej miery nahlasovania prípadov sexuálnej viktimizácie polícii a efektívnejšej spolupráci vo vyšetrovacom procese (Nesvold, 2008; Crandall & Helitzer, 2003). Konkrétne, podľa výskumu Nesvold až 50% obetí, ktoré sa obrátia na SAC v Nórsku, podá trestné oznámenie (Nesvold, Friis & Ormstad, 2008). Zavedenie špecializovaných služieb tiež vedie k efektívnejšiemu zberu forenzných dôkazov pre potreby vyšetrovania či súdneho procesu, a tým zvyšuje šancu na identifikáciu a zaistenie páchatel'a. Podľa Nesvold, konkrétne v prípade modelu SAC, sa naň často obracajú ženy bezprostredne po útoku, teda v čase, keď sa dá získať najviac forenzných dôkazov (Nesvold, Friis & Ormstad, 2008).

Systémová beztrestnosť sexuálneho násillia je neakceptovateľná, a to jednak s ohľadom na obeť, ale aj celú spoločnosť a rovnako tak vo vzťahu k páchatel'om. Aj preto je kritické, aby boli násilné činy nahlasované, a tým nezostávali nepotrešané. Nízke čísla v policajných štatistikách poukazujú na systémové nedostatky, ktoré je potrebné adresovať, napríklad aj prostredníctvom transferu pozitívnej praxe z krajín, v ktorých sa štatistiky blížia výsledkom prevalenčných štúdií. Príklady dobrej praxe zavedené vo viacerých krajinách demonštrujú úspešnosť vybraných intervenčných modelov, a to jednak vo vzťahu k napĺňaniu individuálnych potrieb obetí ako aj celospoločenskej potreby efektívnejšieho uchopenia a adresovania fenoménu sexuálneho násillia. Koordinovaný multidisciplinárny prístup navyše prispieva k predchádzaniu sekundárnej viktimizácie obetí, zvyšuje vieru vo vymožitelnosť práva a pocit bezpečia v spoločnosti (Karkošková & Grešš Halász, 2017).

Osobitne zraniteľné skupiny

Je pravdepodobné, že latencia bude ešte vyššia v prípadoch, keď obeť patrila k minoritnej skupine, či už z dôvodov rasového alebo etnického pôvodu, sexuálnej orientácie, príslušnosti k národnostnej menšine alebo z dôvodu prítomnosti zdravotného postihnutia či vplyvom iných faktorov. Uvedené charakteristiky ako aj špecifický kontext (napr. existencia ozbrojeného konfliktu, humanitárnej krízy či prírodnej katastrofy) prispievajú k zvýšenej zraniteľnosti obetí voči sexuálnemu násilliu (COSAI, 2012).

Podľa prieskumu FRA z roku 2017 zameraného na diskrimináciu menšín¹⁵, v EÚ pretrváva nízka úroveň nahlasovania prípadov násillia, a to najmä v prípadoch týkajúcich sa menšín, migrantov, osôb v závislom alebo neistom postavení, pokiaľ ide o právo na pobyt, osôb LGBTI+, obetí antisemitských trestných činov, sexuálneho zneužívania detí, domáceho a rodovo motivovaného násillia a obchodovania s ľuďmi a obetí nútenej práce (FRA, 2017). Podľa záverov prieskumu približne dve tretiny respondentiek, ktoré sa stali obeťami rodovo podmieneného násillia, útok neohlásili orgánom zo strachu z odvetných opatrení, rozpakov a sociálnej stigmy a len jeden z ôsmich respondentov/respondentiek prieskumu ohlásil alebo podal sťažnosť na najnovší prípad diskriminácie, ktorej bol vystavený alebo vystavená z dôvodu svojho etnického alebo prisťahovaleckého pôvodu. Dôvera minoritných skupín v inštitúcie môže byť v spoločnosti teda ešte nižšia, čo má priamy dopad na ochotu preživších nahlásiť násilný incident. Z dôvodu príslušnosti ku konkrétnym minoritám, môžu byť navyše uvedené skupiny násillím ohrozené ešte viac. Ide teda o osobitne naliehavý problém a včasnú

¹⁵ Hlavné zistenia a výsledky prieskumu sú dostupné na:
<http://fra.europa.eu/en/publication/2017/second-european-union-minorities-and-discrimination-survey-mainresults>

zavedenie funkčného modelu služieb je kritické, keďže potreby preživších sú v tomto prípade ešte komplexnejšie a ich zraniteľnosť vyššia.

2. Následky sexuálneho násillia

2.1. Zdravotné následky

Z pohľadu zdravotného hľadiska sa skúsenosť sexuálneho násillia môže na obeť podpísať v podobe rôznych fyzických zranení a zdravotných problémov, krátkodobých či dlhodobých (WHO, 2014).

V spomínanom prieskume FRA, obeť sexuálneho násillia v rámci EÚ uvádzali v poradí od najčastejšie sa vyskytujúceho: škrabance a modriny (35%), rany a popáleniny (7%), vnútorné zranenia (5%), otrasy mozgu, poranenia hlavy a potrat (2%), zlomeniny a iné poranenia (FRA, 2014, s. 58). Približne polovica respondentiek neuviedla významné fyzické následky ani zranenia v dôsledku sexuálneho násillia.

Obeť môžu ďalej trpieť rôznorodými gynekologickými komplikáciami (napr. vaginálne krvácanie, bolesti, infekcie močových ciest), tiež pohlavne prenosnými ochoreniami (HIV/ AIDS) či otehotnieť. Je to práve strach z pohlavne prenosných chorôb a neželaného tehotenstva, čo motivuje obeť vyhľadať zdravotnú pomoc bezprostredne po sexuálnom napadnutí (Očenášová, 2017; COSAI, 2012, s. 16). Aj podľa výsledkov prieskumu FRA, sa obeť častejšie obráti na zdravotnícke zariadenia a zdravotnícky personál než políciu (FRA, 2014, s. 60). V niektorých prípadoch môžu zranenia ohroziť aj život obeť, no väčšina fyzických následkov incidentov sexuálneho násillia sa vyrieši do niekoľkých dní (COSAI, 2012).

Špeciálne závažnými sú psychické následky spojené so zážitkom sexuálneho násillia. Tieto dokážu významne ovplyvniť životy obeť ešte na dlhú dobu po napadnutí, pričom môže ísť o široké spektrum prejavov, vrátane úvodného šoku, pocitov hanby či viny (Nishith, Reginald Nixon & Resick, 2005). Často sa vyskytujúcim dôsledkom býva PTSP¹⁶ a celý rad súvisiacich symptómov, vrátane ťažkostí so spánkom, slabej chuti do jedla, tzv. flashbackov, pocitov otupenosti, hnevu, hanby a popierania či iných ťažkostí (COSAI, 2012, s. 15). V najzávažnejších prípadoch môžu stavy súvisiace s PTSP viesť až k samovražde (WHO, 2021). Dôsledky skúsenosti so sexuálnym násillím sa v mnohých prípadoch odrazia aj na sociálnom živote obeť a jej partnerskom vzťahu, vzťahoch s rodinou či blízkymi (Očenášová, 2017; COSAI, 2012; WHO, 2021).

Podľa prieskumu FRA, obeť nepartnerského sexuálneho násillia zažívajú v zvýšenej miere práve rôznorodé dlhodobé následky, ako úzkosť, pocit zraniteľnosti či stratu sebavedomia (FRA, 2014, s. 57 - 58). Respondentky ďalej uvádzali spektrum emočných reakcií, vrátane strachu, hnevu, hanby, šoku, podráždenosti, pocitov trápnenosti či viny. Z dlhodobého hľadiska dominovali práve pocity spojené so stratou sebavedomia, zraniteľnosť, úzkosť, poruchy spánku, depresie, stavy paniky, problémy vo vzťahoch, problémy s koncentráciou či symptómy PTSP.

Záveru domáceho reprezentatívneho výskumu realizovaného IVPR u žien rovnako potvrdili prítomnosť symptómov PTSP (Očenášová & Michalík, 2017, s. 36). Spomedzi viacerých druhov následkov a dopadov sexuálneho násillia vo výskume dominovali práve psychické následky. Tieto boli v prípade partnerského násillia výraznejšie, čo si autori správy z výskumu vysvetľujú dlhodobou prítomnosťou kombinácie viacerých foriem násillia v takýchto vzťahoch. Nepartnerské sexuálne násillie malo rovnako dopad na ďalší sociálny, partnerský a sexuálny život žien (Očenášová, Michalík, 2017). Zistenia výskumu IVPR ďalej uvádzajú, že respondentky, ktoré zažili sexuálne násillie, vykazovali vyššiu mieru úzkosti a depresie na rozdiel od žien bez podobnej skúsenosti. Výskum IVPR rovnako potvrdil

¹⁶ Z ang. jazyka Post-traumatic stress disorder (PTSD)

vnímanú nízku sociálnu podporu zo strany okolia a nedostatočnú spokojnosť s celkovým, partnerským a sexuálnym životom po skúsenosti so sexuálnym násilím. Podľa správy z výskumu podobné psychické problémy sčasti vysvetľujú aj vyššiu mieru užívania psychofarmák a alkoholu u obetí (Očenášová & Michalík, 2017, s. 36).

2.2. Ekonomické náklady a sociálne náklady

Vytvorenie Centra pre obeť sexuálneho násillia (SAC) je kľúčové nielen z etických, morálnych a ľudskoprávných dôvodov, ale aj z tých ekonomických. Vytvorenie takéhoto špecializovaného pracoviska prináša nielen benefity pre obeť sexuálneho násillia a spoločnosť, ale aj pre štát a jeho rozpočet. Prevencia sexuálnej viktimizácie (od primárnej po terciárnu) a efektívna a včasná pomoc, v súlade s najnovšími vedeckými poznatkami, osobám, ktoré zažili sexuálne násillie, môže totiž priniesť značné úspory pre štát, najmä z dlhodobého hľadiska.

Pri uvažovaní o založení Centra pre obeť sexuálneho násillia je nevyhnutné brať do úvahy nielen náklady, ktoré založení takého centra so sebou prináša, ale aj náklady, ktoré budú založením tohto centra eliminované, resp. znížené. Práve týmto nákladom sa venujeme v nasledujúcej časti.

Sexuálne násillie má negatívne ekonomické dopady, tak na osobu, ktorá je obeťou takéhoto násillia, na jej blízky, ako aj na ekonomiku ako celok, teda aj na príjem a výdavky štátneho rozpočtu. Vzhľadom na skutočný výskyt sexuálneho násillia na Slovensku, ktorému sem sa podrobnejšie venovali v podkapitolách 1.2 a 1.3, nie sú tieto straty pre ekonomiku zanedbateľné.

Všeobecne sa náklady spojené so sexuálnym násilím dajú zhrnúť do 3 kategórií – náklady spojené s ujmom na zdraví obeť, náklady v dôsledku straty produktivity a náklady spojené s činnosťou trestného a súdneho systému v súvislosti so sexuálnym násilím. (Peterson et al., 2017) Na náklady, ktoré vznikajú v dôsledku sexuálneho násillia, sa dá pozerať aj z pohľadu toho, komu tieto náklady vznikajú – štátu, jednotlivcom a spoločnosti. (Schulze & Hurren, 2021)

Odborná literatúra v súvislosti s vyčíslovaním ekonomickej hodnoty násillia rozlišuje medzi explicitnými (tangible) a implicitnými (intangible) nákladmi (napr. Post et al., 2011).

Medzi explicitné náklady patria:

1. náklady na zdravotnú starostlivosť,
2. náklady spojené so službami starostlivosti o mentálne zdravie,
3. náklady z dôvodu zníženej ekonomickej produktivity (znížená pracovná výkonnosť z dôvodu traumy, častejšie PN, páchatel', v prípade trestu odňatia slobody, nevytvára ekonomicke hodnoty),
4. náklady spojené s administráciou poistenia (v našich podmienkach náklady spojené s administráciou úkonov zdravotného a sociálneho poistenia),
5. náklady spojené s prácou orgánov činných v trestnom konaní (polícia a prokuratúra) a súdov,
6. ako aj náklady spojené s odsúdením a nápravou páchatela.

Do tejto kategórie by sme mohli zaradiť aj náklady spojené s prevenciou sexuálneho násillia, ktoré sú vynakladané jednotlivcami (napr. kúpa slzného spreja, navštevovanie kurzov sebaobrany, atď.). Ďalšie náklady, ktoré môžu vzniknúť, sú v dôsledku poškodenia hmotného majetku v súvislosti s aktom sexuálneho násillia.

Za implicitné náklady sa považujú:

1. psychologická (duševná) bolesť a trauma obeť,
2. všeobecný strach z viktimizácie v spoločnosti.

Kvantifikovať širokospektrálne náklady spojené so sexuálnou viktimizáciou je zložité, najmä z dôvodu nedostatku dát. Zásadným problémom je absencia dát o skutočnom výskyte sexuálneho násillia na Slovensku (ako aj vo väčšine iných krajín). A aj keď ku skutočnému výskytu tejto formy násillia je možné sa priblížiť odhadom na základe kriminálnych štatistík a prevalenčných výskumov, absentujú dáta, ktoré vypovedajú o následkoch násillia pre štát a spôsobe ich sanácie, čo následne sťažuje odhad skutočných nákladov štátu spojených so sexuálnym násillím.

Náklady štátu, ktoré mu vznikajú v súvislosti so sexuálnym násillím, je minimálne možné kategorizovať a obsahujú:

- A. Náklady spojené so zdravotnou starostlivosťou obetí sexuálneho násillia, či už bezprostredne alebo dlhodobo, napr. v dôsledku negatívnych dopadov na mentálne zdravie obetí.

Tieto náklady by sa dali kvantifikovať v spolupráci s nemocnicami a ich dátami o charaktere fyzických zranení obetí, dĺžke a nákladoch štátu na liečbu týchto zranení a na základe dát ľudí v pomáhajúcich profesiách, ktorí spolupracujú s obeťami sexuálneho násillia dlhodobo v oblasti ich mentálneho zdravia.

- B. Náklady v dôsledku zníženej ekonomickej/pracovnej produktivity obeť sexuálneho násillia a páchatel'a tohto násillia.

Ako zistila Loya (2014), znížená ekonomická produktivita obeť sexuálneho násillia sa môže prejavovať rôznymi spôsobmi – vo forme častejších absencií v práci v dôsledku práceneschopnosti zo zdravotných dôvodov alebo inej neprítomnosti v práci, zníženom pracovnom výkone, strate práce alebo neschopnosti pracovať. Znížená produktivita má potom ďalekosiahle následky na obeť aj na ekonomiku. Pre obeť môže viesť výpadok príjmu (najmä dlhodobý) k nižšiemu dôchodku a celkovo tak prispievať k feminizácii chudoby. Pre štát môžu vzniknúť náklady spojené s podporou obeť v prípadnej nezamestnanosti a navyše štát v dôsledku nižších príjmov obeť sexuálneho násillia dosahuje nižšie príjmy štátneho rozpočtu (či už z dôvodu nižších daní z príjmov, alebo zo zníženej spotreby obeť v dôsledku ich znížených príjmov). Okrem toho ako uvádza Potter (2018), v prípade, že je obeťou sexuálneho násillia študentka alebo študent vysokej školy, môže to mať negatívny dopad na ich štúdium (horšie študijné výsledky alebo odchod zo školy). To vedie k strate ľudského a intelektuálneho kapitálu v krajine, čo má opäť negatívne dopady na ekonomiku. Negatívne (aj ekonomicke) dopady sexuálneho násillia zvyknú byť závažnejšie v prípade pokračujúceho sexuálneho násillia alebo v prípade, že k sexuálnemu násilliu dôjde priamo na pracovisku. Vyššia strata krátkodobej produktivity sa zistila aj v prípadoch, že je páchatel'ov viac alebo v prípade, že sa sexuálneho násillia dopúšťa blízka osoba – člen rodiny alebo intímny partner/partnerka. (Peterson et al., 2018) K ďalšiemu zníženiu ekonomickej hodnoty môže prísť aj v dôsledku retraumatizácie (napr. v priebehu trestného stíhania alebo konania) alebo straty pocitu istoty. (Schulze & Hurren, 2021)

V prípade, že je páchatel'ovi sexuálneho násillia udelený trest odňatia slobody bezpodmienečne, tak to pre štát predstavuje náklady spojené s väzenskou starostlivosťou a správou a zároveň páchatel' neprispieva do štátneho rozpočtu prostredníctvom výkonu práce alebo podnikania. Takisto je možné predpokladať, že trest bude mať negatívny dopad na jeho/jej kariérnu dráhu, ktorá nedosiahne plný potenciál a opäť dochádza k strate ľudského kapitálu.

Je dôležité spomenúť, že sexuálne násillie môže mať negatívny dopad aj na blízke osoby obeť (Schulze & Hurren, 2021) a páchatel'a, ktoré môžu samy zažívať niektoré z negatívnych dopadov násillia, vrátane zníženej produktivity, čo tiež predstavuje ďalšie náklady pre

ekonomiku. Takisto je dôležitým, aj keď ťažko kvantifikovateľným nákladom, strata bezpečia, ktorú zažívajú obeť sexuálneho násillia.

Ekonomické náklady štátu súvisiace so zníženou ekonomickou produktivitou obetí sexuálneho násillia je náročné kvantifikovať. Za týmto účelom by mohli byť uskutočnené hĺbkové rozhovory, ktorých cieľom by bolo zistiť dopad sexuálneho násillia na obeť a ich ekonomickú produktivitu a pôsobenie na trhu práce, prípadne na ich štúdium. Za týmto účelom by bolo vhodné uskutočniť rozhovory s osobami, ktoré zažili sexuálnu viktimizáciu relatívne nedávno, ako aj dávnejšej za účelom posúdenia vplyvu sexuálneho násillia na krátkodobú aj dlhodobú produktivitu obetí.

Ekonomické náklady štátu súvisiace so zníženou ekonomickou produktivitou páchatel'ov je možné kvantifikovať pomocou údajov Ministerstva spravodlivosti/Zboru väzenskej a justičnej stráže. Za týmto účelom by bolo potrebné zistiť, koľko osôb je v súčasnosti vo výkone trestu odňatia slobody kvôli spáchaniu niektorého z trestných činov spadajúcich pod definíciu sexuálneho násillia (napr. TČ znásillenia alebo TČ sexuálneho násillia), zistiť priemernú dĺžku ich trestov a kvantifikovať jednak sumu, ktorú stojí štát výkon tohto trestu (súčasť bodu d)), ako aj ušlý príjem týchto osôb (napr. použitím mediánových miezd za jednotlivé roky) a s tým súvisiacu stratu štátneho rozpočtu.

C. Náklady štátu súvisiace s administráciou poistenia

Každý úkon verejnej správy nevyhnutný k administrácii napr. poskytnutej zdravotnej starostlivosti v súvislosti so sexuálnym násillím má svoju hodnotu (osoba, ktorá takýto úkon spracováva sa nemôže venovať inej práci). V prípade sexuálneho násillia môže vzniknúť administrácia aj v Sociálnej poisťovni, napr. v súvislosti s práceneschopnosťou alebo inými dávkami.

Kvantifikácia týchto nákladov je úzko spätá s kvantifikáciou nákladov spadajúcich pod a) a c). Keď bude známe množstvo úkonov súvisiacich so sexuálnym násillím, budú sa napr. na základe hodinovej sadzby zamestnancov/zamestnankýň zdravotných poisťovní (resp. Všeobecnej zdravotnej poisťovne ako štátnej poisťovne) dať vypočítať náklady na administráciu týchto úkonov.

D. Náklady štátu súvisiace s prácou orgánov činných v trestnom konaní a súdov a náklady súvisiace s odsúdením a nápravou páchatel'a sexuálneho násillia

Štát má náklady spojené s trestným stíhaním, trestným konaním, ako aj so starostlivosťou o odsúdených páchatel'ov. Tieto náklady by bolo možné znižovať efektívnou prevenciou sexuálneho násillia.

Tento druh nákladov by mal byť najjednoduchší na kvantifikáciu, keďže na základe dostupných štatistík (napr. Policajného prezidia) sa dá zistiť počet trestných stíhaní v súvislosti so sexuálnym násillím, ako aj počet prípadov, ktoré sú predmetom trestného konania a počet odsúdených páchatel'ov. Na základe priemernej hodinovej mzdy policajtov/policajtiiek, prokurátorov/prokurátoriek, sudcov/sudkýň a odhadu počtu hodín, ktoré strávia riešením prípadu sexuálneho násillia a priemerných nákladov na deň na jedného odsúdeného by bolo možné náklady štátu v tomto bode relatívne presne kvantifikovať.

E. Implicitné náklady súvisiace s psychologickou (duševnou) bolesťou, traumou a všeobecným strachom z viktimizácie v spoločnosti.

Je ťažké kvantifikovať implicitné náklady spojené so sexuálnym násillím. Avšak Post et al. (2011) konštatujú, že nepopierateľne vedú k zníženej kvalite života a zníženej produktivite jednotlivcov, ako aj spoločnosti ako celku. Implicitné náklady by bolo možné kvantifikovať sprimerovaním

odškodnení zistených z relevantných súdnych rozhodnutí, ktoré sú priznávané obetiam trestných činov sexuálneho násilia. Avšak je otázne, ako často je takéto odškodnenie priznávané a či je jeho výška na Slovensku dostatočná. Na kvantifikáciu týchto nákladov môžu slúžiť aj údaje o odškodneniach v súvislosti so zákonom o obetiach.

Z vyššie uvedeného je zrejmé, že prevencia sexuálneho násilia je kľúčová pre zníženie nákladov štátu spojených so sexuálnym násilím. Takisto je dôležité, aby v prípade, že k sexuálnemu násiliu dôjde, bola poskytnutá pomoc obetiam čím skôr a čo najkvalitnejšie, aby mohli byť efektívne zmiernené niektoré negatívne dopady sexuálneho násilia, vrátane tých ekonomických. Práve tomuto účelu by slúžilo SAC. Pri vyhodnocovaní ekonomickej efektívnosti takého centra je preto nevyhnutné brať do úvahy aj finančné benefity, ktoré by takéto centrum prinieslo z dlhodobého aj krátkodobého hľadiska.

3. Špecializovaný prístup k potrebám obetí na jednom mieste

3.1. Minimálny rozsah integrovanej pomoci a podpory

V nadväznosti na uvedené psychické, zdravotné a sociálne následky sexuálneho násillia, vystupujú do popredia tri hlavné kategórie starostlivosti a asistencie obetiam v ich špecifickej situácii, a to *zdravotnícka, vrátane forenzného vyšetrenia, psychosociálna a právna* (COSAI, 2012, s. 17; Karkošková a Grešš Halász, 2017).

Ako uvádza Karkošková a Grešš Halász, **forenzná starostlivosť** predpokladá citlivý a dôkladný zber a zdokumentovanie forenzných dôkazov, a to čo najskôr po útoku (Karkošková a Grešš Halász, 2017). Pokiaľ na to nie sú zdravotné dôvody, zhromaždenie forenzných dôkazov DNA a zdokumentovanie zranení by malo mať prednosť pred zdravotnou prehliadkou (COSAI, 2012, s. 17) resp. by malo prebehnúť súčasne na tom istom mieste a za asistencie tej istej zodpovednej osoby (WHO, 2003, s. 17). Obete by mali byť informované o potrebe a dôležitosti uchovania forenzných dôkazov, ak je to možné, a to vynechaním sprchovania, prania bielizne, umývania zubov, ako aj uchovaním oblečenia (najmä spodnej bielizne), ktoré mála obeť na sebe v čase útoku, no aj v prípade dostatočného povedomia nemusí byť obeť schopná tieto odporúčania dodržať (Karkošková a Grešš Halász, 2017). V závislosti od krajiny a príslušnej legislatívy sa zbieranie forenzných dôkazov realizuje buď na pohotovostných nemocničných oddeleniach, gynekologických oddeleniach alebo v špeciálnych priestoroch policajnej stanice, ale aj v lekárskej ambulancii alebo v priestoroch iných zariadení poskytujúcich relevantné služby.

Potreby, ktoré pokrýva **zdravotnícka starostlivosť**, sú spojené s ošetrením prípadných fyzických zranení, testovaním a profylaxiou v súvislosti s pohlavne prenosnými ochoreniami a tehotenstvom a následným kontrolným testovaním a/alebo liečbou (COSAI, 2012; Karkošková a Grešš Halász, 2017). V prípade zdravotníckej starostlivosti, vrátane forenzného vyšetrenia, je obzvlášť dôležitý citlivý prístup personálu a rešpektujúce zaobchádzanie s obeťou, ktoré jednak napomáha zotavovaniu sa, zamedzuje aj ďalšej traumatizácii resp. sekundárnej viktimizácii (WHO, 2003).

Podľa usmernení WHO by primeraná a kvalitná starostlivosť mala byť dostupná všetkým, ktorí sa stali obeťami sexuálneho napadnutia (WHO, 2003). Zdravotná starostlivosť a konzultácie by mali byť realizované na mieste, kde je optimálny prístup k celej škále služieb a zariadení, potrebných pre adekvátne vyšetrenie, napríklad v nemocnici alebo na klinike, v ideálnom prípade s dostupnosťou 24 hodín denne. Bez ohľadu na typ zariadenia a lokalitu, starostlivosť by mala byť poskytovaná eticky, citlivo no objektívne a predovšetkým so zameraním na obeť a jej bezpečnosť a súkromie.

V prípade **psychosociálnej starostlivosti** ide najmä o poskytovanie psychosociálnej podpory a poradenstva, krízovej intervencie, prípadne dlhodobejšej psychoterapie (Karkošková a Grešš Halász, 2017). V niektorých prípadoch sú obetiam odporúčané ďalšie sociálne služby, ktoré môžu byť poskytované špecializovanými inštitúciami v závislosti od legislatívy a možností konkrétnej krajiny (napr. krízové centrá pre týrané ženy, deti a obeť domáceho násillia). Psychologické následky prameniace zo skúsenosti so sexuálnym násillím môžu byť dlhodobé, a rovnako tak potrebná psychosociálna podpora a starostlivosť a následne súvisiaca finančná záťaž. Potreby sa navyše môžu časom meniť a vyvíjať (COSAI, 2012; Vickerman and Margolin 2009). Aj preto je včasné a kontinuálne zakomponovanie psychosociálnej podpory kľúčové a malo by byť integrálnou súčasťou starostlivosti dostupnej obetiam sexuálneho násillia. V domácej praxi sú tieto odkazované najmä na relevantné mimovládne organizácie. Túto úlohu sčasti naplňajú aj krízové telefónne linky, krízové centrá či feministické organizácie, ktoré poskytujú relevantné služby pomoci obetiam sexuálnych útokov.

Adekvátna a včasná psychologická pomoc môže zmierniť, eliminovať alebo dokonca pomôcť predísť vzniku PTSP v následnosti na sexuálnu viktimizáciu, a preto je jej plnohodnotné zakomponovanie v intervenčnom modeli mimoriadne dôležité.

Ďalšou rovinou a súvisiacou oblasťou potrieb obetí sexuálneho násillia je **právna pomoc** a dosiahnutie spravodlivosti, v prípade, že sa rozhodnú podať trestné oznámenie na páchatel'a a tým sa v mnohých prípadoch vystaviť riziku opätovnej traumatizácie či dokonca sekundárnej viktimizácie. Vo všeobecnosti je úlohou orgánov činných v trestnom konaní zabezpečiť pre obeť spravodlivosť, uplatňovanie zákona, identifikáciu a odsúdenie páchatel'a. Naplnenie tejto úlohy však nemá ísť na úkor obeť, jej ochrany a bezpečia (COSAI, 2012). Rešpektujúci prístup k obeť v procese vyšetrovania, ktorého súčasťou je aj poskytnutie dôležitých informácií o právnych možnostiach vrátane zastupovania, ale aj ďalších krokov v procese vyšetrovania a súdneho procesu, je preto kľúčový a môže významne ovplyvniť ochotu a motiváciu preživších pri vyšetrovaní účinne spolupracovať (Očenášová, 2017).

Vo vzťahu k ďalším identifikovaným potrebám obeť sexuálneho násillia, prieskum FRA menuje nasledovné oblasti, ktoré respondentky uviedli v rámci rozhovorov ako oblasti, v ktorých im chýbala podpora a detailnejšie informácie. Potreby sú uvádzané v poradí podľa výskytu: *morálna podpora a možnosť s niekým sa porozprávať* (51 %); *ochrana pred ďalšou viktimizáciou príp. obťažovaním* (21 %); *praktická pomoc* (16 %); *pomoc pri nahlasovaní napadnutia /pri komunikácii s políciou* (12 %); *lekárska pomoc* (10 %); *informácie o bezpečnosti/predídení ďalšiemu násilnému činu* (9 %); *bližšie informácie od polície* (6 %); *finančná podpora* (3 %); *pomoc so žiadosťou o poistenie/odškodnenie* (2 %); *iné* (3 %) (FRA, 2014, s. 67).

Špecifické potreby obeť sexuálneho násillia by mali byť adekvátne adresované prostredníctvom špecializovaných služieb, uplatňujúc rešpektujúci prístup k obeť a ich bezpečiu a za pomoci a asistencie špeciálne trénovaného personálu. Pravidelný zber údajov o potrebách obeť, spätnej väzbe a spokojnosti so službami je rovnako dôležitý, keďže napomáha predchádzať zavádzaniu potenciálne neefektívnych opatrení, ktoré v konečnom dôsledku neposkytujú cieleňú podporu. K dispozícii sú príklady dobrej praxe zavedenia vybraných intervenčných modelov, ktoré reagujú práve na uvádzané identifikované potreby v multiinštitucionálnej spolupráci, na jednom mieste a s podporou špecificky vyškolených odborníkov a odborníček.

Na Slovensku zatiaľ absentujú špecifické služby pre obeť sexuálneho násillia. Práve špecifickosť a komplexnosť problému sexuálneho násillia si vyžaduje nielen vyškolený profesionálny personál ale aj interdisciplinárnu spoluprácu naprieč rôznymi odbormi v jednotlivých zainteresovaných inštitúciách.

Ako zhrnula Karkošková (2017) špecializované služby pre obeť sexuálneho násillia sa rozlišujú na koordinované a integrované modely. Pri koordinovanom modeli služieb sa na poskytovaní služieb podieľa samostatne viaceré inštitúcií, napríklad zdravotnícke zariadenie, mimovládna organizácia, subjekt poskytujúci právnu pomoc a poradenstvo, polícia, a ich činnosť je koordinovaná koordináčnymi pracovnými skupinami (tzv. SART - *Sexual Assault Response Team*). Cieľmi koordinácie je mať jednotné východiská a princípy, podľa ktorých sú služby a intervencie poskytované, adresná reakcia na potreby obeť a zabránenie sekundárnej viktimizácie, monitoring dodržiavania štandardov a diskusia o prípadoch. Členky a členovia koordináčnej skupiny sa tiež podieľajú na vzdelávaní, preventívnych aktivitách, komunikácii s verejnosťou a vyhľadávaní prípadov v menšinových komunitách alebo v skupinách, ktoré služby nevyhľadávajú. Miera formalizácie takýchto koordináčnych skupín je rôzna a tiež sa líši to, kto je hlavným koordinátorom. Často je v pozícii hlavného koordinátora zdravotnícky

personál tzv. SANE¹⁷ sestra, alebo mimovládna organizácia poskytujúca služby obetiam (Očenášová et. al. 2015, s. 29).

Integrované služby sú založené na interdisciplinárnej spolupráci, ktorá je realizovaná na jednom mieste a v jedinej inštitúcii. Obeť sexuálneho násillia získa všetky potrebné služby v jednom centre, kde jednotlivé služby resp. výkony príslušných profesií a odborov na seba plynulo nadväzujú. Centrum by malo byť dostupné 24 hodín denne 7 dní v týždni a malo by poskytovať zdravotné ošetrovanie, forenzné vyšetrenie (odber dôkazného materiálu), krízovú intervenciu, psychologické a právne poradenstvo. Príkladmi takýchto zariadení sú centrá pre obeť sexuálneho napadnutia (*Sexual Assault Referral Centre* alebo *Sexual Assault Centre*), ktoré pôsobia priamo v nemocniciach a bežné sú vo Veľkej Británii, či v škandinávskych krajinách. Štandardnou podpornou službou, ktorú poskytujú, je forenzné vyšetrenie aj v prípade, že obeť nepodá trestné oznámenie a možnosť uschovať dôkazný forenzný materiál pre prípad, že sa obeť rozhodne pre podanie trestného oznámenia neskôr. Centrá zároveň úzko spolupracujú s políciou a vytvárajú podmienky na to, aby sa výsluch obeť mohol realizovať priamo v centre. Centrum, pokiaľ si to viktimizovaná osoba želá, jej poskytuje aj následnú dlhodobú psychologickú starostlivosť a sociálnu podporu; v prípadoch, ak je to potrebné aj právnu pomoc, vrátane sprevádzania počas trestného konania. Práve systém integrovanej pomoci pod jednou strechou bol zároveň vyhodnotený ako model najlepšej praxe (Walby et al., 2013). Výhodou je nielen centralizácia pomoci, ale aj jednotné chápanie sexuálneho násillia a štandardov služieb. Zodpovednosť je síce rozdelená podľa špecializácie, ale medzi jednotlivými zložkami funguje úzka spolupráca. Integrované modely sa najčastejšie vyskytujú pri zdravotníckych zariadeniach. V prípade, že si to obeť želá, úzko spolupracujú s políciou (COSAI, 2012).

3.2. Niektoré príklady služieb pre obeť sexuálneho násillia

Česká republika

Od januára 2024 otvorilo mesto Praha „PORT“ za účelom zvýšenia kvality starostlivosti o obeť, zníženia rizika retraumatizácie a poskytovania obetiam násillia vhodnú podporu pre proces uzdravovania a vyrovnania sa s prežitou traumou. Na jednom mieste bude obetiam k dispozícii krízová pomoc, sociálne poradenstvo, právne služby a individuálne a skupinové terapie. Centrum môžu využiť obeť sexuálneho násillia od 16 rokov.

„PORT“ poskytuje služby:

- Krízovej pomoci krátkodobej podpory zameranej na zlepšenie aktuálneho prežívania vo chvíli, keď sa klientka cíti zahltená emóciami, nevie ako ďalej, alebo nie je schopná vykonávať bežné činnosti.
- Sociálneho poradenstva za účelom zmapovania potreby a naplánovania krokov zlepšenia situácie. Sociálna pracovníčka je klientkinou sprievodkyňou na ceste k zmene a prípadne k ďalším službám PORTu.
- Krízovej izby, ktorá je bezpečný priestor stabilizácie klientky s maximálnou dĺžkou trvania 7 nocí.

¹⁷ V niektorých krajinách sú špecializované služby založené na pôsobení osobitne vyškolených zdravotných sestier (tzv. SANE), ktoré ovládajú nielen medicínske a forenzné aspekty starostlivosti, ale aj oblasť krízovej intervencie, teda vedia ako primerane reagovať na emočné potreby obetí a poskytovať odporúčania na ďalšie služby (COSAI 2012, s. 17).

- Právneho poradenstva a zastupovania, ktoré pomôže klientke zorientovať sa v jej právach a právnych postupoch, ktoré sa jej ponúkajú. Pomoc pri sprostredkovaní právneho zastupovania a sprievodu na súdu
- Individuálnej a skupinovej psychoterapie za účelom podpory duševnej stability, porozumenia vlastnému emocionálnemu prežívaniu a pocitu sebahodnoty a vedomia vlastného ja.
- Výsluchovej miestnosti umožňujúcej realizovať policajný výsluch obeť v bezpečnom zázemí PORTu, a zároveň natočiť s klientkou rozhovor, ktorý citlivo a odborne vedú vyškolené pracovníčky. V prípade nahlásenia trestného činu môže rozhovor slúžiť ako dôkaz.
- Zber a uchovanie vzoriek a dôkazov bez nutnosti sa ihneď rozhodnúť, či chce klientka trestný čin nahlásiť.
- Testovania na pohlavne prenosné choroby.

Intervenčné centrum pre obeť domáceho násillia

Systém pomoci obetiam domáceho násillia upravuje predovšetkým zákon č. 135/2006 Zb., ktorým sa menia niektoré zákony v oblasti ochrany pred domácim násillím. V rámci tohto zákona a zákona o sociálnych službách je upravený spôsob intervencie v prospech obetí domáceho násillia. Intervenčné centrá majú byť vysoko profesionálnou službou, ktorá je povinná ponúknuť obetiam domáceho násillia pomoc a podporu pri zvládnutí tejto krízovej životnej situácie, ktorá nasleduje bezprostredne po útoku. Intervenčné centrá majú tiež za úlohu koordinovať činnosť orgánov verejnej správy a ďalších odborných subjektov pri zabezpečení pomoci obetiam domáceho násillia. V zákone o sociálnych službách je táto služba uvedená pod názvom „Krizová pomoc“.

Inštitucionálne zabezpečenie pomoci v Českej republike

- Policie Českej republiky - ochrana obeť a zabránenie páchatelovi, aby pokračoval v ďalšom násilnom konaní. V zmysle ustanovenia § 215a trestného zákona sa nevyžaduje, aby u obeť vznikli následky na zdraví, ale musí ísť o „jednanie“, ktoré osoba pre krutosť, bezohľadnosť alebo bolestivosť pociťuje ako ťažké príkorie
- Oddelení sociálne právnej ochrany detí / Sociálni pracovníci - pokiaľ dochádza k násilliu a v domácnosti sa nachádzajú maloleté deti je potrebné bezodkladne o situácii informovať sociálnu pracovníčku oddelenia sociálno-právnej ochrany detí. Deti, ktoré sú svedkami domáceho násillia spadajú pod špeciálnu sociálnu právnu ochranu.
- Specializovaná poradna pro obeť domáciho násillí - Špecializované poradne ponúkajú obvykle sociálnu, psychologickú a právnu pomoc. Niektoré centrá poskytujú aj azylové ubytovanie. Zároveň ponúkajú vypracovanie bezpečnostného plánu, pochopenie problematiky domáceho násillia, prekonanie emočných ťažkostí vyvolaných násillím vo vzťahu
- Intervenční centrum - Intervenčné centrá boli zriadené zákonom 135/2006 Zb. za účelom poskytovania pomoci osobám ohrozeným domácim násillím. V každom kraji je aspoň jedno intervenčné centrum, ktoré by malo poskytovať bezprostrednú individuálnu psychologickú a sociálnu pomoc ambulantnej alebo azylovej povahy a sprostredkovať poskytnutie následnej pomoci najmä sociálnej, lekárskej, psychologickej a právnej. Na intervenčné centrá sa môžu obracať osoby ohrozené domácim násillím aj v prípade, že nedošlo k vykázaní. Intervenčné centrum by malo: Poskytnúť základné informácie o tom, aké kroky môžete vo vašej situácii urobiť. Poskytnúť kontakty na ďalšie poradne, kde poskytujú dlhodobé poradenstvo. Pomôcť s hľadaním azylového bývania z dôvodu násillia v rodine. Poskytnúť základné právne informácie. Informovať Vás o Vašich právach.

Belgicko

Centrá pre sexuálne násilie boli založené v Belgicku s cieľom poskytovať pomoc obetiam sexuálneho násillia a implementovať článok 25 Istanbulskeho dohovoru. Koncom roka 2017 boli otvorené tri centrá pre sexuálne násilie v súdnych okresoch Brusel, Liège a Východné Flámsko. V roku 2021 boli otvorené dve ďalšie centrá: jedno v Antverpách a jedno v Charleroi. Centrá v Západnom Flámsku a Leuvene boli otvorené v roku 2022 a v roku 2023 boli otvorené centrá v Namure, Luxembursku a Limburgu. Nachádzajú v nemocniciach a sú financované Inštitútom pre rodovú rovnosť a FPS Public Health.

Centrum pre sexuálne násilie ponúka lekársku a psychologickú starostlivosť a umožňuje odobratie forenzných stôp sexuálneho násillia. V centre môže obeť získať bezplatnú holistickú starostlivosť 24 hodín denne, 7 dní v týždni. Špeciálne vyškolení odborníci vrátane zdravotných sestier, psychológov a policajtov spolupracujú na jednom mieste s cieľom poskytnúť obetiam sexuálneho násillia tieto služby:

- Lekárska starostlivosť: zahŕňa ošetrovanie možných zranení a lekársku prehliadku fyzických, sexuálnych a/alebo reprodukčných následkov sexuálneho násillia (vrátane testovania sexuálne prenosných infekcií, núdzovej antikoncepcie, liečby v prípade rizika prenosu HIV a preventívnej alebo indikovanej liečby hepatitídy A alebo B a tetanu).
- Forezné vyšetrenie: pozostáva zo zistenia akýchkoľvek zranení a zhromažďovania dôkazov o sexuálnom násillí na tele alebo oblečení obete.
- Podanie sťažnosti: pozostáva z podania sťažnosti na políciu. Nie je to však požiadavka. Ak sa obeť zdráha tak urobiť, zhromaždené dôkazy sa potom uchovávajú počas vopred dohodnutého obdobia. Obeť sa stále môže rozhodnúť podať oznámenie neskôr.
- Psychologická starostlivosť: ponúka počúvanie, informácie a rady o bežných reakciách na sexuálne násilie a o tom, ako sa s ním vysporiadať. V rámci centier starostlivosti o preživšie sexuálneho násillia existujú aj klinickí psychológovia, s ktorými je možné napláňovať konzultáciu / následné sledovanie.
- Následné opatrenia: pozostávajú z vypracovania lekárskeho a psychologického sledovania a/alebo odkázania obete na vhodné psychosociálne a právne služby.

Obeť môže pri návšteve Centra pre sexuálne násilie sprevádzať podporná osoba, ktorá tiež môže využiť psychologickú pomoc poskytovanú v Centre.

Dánsko

Centrum pre obeť znásilnenia, sexuálneho útoku alebo pokusu o znásilnenie (ďalej len „centrum“ alebo „CSM“).

Centrá ponúkajú odbornú a interdisciplinárnu pomoc bez ohľadu na to, koľko času uplynulo od útoku. Centrá poskytujú pomoc ženám aj mužom, ktorí boli obeťami sexuálnej viktimizácie bez ohľadu na to, či obeť plánuje nahlásiť skutok polícii. Personál je špeciálne vyškolený na riešenie problémov a následných reakcií, s ktorými sa obeť môžu stretnúť.

Centrá sú financované z fondov ministerstva sociálnych vecí. V Dánsku sú tri centrá CSM. Každé centrum pôsobí regionálne a spolupracujú s obcami aj regiónmi v rámci posilňovania holistického a koordinovaného úsillia zameraného na cieľovú skupinu. Centrá súčasne navzájom spolupracujú s cieľom koordinovať spoločné stratégie svojej práce.

Služby centier zahŕňajú psychologickú liečbu, poradenstvo v oblasti sociálnej práce a sociálnu podporu dobrovoľníkov. Niektoré centrá poskytujú aj skupinovú terapiu. Keďže centrá sú dodávateľmi národnej vedomostnej a špeciálnej poradenskej organizácie v sociálnej oblasti (VISO), ponúkajú aj

špecializované poradenstvo a vyšetrovanie. Centrum ponúka aj služby príbuzným, ktoré spočívajú v podporných a poradenských stretnutiach so sociálnym pracovníkom centra.

Sociálne služby a sociálny pracovník

Úlohou sociálneho pracovníka v centre je podpora a rada v sociálnych problémoch, ktoré môžu vzniknúť v dôsledku sexuálneho útoku, napr. vo vzťahu k živobytiu alebo problémom s bývaním. Sociálny pracovník pomáha s kontaktovaním príslušných agentúr, napr. prípadového pracovníka v domovskej obci, krízovom centre, iného terapeuta, vzdelávaciu inštitúciu alebo zamestnávateľa.

Sociálny pracovník **ponúka aj usmernenie vo vzťahu k sociálnej situácii, sieti a potrebám v rámci nasledovných oblastí:**

- sociálna práca a právne problémy
- sprievodca vašimi právami a povinnosťami pri poberaní verejných dávok
- mediácia, budovanie mostov a pomoc pri kontakte so sociálnymi orgánmi a poukazovanie na možné opatrenia pomoci, napr. úrad práce, dlhové poradenstvo atď.
- podpora udržiavania väzieb s trhom práce a tam, kde je to vhodné, odborná príprava
- možná účasť hodnotiteľa, ak sa to považuje za relevantné

4. Východisková situácia Slovenska pre poskytovanie špecializovaných služieb prežívším sexuálnej viktimizácie

Problematika ochrany a podpory obetí sexuálneho násillia nie je na Slovensku úplne novou témou, veď napokon na absenciu špecializovaných podporných služieb poukázala Očenášová (2015) už takmer pred desiatim rokmi. O dva roky neskôr Koordinačno-metodické centrum pre prevenciu násillia na ženách predstavilo odbornej verejnosti na Slovensku štúdiu multidisciplinárnej intervencie v prípadoch znásillenia (Karkošková, 2017), ktorá bližšie popisovala koordinovaný prístup a úlohy špecializovaných zdravotných sestier SANE, ako aj funkcie a spôsob organizácie integrovaného modelu Centra pre obeť sexuálneho násillia v analytickej správe, ktorá zahŕňala aj zistenia z návštevy takéhoto Centra v nórskom Oslo. (Očenášová, 2017).

V nadväznosti na tieto iniciatívy predložilo Koordinačno-metodické centrum pre prevenciu násillia na ženách v roku 2021 spoločne Ministerstvu spravodlivosti SR a Ministerstvu zdravotníctva SR zámer pilotného projektu na zriadenie Centra pre obeť sexuálneho násillia v Bratislave s podporou Nórskeho finančného mechanizmu. Súčasťou zámeru projektu bolo aj navrhnuť a prijať potrebné legislatívne zmeny, ktoré by umožnili systemizovať Centrum ako interdisciplinárny model podpory poskytujúci na jednom mieste zdravotnú starostlivosť, vrátane zisťovania medicínskych forenzných dôkazov, psychosociálnu pomoc a právne poradenstvo. Tento zámer napokon nebol úspešný a je teda naďalej otáznou, kedy budú na Slovensku pre obeť sexuálneho násillia dostupné špecializované služby podpory. Ako sme konštatovali v kapitole 1.3 Slovenská republika je jednou z európskych krajín s najvyššou mierou latencie sexuálneho násillia. Poskytovanie špecializovaných služieb pre obeť sexuálneho násillia je jedným z opatrení ako latenciu znižovať a tiež zlepšiť trestné postihovanie tohto fenoménu. Viaceré výskumy preukázali, že klientky špecializovaných služieb vo vyššej miere podávajú trestné oznámenia a viac spolupracujú pri vyšetrovaní (Crandall a Helitzer, 2003, Nesvold, 2010). Pretože špecializované služby tiež vedú ku kvalitnejšiemu zaisteniu stôp medicínskym forezným vyšetrením a preto môžu posilniť dôkaznú situáciu v trestnom konaní, je možné ich považovať za opatrenia, ktoré smerujú nielen k individuálnej ale aj generálnej prevencii kriminality na strane jednej a opatrenie pre podporu spravodlivosti pre obeť na strane druhej.

Cieľom tejto časti je popísať kľúčové aspekty zdravotníckej, foreznej starostlivosti a možností poskytovania psycho-sociálnej podpory a právnej pomoci podľa v súčasnosti platného stavu na Slovensku.

4.1. Zdravotníctvo

Právo pacienta na zachovanie mlčanlivosti

Ako už bolo spomenuté zdravotnícka starostlivosť je pre preživšie sexuálnej viktimizácie kľúčová. Predpokladom poskytnutia zdravotnej starostlivosti je dôvera medzi pacientom a zdravotníckym personálom. Podľa § 11 ods. 9 písm. f/ z.č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zmien má pacient právo na zachovanie mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa jeho zdravotného stavu a o skutočnostiach súvisiacich s jeho zdravotným stavom. Tomuto právu zodpovedá povinnosť zdravotníckeho pracovníka zachovávať mlčanlivosť o všetkých týchto údajoch, pokiaľ zdravotnícky pracovník nie je zbavený mlčanlivosti, či už z vôle pacienta alebo na základe zákona. Údaje o zdravotnom stave majú nanajvyš intímny a dôverný charakter a preto majú osobitné postavenie a požívajú veľmi širokú právnu ochranu. Dôvernosť vzťahu pacient a zdravotnícky

pracovník sa dotýka aj situácie podozrenia z hrubého alebo krutého zaobchádzania a týrania pacienta, pokiaľ sa toto podozrenie objaví pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Na strane druhej má za určitých okolností zdravotnícky pracovník zákonom vymedzenú a aj etickú povinnosť prijať preventívne opatrenia na ochranu pacienta v prípade takýchto podozrení, ktoré môžu spočívať aj v povinnosti podozrenie oznámiť. Zdravotnícky pracovník tak môže stáť pred dilemou, ktorá z jeho povinností má prednosť.

Bližšie povinnosť mlčanlivosti zdravotníckeho pracovníka upravuje z. č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zmien (ďalej ako „z. č. 578/2004 Z.z.“), ktorý v § 80 ods. 3 výslovne ustanovuje, že zdravotnícky pracovník je povinný zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel v súvislosti s výkonom svojho povolania. Povinnosť mlčanlivosti je aj súčasťou Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka, ktorý je prílohou č. 4 k z.č. 578/2004 Z. z. a ustanovuje, že všetky informácie získané pri výkone povolania sú dôverné počas života pacienta a aj po jeho smrti.

Z právnej úpravy ďalej vyplýva, že v zásade zdravotnícky pracovník môže poskytovať údaje o pacientovi len ďalším lekárom alebo zdravotníckym pracovníkom, ktorí sa podieľajú na poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi, ktorého sa povinnosť mlčanlivosti týka, vrátane poskytovateľa zdravotnej starostlivosti¹⁸. Zbaviť mlčanlivosti môže zdravotníckeho pracovníka pacient, prípadne jeho zákonný zástupca. V prípade smrti pacienta nie sú pozostalí príbuzní oprávnení zbaviť zdravotníckeho pracovníka mlčanlivosti. Zbaviť zdravotníckeho pracovníka mlčanlivosti proti vôli pacienta počas jeho života môže len na to príslušný orgán na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní a súdov.

Súčasťou dôvernosti vzťahu medzi pacientom a zdravotníkom je aj povinnosť, že zdravotnícki pracovníci nesmú poskytovať zdravotnú starostlivosť za prítomnosti osoby, ktorá nie je zdravotníckym pracovníkom. Výnimkou z uvedených zásad je prítomnosť osoby, ktorá zdravotníckemu pracovníkovi umožňuje poskytnúť prvú pomoc, alebo osoby, ktorá sa v zdravotníckom zariadení vzdeláva (napríklad poslucháč lekárskej fakulty alebo študentka strednej zdravotnej školy), a ďalšie osoby, s ktorých prítomnosťou pacient súhlasí.

Povinnosť mlčanlivosti je zdravotnícky pracovník povinný dodržiavať aj v trestnom konaní. Zdravotnícky pracovník, pokiaľ nie je na dožiadanie orgánu činného v trestnom konaní alebo súdu zbavený mlčanlivosti, tak podľa § 129 ods. 2 Trestného poriadku odmietne podať svedeckú výpoveď v trestnom konaní.

Výnimky z povinnosti mlčanlivosti zdravotníckeho pracovníka

Zdravotnícky pracovník podľa Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka nesmie pomáhať porušovaniu cti a dôstojnosti človeka alebo sa na ňom zúčastňovať. Súčasne je každý zdravotnícky pracovník povinný oznámiť príslušným orgánom podozrenie z hrubého alebo krutého zaobchádzania a týrania pacienta, a to najmä maloletej osoby a osoby zbavenej spôsobilosti na právne úkony. Pritom musí dbať na dodržiavanie povinnosti mlčanlivosti podľa § 80 ods. 3 z. č. 578/2004 Z. z. a oznamovaciu

¹⁸ Obsahom povinnosti zachovávať mlčanlivosť sú:

- osobné údaje pacienta,
- anamnestické údaje,
- priebeh ochorenia,
- vykonané diagnostické a liečebné výkony, ich výsledky,
- všetky údaje, ktoré pacient alebo jeho zákonný zástupca oznámi lekárovi a
- výsledky pitvy.

povinnosť môže plniť len vo výslovne stanovených prípadoch, ak existuje podozrenie, že sa pacient stal obeťou trestného činu. Po prvé sa uvedené výnimky týkajú presne vymedzených skupín pacientov a presne vymedzených situácií. Po druhé, oznamovacia povinnosť voči príslušným orgánom sa vzťahuje na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a nie zdravotníckeho pracovníka.

Poskytovateľ, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, je povinný oznamovať prokurátorovi, vyšetrovateľovi alebo policajnému orgánu (§79 ods. 2 z. č. 578/2004 Z. z.):

- dokonané samovraždy, samovražedné pokusy a prípady, v ktorých je dôvodné podozrenie, že na poškodení zdravia alebo smrti mohla mať účasť iná osoba,
- prijatie osoby, ktorej totožnosť nemožno zistiť, alebo ktorá je zranená strelnou zbraňou alebo inou zbraňou, do zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- opustenie zdravotníckeho zariadenia bez súhlasu poskytovateľa osobou, ktorá vzhľadom na zdravotný stav ohrozuje seba alebo svoje okolie.

Poskytovateľ, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, je ďalej povinný bezodkladne oznamovať (§79 ods. 4 z. č. 578/2004 Z. z.)

- podozrenie, že maloletá osoba zažila sexuálne zneužívanie, znásilnenie, sexuálne násilie, sexuálne vykorisťovanie a iné zneužívanie, súlož medzi príbuznými, týranie alebo zanedbávanie.

Oznámenie urobí voči prokuratúre alebo polícii a súčasne voči úradu práce, sociálnych vecí a rodiny ako orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, v ktorej územnom obvode sa ohrozená osoba nachádza.

- podozrenie, že plnoletá osoba, ktorá nie je spôsobilá na právne úkony alebo ktorej spôsobilosť na právne úkony je obmedzená zažila znásilnenie, sexuálne násilie, sexuálne vykorisťovanie a iné zneužívanie, súlož medzi príbuznými, týranie alebo zanedbávanie.

Oznámenie urobí voči prokuratúre alebo polícii a súčasne obci, v ktorej územnom obvode sa ohrozená osoba nachádza.

Podrobnosti o diagnostike a postupe zdravotníckeho pracovníka pri oznamovaní prípadov zanedbávania, týrania alebo zneužívania maloletej osoby ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07566 - 2012 - OZS o príznakoch a diagnostike zanedbávania, týrania alebo zneužívania maloletej osoby a o postupe poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri oznamovaní podozrenia na zanedbávanie, týranie alebo zneužívanie maloletej osoby. V prípadoch plnoletej osoby, ktorá nie je spôsobilá na právne úkony alebo ktorej spôsobilosť na právne úkony je obmedzená, je potrebné postupovať analogicky.

Už bolo spomenuté, že podľa Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka je každý zdravotnícky pracovník povinný oznámiť príslušným orgánom podozrenie z hrubého alebo krutého zaobchádzania a týrania pacienta. Pri maloletých osobách a osobách pozbavených spôsobilosti na právne úkony alebo osobách, ktorých spôsobilosť na právne úkony bola obmedzená, § 79 ods. 4 z.č. 578/2004 Z.z. jednoznačne určuje pri podozreniach na spáchanie ktorých trestných činov a tiež voči komu je potrebné spraviť oznámenie.

Situácia je však odlišná pri ostatných plnoletých osobách, najmä ak si neželajú, aby k oznámeniu zo strany zdravotníckeho pracovníka prišlo. S ohľadom na povinnosť mlčanlivosti zdravotníckeho pracovníka potom môže byť náročné určiť, čo oznamovať a v ktorých prípadoch oznámenie nerobiť.

Ako pomôcka pri riešení prípadných dilem v prípade podozrenia z hrubého alebo krutého zaobchádzania a týrania pacienta, či porušiť povinnosť mlčanlivosti zdravotníka, sa ponúkajú dve hľadiská:

- vôľa pacienta alebo pacientky zbaviť zdravotníckeho pracovníka mlčanlivosti,
- trestnoprávna zodpovednosť za neprekazenie trestného činu.

Kľúčovými princípmi každej intervencie musí byť rešpekt k integrite a dôstojnosti pacienta. To tiež znamená, že medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom je vytvorené dôverné prostredie a zachovaná mlčanlivosť.

Aj v prípadoch plnoletých osôb môže nastať situácia, že povinnosť oznámenia vyplýva zo zákona, vo všeobecnosti je však možné povedať, že sa bude týkať len povinnosti prekaziť trestný čin, na ktorý Trestný zákon ustanovuje trest odňatia slobody s hornou hranicou trestnej sadzby desať rokov. Aj vtedy je však potrebné pacientovi alebo pacientke vopred zrozumiteľne vysvetliť, z akých dôvodov a akým spôsobom bude dôvernosť informácií porušená a komu bude podozrenie z hrubého alebo krutého zaobchádzania a týrania oznámené.

Odborné usmernenie o postupe zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti žene ohrozenej násilím

Zdravotnícke predpisy okrem toho bližšie upravujú postup zdravotníckeho pracovníka v prípade podozrenia, že ohrozená násilím je pacientka. Odborné usmernenie č. 22247/2008 – OZS o postupe zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti žene ohrozenej násilím upravuje, že prostredníctvom zdravotníckeho pracovníka sa poskytne ošetrovanie poranení, následkov násillia, empatický prístup k žene vystavenej násilliu založený na rešpekte, úcte a dôvere po celý čas intervencie, dôsledná evidencia poranení do zdravotnej dokumentácie, podpora a poskytnutie informácií o možnostiach ďalšej pomoci prostredníctvom ostatných profesionálov participujúcich na riešení násillia (sociálne pracovníčky/pracovníci, subjekty poskytujúce pomoc obetiam trestných činov), v prípade ohrozenia života ženy a jej detí, hlásenie násillného činu orgánom činným v trestnom konaní, zaistenie bezpečnosti žene, prípadne jej deťom.

Zdravotnícky pracovník do zdravotnej dokumentácie zaznamená druh a charakter poranenia alebo poruchy, dátum, čas a skutočný dôvod, príčinu poranenia, prípadne totožnosť násillníka. V prípade, ak žena neprizná poranenie inou osobou; napriek tomu sa zaznamená do dokumentácie skutočnosť, že charakter poranení nasvedčuje ich spôsobeniu inou osobou.

Na rozdiel od Odborného usmernenia MZ SR č. 07566 - 2012 - OZS o príznakoch a diagnostike zanedbávania, týrania alebo zneužívania maloletej osoby a o postupe poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri oznamovaní podozrenia na zanedbávanie, týranie alebo zneužívanie maloletej osoby Odborné usmernenie č. 22247/2008 – OZS výslovne neuvádza, že oznamovanie prípadov podozrenia z násillia na ženách zdravotníckym pracovníkom, ktorý je poskytovateľom, a zdravotníckym pracovníkom poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sa nepovažuje za porušenie povinnosti mlčanlivosti zdravotníckeho pracovníka. Z toho vyplýva, že pokiaľ nepríde k zbaveniu povinnosti mlčanlivosti, zdravotnícky pracovník nie je oprávnený oznámiť príslušným orgánom podozrenie z hrubého alebo krutého zaobchádzania a týrania pacientky zažívajúcej násillie, pričom analogicky je potrebné postupovať aj v prípade iných pacientov.

Povinnosť zachovávať mlčanlivosť zdravotníckeho pracovníka potvrdzuje aj § 340 Trestného zákona. Ten výslovne zbavuje trestnej zodpovednosti za trestný čin neoznámenia trestného činu toho, kto by jeho oznámením porušil zákonom uznanú povinnosť mlčanlivosti, čím aj Trestný zákon fakticky priznáva prioritu povinnosti mlčanlivosti pred povinnosťou oznámiť trestný čin.

Výnimkou v prípadoch trestnej činnosti páchanej na plnoletých osobách môžu byť prípady, ak sa zdravotnícky pracovník hodnoverným spôsobom dozvie, že iný pripravuje alebo pácha zločin, na ktorý Trestný zákon ustanovuje trest odňatia slobody s hornou hranicou trestnej sadzby najmenej desať rokov. V zásade ide o zločiny, pri ktorých hrozí vážna ujma, napríklad úmyselné trestné činy proti životu (napr. úkladná vražda, vražda, zabitie, nedovolené prerušenie tehotenstva maloletej osoby), proti životu (úmyselné spôsobenie ťažkej ujmy na zdraví, úmyselné ohrozenie vírusom ľudskej imunodeficiencie), obchodovanie s ľuďmi, pozbavenie osobnej slobody, znásilnenie alebo sexuálne násilie a pod.

V týchto prípadoch má zdravotnícky pracovník podľa § 341 Trestného zákona povinnosť prekaziť prípravu alebo páchanie zločinu a to osobne alebo prostredníctvom inej spôsobilej osoby alebo príslušného orgánu. Povinnosť prekaziť trestný čin je teda možné splniť aj jeho včasným oznámením na polícii alebo prokuratúre. Na povinnosť prekazenia trestného činu sa nevzťahuje zákaz výsluchu svedka, ktorý má povinnosť mlčanlivosti podľa § 129 ods. 2 Trestného poriadku, čo nepriamo opäť potvrdzuje, že povinnosť prekaziť trestný čin predchádza povinnosti mlčanlivosti.

Pritom je však potrebné si uvedomiť, že účelom oznámenia musí byť prekazenie pripravovaného alebo páchaného trestného činu. V prípade podozrenia, že plnoletý pacient alebo pacientka boli vystavení hrubému alebo krutému zaobchádzaniu alebo týraniu, pôjde spravidla o dokonaný skutok a nie o skutok pripravovaný alebo páchaný. Navyše, povinnosť neprekazenia trestného činu sa netýka všetkých skutkov podľa Trestného zákona. Napríklad trestný čin týrania blízkej osoby a zverenej osoby je trestným činom, na ktorý Trestný zákon ustanovuje trest odňatia slobody s hornou hranicou trestnej sadzby najmenej desať rokov len v prípade, ak je spáchaný za priťažujúcich okolností (napr. so zbraňou, spôsobí ním ťažkú ujmu na zdraví alebo smrť a pod.) a preto bez hodnoverného zistenia takýchto priťažujúcich okolností, bude mať prednosť povinnosť mlčanlivosti pred povinnosťou trestný čin neprekaziť.

Pri riešení ochrany pacientov a pacientiek pred trestnými činmi a v kontakte s nimi je potrebné mať na pamäti, že podľa § 2 ods. 1 písm. f) zákona o obetiach trestných činov je aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zodpovedný za druhotnú viktimizáciu, ktorá je ujmu, ktorá obeti trestného činu vznikla v dôsledku jeho konania alebo nekonania. To môže spočívať tak v necitlivej komunikácii, neprimeranom správaní voči obetiam, nedodržaní povinnosti mlčanlivosti a aj v neposkytnutí kontaktných údajov subjektov poskytujúcich pomoc obetiam, ktoré má poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pri prvom kontakte s obeťou povinnosť jej poskytnúť podľa § 4 ods. 6 zákona o obetiach trestných činov.

Nakoľko platí tzv. zásada prezumpcie statusu obeť, plnenie týchto povinností sa podľa § 3 ods. 1 zákona o obetiach trestných činov vzťahuje na každú osobu, ktorá o sebe tvrdí, že je obeťou, kým sa nepreukáže opak, alebo ak nejde o zjavné zneužitie postavenia obeť podľa tohto zákona. Pritom sa nevyžaduje, aby bolo podané trestné oznámenie alebo začaté trestné stíhanie.

Postup pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násilie

Do 15. júna 2022 nemalo Slovensko vytvorené žiadne postupy pre zdravotníkov, ako postupovať v prípadoch sexuálnej viktimizácie od akútneho ošetrovania, cez získanie dôkazového materiálu pre potreby polície SR až k stanoveniu ďalšieho terapeutického plánu pre obeť sexuálneho násillia.

V júni 2022 Ministerstvo zdravotníctva prijalo Štandardný postup „Postup pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násilie“ (ďalej ako „Štandardný postup“), ktorý navrhla odborná pracovná skupina pre zdravotnú starostlivosť o obeť sexuálneho násillia. Štandardný postup výslovne ustanovuje, že vyšetrenie obeť pri podozrení na sexuálne násillie sa vykonáva v zdravotníckych

zariadeniach, ktoré poskytujú nepretržitú zdravotnícku starostlivosť vrátane gynekologickej, urologickej, chirurgickej a traumatologickej starostlivosti. Na jednej strane je prijatie tohto Štandardného postupu prvým krokom k zlepšeniu a systematizácii poskytovania starostlivosti prežívším sexuálnej viktimizácie v zdravotníckych zariadeniach, na strane druhej, „*tento postup predstavuje predovšetkým návod na získavanie a zaistovanie stôp, nepredstavuje povinný postup pre zdravotníckeho pracovníka. Jeho nedodržanie nenaplní podmienky postupu non lege artis a nebude dôvodom postihu zdravotníka*“¹⁹.

Pri pohľade na obsah Štandardného postupu je zrejmé, že odborná pracovná skupina vychádzala z usmernenia Svetovej zdravotníckej organizácie pre klinický manažment osôb, ktoré prežili sexuálny útok a násilie v intímnych partnerských vzťahoch (WHO et al, 2020). Oproti usmerneniu Svetovej zdravotníckej organizácie slovenský Štandardný postup obsahuje odchýlky a to najmä pokiaľ ide o odporúčania pre komunikáciu a zaobchádzanie s preživšou a tiež v súvislosti s ďalším terapeutickým plánom pre obeť sexuálneho násillia, osobitne pri prevencii sexuálne prenosných ochorení a neželanej gravidity. Štandardný postup je tak vo svojej podstate najmä postupom pre získanie dôkazového materiálu, ktorý podrobne stanovuje odber medicínsko-forenznej anamnézy a kroky forezného vyšetrenia a dokumentácie známkov násillia so vzorom príslušného protokolu.

Súčasne sa v texte Štandardného postupu uvádza, že jeho účelom je získanie dôkazového materiálu pre potreby polície SR, čo predstavuje významnú odchýlku od usmernenia Svetovej zdravotníckej organizácie pre klinický manažment osôb, ktoré prežili sexuálny útok a násilie v intímnych partnerských vzťahoch (WHO et al, 2020), ktorý poskytnutie zdravotnej starostlivosti a forezného vyšetrenia v rámci klinického manažmentu v prípadoch sexuálnej viktimizácie takto nevymedzuje, nepodmieňuje poskytnutie starostlivosti oznámením sexuálnej viktimizácie polícii, práve naopak, v rámci stanovených zásad výslovne stanovuje, že nie je úlohou zdravotníckeho personálu presviedčať obeť, aby prípad polícii oznámila.

4.2. Možnosti psycho-sociálnej podpory a právnej pomoci podľa súčasnej legislatívy Slovenska

Sociálne služby

Poskytovanie sociálnych služieb upravuje v podmienkach Slovenskej republiky zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len “zákon o sociálnych službách”).

Cieľom právnej úpravy v oblasti poskytovania sociálnych služieb je podporovať sociálne začlenenie občanov a uspokojovať sociálne potreby ľudí v nepriaznivej sociálnej situácii. Za nepriaznivú sociálnu situáciu sa považuje stav sociálnej núdze fyzickej osoby, rodiny a komunity, v ktorom sa táto osoba nachádza z dôvodu, že nemá zabezpečené základné životné potreby, ale aj pre ohrozenie správaním iných fyzických osôb. Sociálne služby sa v zmysle zákona poskytujú prostredníctvom odborných, obslužných a ďalších činností.

Sociálne služby sa zameriavajú na:

¹⁹ „Postup pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násillie“, Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-sexualne-nasillie/?fbclid=IwAR21DOP--RJq4q0d7dwoT8dk3Rqy4lTrNvzFJfmgJciK2Xbuh0wKiRPr3jc>

- prevenciu vzniku, riešenie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie jednotlivca, rodiny alebo komunity,
- zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti jednotlivca viesť samostatný život,
- podporu začlenenia jednotlivca do spoločnosti,
- prevenciu sociálneho vylúčenia,
- riešenie krízovej sociálnej situácie jednotlivca a rodiny.²⁰

„Fyzická osoba má právo na výber sociálnej služby a formy jej poskytovania a právo na výber poskytovateľa sociálnej služby. Vhodný druh, forma a rozsah poskytovania sociálnej služby sa určia podľa druhu nepriaznivej sociálnej situácie, alebo stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby.“ Pri poskytovaní sociálnych služieb má osoba právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá umožňuje realizovať základné ľudské práva a slobody, zachováva ľudskú dôstojnosť a zabraňuje sociálnemu vylúčeniu. Zákon rozdeľuje sociálne služby do niekoľkých skupín, v závislosti od povahy nepriaznivej sociálnej situácie alebo od cieľovej skupiny, ktorej sú určené. Špecializované sociálne poradenstvo sa zameriava na zistenie príčin vzniku, charakteru a rozsahu problému a na poskytnutie konkrétnej pomoci prostredníctvom špeciálnych sociálnych programov pre určenú cieľovú skupinu (napr. obetiam domáceho násillia, obetiam obchodovania s ľuďmi, fyzickým osobám, ktoré nemajú zabezpečené podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb).

V zákone sú vytvorené rovnaké podmienky pre poskytovateľov sociálnych služieb bez ohľadu na to, či sú to verejní alebo neverejní poskytovatelia sociálnych služieb, avšak musia byť zapísaní do registra poskytovateľov sociálnych služieb.

V roku 2024 by Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky malo Vláde Slovenskej republiky predložiť KONCEPCIU REFORMY FINANCOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB, v ktorej otvorenými otázkami do ďalšej diskusie ostávajú

- Zariadenia núdzového bývania a otázka na zváženie, či by mali byť zaradené medzi pobytové formy sociálnych služieb krízovej intervencie, alebo či svojím charakterom presahujú oblasť sociálnych služieb a je potrebné zvážiť ich prepojenie s inými rezortami zavedením špecifickej legislatívy, ktorá právne ukotví aj tzv. bezpečné ženské domy.
- Otvorenou otázkou zostáva aj poradenstvo a služby pre cieľovú skupinu obetí domáceho násillia a prepojenie s inými rezortami v jeho rôznych formách a zadefinovať jasnejšie vzájomné prepojenie.

Postavenie a úloha samospráv v sociálnych službách

Samosprávne kraje môžu poskytovať sociálne služby len prostredníctvom právnických osôb na tento účel zriadených alebo založených. Poskytovateľ sociálnych služieb má povinnosť vypracovať a dodržiavať štandardy kvality, ktoré v sebe obsahujú procedurálne, personálne a prevádzkové podmienky a zároveň je povinný vypracovať individuálny rozvojový plán klienta. Za účelom zvýšenia profesionality práce poskytovateľ vypracúva a uskutočňuje program supervízie. Samosprávny kraj vypracúva a zverejňuje koncepciu poskytovania sociálnych služieb a posudok o odkázanosti na sociálnu službu. Poskytovateľ rozhoduje o odkázanosti na sociálnu službu v špecializovanom zariadení.

Samosprávny kraj poskytuje, resp. môže poskytovať v závislosti od druhu sociálnej služby finančný príspevok pri odkázanosti na pomoc inej osoby a finančný príspevok na prevádzku neverejnému poskytovateľovi za sociálnu službu poskytovanú v jeho územnom obvode.

²⁰ <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/>

Finančný príspevok zo strany vyššieho územného celku by mal reflektovať reálne náklady poskytovania služieb na ubytovanie a na sociálne služby a brať do úvahy aj zvyšovanie nákladov v spojitosti s nákladmi na energie, valorizáciou miezd a podobne.

Vyššie územné celky majú povinnosť zabezpečiť dostupnosť sociálnej služby pre fyzickú osobu, ako aj jej právo výberu sociálnej služby. Zabezpečenie sociálnej služby v zariadení núdzového bývania a poskytovania sociálneho poradenstva je v pôsobnosti vyšších územných celkov. Potreba podpory obete domáceho násillia vyšším územným celkom je definovaná v zákone aj spôsobom, že VÚC poskytne alebo zabezpečí poskytovanie týchto sociálnych služieb bezodkladne tomu, koho život alebo zdravie sú vážne ohrozené, pričom za takéto vážne ohrozenie je považované najmä to, ak je fyzická osoba ohrozená správaním inej fyzickej osoby.

Formy sociálnej služby

Sociálna služba sa poskytuje ambulantnou formou, terénnou formou, pobytovou formou alebo inou formou podľa nepriaznivej sociálnej situácie a prostredia, v ktorom sa fyzická osoba zdržiava. Ambulantná forma sociálnej služby sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá dochádza, je sprevádzaná alebo je dopravovaná do miesta poskytovania sociálnej služby. Miestom poskytovania ambulantnej sociálnej služby môže byť aj zariadenie.

Terénna forma sociálnej služby sa poskytuje fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí alebo v jej domácom prostredí. Terénnu formu sociálnej služby možno poskytovať aj prostredníctvom terénnych programov, ktorých cieľom je predchádzať sociálnemu vylúčeniu fyzickej osoby, rodiny a komunity, ktoré sú v nepriaznivej sociálnej situácii. Terénne programy sa vykonávajú odbornými činnosťami alebo ďalšími činnosťami podľa tohto zákona.

Pobytová forma sociálnej služby v zariadení sa poskytuje, ak súčasťou sociálnej služby je ubytovanie.²¹

Služba je zameraná na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie, alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity.²² Z hľadiska násillia páchaného na ženách má sociálna služba za cieľ riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby.

V znení zákona sa za nepriaznivú sociálnu situáciu považuje obmedzenie schopnosti osoby sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy pre ohrozenie správaním iných fyzických osôb. Ustanovením sa rozumie domáce násillie, rodovo podmienené násillie alebo násillný trestný čin. Sieť organizácií v tejto oblasti poskytuje bezplatné sociálne, psychologické a právne poradenstvo, a to ambulantnou formou v poradenskom centre.

Krízová sociálna situácia

Krízová sociálna situácia podľa zákona o sociálnych službách je ohrozenie života alebo zdravia fyzickej osoby a rodiny, ktoré vyžaduje bezodkladné riešenie sociálnou službou. Sociálne služby krízovej intervencie môžu mať nízkoprahový charakter²³. Sociálne služby krízovej intervencie sú 1. terénna sociálna služba krízovej intervencie, 2. poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach, ktorými

²¹ <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/448/20160701.html>

²² Okrem iného sociálna služba má za cieľ aj zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby, podporu začlenenia do spoločnosti, zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby.

²³ Za sociálnu službu, ktorá má nízkoprahový charakter, sa považuje sociálna služba, ktorá je pre fyzickú osobu ľahko dostupná najmä vzhľadom na miesto, v ktorom sa fyzická osoba zdržiava, a na výšku úhrady za sociálnu službu.

sú nízkooprahové denné centrum, integračné centrum, komunitné centrum, nocľaháreň, útulok, domov na polceste a zariadenie núdzového bývania, 3. nízkooprahová sociálna služba pre deti a rodinu. Poskytovateľ sociálnych služieb krízovej intervencie musí získať oprávnenie na poskytovanie týchto služieb a musí byť zapísaný v registri poskytovateľov. Odborné činnosti krízovej intervencie vykonávajú terénny sociálny pracovník, sociálny pracovník obce, sociálny kurátor, sociálny poradca, sociálny terapeut, sociálny asistent a psychológ. Táto legislatívna úprava teda vytvára predpoklady pre vznik služieb krízovej intervencie, avšak nie explicitne pre vznik intervenčných tímov alebo centier, teda multiinštitucionálnej spolupráce.

Nedostatky v oblasti sociálnych služieb:

- Nedostatky spojené s financovaním registrovaných poskytovateľov
- Neexistencia komplexného legislatívneho rámca v oblasti prevencie a eliminácie násilia páchaného na ženách
- Nedostatok kvalifikovanej pracovnej sily z dôvodu nízkej atraktivity sektora a neadekvátneho mzdového ohodnotenia zamestnankýň a zamestnancov
- Neexistencia „benchmarku“ nákladnosti sociálnych služieb naprieč registrovanými poskytovateľmi
- Nedostatočné metodické riadenie krajov v systéme sociálnych služieb
- Nedostatočné internetové poradenstvo – informácií prostredníctvom emailov alebo webových stránok.

Intervenčné centrá

Práva, ochranu a podporu obetí trestných činov v podmienkach Slovenskej republiky upravuje Zákon č. 274/2017 Z. z. o obetiach trestných činov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.²⁴

Cieľom právnej úpravy je prepojenie policajnej intervencie s krízovou intervenciou a zároveň vytvorenie koordinovaného postupu pri zabezpečení ochrany obete. Z praxe vyvstala potreba koordinácie činností medzi subjektmi poskytujúcimi pomoc obetiam domáceho násilia a orgánmi verejnej moci, najmä orgánmi činnými v trestnom konaní. Intervenčné centrum má pôsobiť ako prvý kontaktný bod po vykázaní, ktorý je schopný zabezpečiť poskytnutie nevyhnutnej a akútnej pomoci pre všetky obe domáceho násilia a následne spolupracovať so subjektmi, ktoré majú expertízu a venujú sa cielenej odbornej pomoci zameranej na prácu s niektorou z ohrozených skupín obetí. Takáto spolupráca a skoré zachytenie prípadov domáceho násilia umožňuje obeti okamžité získanie odbornej pomoci a vytvára mechanizmus prevencie pred opakovanými útokmi. Kompetenciou intervenčných centier je aj vyhodnotenie hrozby nebezpečenstva ohrozenia života alebo zdravia, vytvorenie bezpečnostného plánu. Intervenčné centrum nenahrádza špecializované odborné služby subjektov poskytujúcich pomoc obetiam, ktoré sa zameriavajú na určitý okruh obetí a detailne adresujú ich špecifické potreby (napr. deti, ženy, osoby so zdravotným postihnutím).

Zásady poskytovania odbornej pomoci obetiam intervenčným centrom

Ľudská dôstojnosť a rešpekt: Personál centra zaobchádza s obeťami, ich deťmi a inými blízkymi osobami s dôstojnosťou a rešpektom, pričom berie ohľad aj na kultúrne a sociálne charakteristiky prostredia, z ktorého obeť pochádza. Najmä prihliada na vek obete, jej pohlavie, zdravotný stav

²⁴ <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2017/274/20230401>

vrátane psychického stavu a rozumovú vyspelosť tak, aby nedochádzalo k druhotnej alebo opakovanej viktimizácii“²⁵.

„Intervenčné centrum poskytuje odbornú pomoc ambulantne **formou osobného kontaktu** s obeťou vo vlastných priestoroch alebo na mieste, ktoré si obeť sama zvolí. Poradenstvo môže poskytovať aj dištančne, t.j. telefonicky alebo formou elektronickej komunikácie (e-mail, chat a pod). Pri všetkých formách poradenstva sa dbá na bezpečnosť prostredia a dôvernosť komunikácie tak, aby nebolo ohrozené bezpečie obeť ani poradenského personálu.“²⁶

Najdôležitejším princípom sú **potreby a práva obeť**. Služby, ktoré sú poskytované v rámci centier garantujú bezpečnosť a dôvernosť a k intervencii pristupujú citlivo. „Literatúra rozoznáva dva hlavné modely tejto spolupráce – koordinovaný a integrovaný. Pri koordinovanom modeli sa na spolupráci podieľajú viaceré inštitúcie samostatne – zdravotnícke zariadenia, mimovládne organizácie, polícia, právny servis, avšak ich postup je koordinovaný prostredníctvom spoločných tréningov a pracovných skupín. Cieľom koordinácie je stanoviť si jednotnú definíciu sexuálneho násillia, spoločné princípy a postupy intervencií, adresné reakcie na potreby obeť a zabránenie sekundárnej viktimizácie. Miera formalizácie takýchto koordinačných skupín je rôzna a tiež sa líšia v tom, kto je ich hlavným koordinátorom. Ukazuje sa však, že v prípadoch, ak skupiny koordinujú mimovládne organizácie, tieto fungujú efektívnejšie a intervencia je viac zameraná na potreby obeť, najmä žien. Pri integrovanom modeli prebieha multiinštitucionálna spolupráca pod jednou strechou a obeť dostanú na jednom mieste zdravotnú a psychosociálnu pomoc ako aj možnosť absolvovať zber medicínskych forenzných dôkazov. Výhodou je nielen centralizácia pomoci, ale aj jednotné chápanie sexuálneho násillia a štandardov služieb. Zodpovednosť je síce rozdelená podľa špecializácie, ale medzi jednotlivými zložkami funguje úzka spolupráca. Integrované modely sa najčastejšie vyskytujú pri zdravotníckych zariadeniach. V prípade, že si to obeť želá, úzko spolupracujú s políciou. Tento typ služieb bol zároveň vyhodnotený ako model najlepšej praxe.“²⁷

V Českej republike „V rámci interdisciplinárnej spolupráce vznikajú v jednotlivých mestách tímy zložené zo zástupcov štátnych inštitúcií, mimovládnych organizácií a miestnych aktivít, v ktorých dochádza k vyjasneniu si vzájomných kompetencií, vzťahov a postupov v prípadoch domáceho násillia, a to ako na úrovni všeobecnej, tak aj v konkrétnych situáciách. Na pravidelných stretnutiach hľadajú efektívne spôsoby spolupráce a riešenia jednotlivých prípadov.“²⁸ Dôležitým aspektom pri pomoci obeťam je aj spolupráca a vzájomná informovanosť medzi intervenčnými centrami, poskytovateľmi sociálnych služieb, orgánmi sociálnoprávnej ochrany detí, obcami, políciou, ale aj ostatnými orgánmi verejnej správy. Pracovníci intervenčných centier zaisťujú prvý kontakt s ohrozenou osobou a pomáhajú jej orientovať sa v jej situácii a zároveň poskytujú právne, psychologické a sociálne poradenstvo. Zároveň informujú obeť o dostupných možnostiach riešenia ich situácie.

Intervenčné centrum v podmienkach Slovenskej republiky

Intervenčné centrum, ktoré je akreditovaným subjektom na pomoc obeťam trestných činov podľa zákona o obeťach, ktorý získal oprávnenie označovať sa ako Intervenčné centrum, ktoré poskytuje špecializovanú odbornú pomoc obeťam trestného činu domáceho násillia. Na to, aby

²⁵ https://www.justice.gov.sk/dokumenty/2023/03/standardy_IC.pdf

²⁶ Metodické usmernenie Ministerstva spravodlivosti Slovenskej republiky - Štandardy kvality poskytovania služieb intervenčným centrom, strana 5

²⁷ CENTRÁ PRE OBEŤ SEXUÁLNEHO NÁSILLIA – MODEL MULTIINŠTITUCIONÁLNEJ INTERVENCIE,

²⁸ Právny a odborný rámec zriaďovania a fungovania siete intervenčných tímov. Východisková analýza, strana 18

subjekt získal oprávnenie pôsobiť ako intervenčné centrum je povinný preukázať odbornú prax v oblasti poskytovania pomoci obetiam trestného činu domáceho násillia po dobu minimálne 5 rokov.

Intervenčné centrum pre obeť domáceho násillia prepája policajnú intervenciu s krízovou a zároveň vytvára koordinovaný postup pri zabezpečení ochrany obeť. Policajný zbor poskytne intervenčnému centru informácie a to kontaktuje obeť domáceho násillia, bezprostredne po výskyte domáceho násillia a ponúkne jej odbornú pomoc. Včasnú zachytenie prípadov domáceho násillia, umožňuje okamžité získanie odbornej pomoci a tým vytvára mechanizmus prevencie pred opakovaním domáceho násillia. Dôležitým aspektom pomoci obeť je spolupráca intervenčného centra so subjektmi, ktoré poskytujú špecializovanú a špecificky zameranú odbornú pomoc. Intervenčné centrum má pôsobiť ako prvý kontaktný bod po vykázaní, ktorý je schopný zabezpečiť poskytnutie nevyhnutnej a akútnej pomoci pre všetky obeť domáceho násillia. Špecializácia subjektov, ich expertíza je kľúčová pri poskytovaní cielenej a odbornej pomoci obeť.

Intervenčné centrum na základe vykázania zo spoločnej domácnosti poskytne obeť trestného činu domáceho násillia krízovú intervenciu a odbornú pomoc do 72 hodín. Centrum poskytuje krízovú intervenciu a odbornú pomoc obeť domáceho násillia v lehote 90 dní od prvého kontaktu bezplatne. Ak centrum vyhodnotí vhodnosť a potrebu poskytnutia pomoci obeť aj po uplynutí tejto doby tak zotrúva v pomoci, alebo sprostredkuje odbornú pomoc subjektmi poskytujúcimi pomoc, ktoré sa špecializujú na podobné prípady. Centrum zabezpečuje dostupnosť odbornej pomoci a odborne spôsobilých osôb pre každú z odborov v čase od 8:00 do 18:00 počas pracovného týždňa najmenej v rozsahu 8 hodín denne. Pokiaľ služby nie sú dostupné nepretržite (počas noci, víkendov či sviatkov), má centrum zriadenú krízovú telefonickú linku, ktorá funguje nepretržite alebo je v čase nedostupnosti prepojená na Národnú linku pre ženy zažívajúce násillie 0800 212 212.

Dobrá prax pri pomoci obeť ukazuje, že zdieľanie a výmena informácií medzi subjektmi, resp. orgánmi, ktoré prichádzajú do styku s obeťou je veľmi dôležitá a pomáha pri budovaní lepšej ochrany obeť pred ďalšou viktimizáciou.

Súčasná forma financovania akreditovaných subjektov umožňuje poskytnutie dotácie do výšky 50 000 eur v priebehu jedného kalendárneho roka. Tento model je z dlhodobého hľadiska nevyhovujúci, nakoľko vytvára prostredie neistoty a neumožňuje podporu a zabezpečenie poskytovania odbornej pomoci na regionálnej úrovni z dlhodobého hľadiska, čo sa môže odradiť na kvalite pomoci ako aj jej dostupnosti.

Na Slovensku je k 30.9.2023 registrovaných 35 subjektov poskytujúcich pomoc obeť trestných činov.

Druh podpory, ktorú by takéto služby špecializovanej podpory mali poskytovať, by mohol zahŕňať poskytovanie prístrešia a bezpečného ubytovania, naliehavú zdravotnícku pomoc, sprostredkovanie lekárskeho alebo súdnolekárskeho vyšetrenia na zabezpečenie dôkazov v prípade znásillenia alebo sexuálneho násillia, krátkodobé a dlhodobé psychologické poradenstvo, posttraumatickú starostlivosť, právne poradenstvo, advokátske služby a osobitné služby pre deti ako priame alebo nepriame obeť.

Úlohou služieb na podporu obeť nie je, aby samy poskytovali rozsiahlu špecializovanú a profesionálnu pomoc. Ak je to potrebné, služby na podporu obeť by mali obeť pomáhať obrátiť sa na existujúcu profesionálnu podporu, napríklad psychológov.

Podpora obeť sexuálneho násillia môže mať formu krízového centra pre obeť znásillenia alebo referenčného centra pre obeť sexuálneho násillia. Krízové centrá zvyčajne ponúkajú dlhodobú pomoc, napríklad osobné poradenstvo, podporné skupiny a kontakt s inými dostupnými službami. Podporujú tiež obeť počas súdnych konaní tým, že poskytujú podporu pri obhajobe práv obeť a inú

praktickú pomoc. Referenčné centrá sa špecializujú na okamžitú lekársku starostlivosť, dôsledné forenzné vyšetrenie a krízovú intervenciu.

4.3. Výzvy ohľadom zabezpečenia kvalitnej špecializovanej podpory

Výmena aktuálnych informácií z oblasti domáceho násillia (štatistiky, metodiky, legislatíva a pod.), školenia, semináre, osvetové pôsobenie a pravidelné pracovné stretnutia sú nevyhnutné a kľúčové pre rozvoj multiinštitucionálnej spolupráce pri prevencii a eliminácii násillia páchaného na ženách. Prax zo zahraničia ukazuje, že multiinštitucionálny a multidisciplinárny prístup k problematike násillia je dobrým nástrojom pre zvýšenie kvantity riešených prípadov aj kvality služieb poskytovaných obetiam. Princíp špecializovanosti so systémovým ukotvením si vyžaduje prierezovosť problematiky násillia páchaného na ženách viacerými rezortmi: rezort spravodlivosti (porušovanie práv a forma diskriminácie, trestný čin), rezort zdravotníctva (krátkodobé aj dlhodobé zdravotné dopady), rezort vnútra a policajných zložiek (špecializovaná ochrana polície), rezort sociálnych vecí (špecializovaná sociálna ochrana a starostlivosť). Z predchádzajúceho vyplýva, že naplnenie potrieb žien so skúsenosťou s násillím len cez „sociálne služby“ nie je dostatočné a nezodpovedá komplexnosti problému. Vhodnejším pojmom je potom komplexná ochrana a podpora žien zažívajúcich násillie.

5. Formulácia cieľového stavu poskytovania špecializovanej podpory obetiam sexuálnej viktimizácie

Založením siete Centier pre obeť sexuálneho násillia sledujeme niekoľko cieľov, pričom k hlavným patrí naplnenie potrieb obetí, ochrana ich práv a sprostredkovane zvýšenie ochrany spoločnosti, ak sa budú obeť cítiť dostatočne komfortne oznamovať sexuálne násillie.

Na tieto hlavné ciele nadväzujú aktivity, prostredníctvom ktorých vieme dosiahnuť spoločenské prostredie napomáhajúce tomu, aby obeť sexuálne násillie oznamovali. Tými aktivitami je nevyhnutná informovanosť verejnosti o tom, že potreby obetí sexuálneho násillia sú vypočítané a sú vytvorené podmienky na ich naplnenie, a teda že majú možnosť využiť pre ne dostupné služby, na druhej strane je tu informovanosť verejnosti o tom, aké násillie prináša viktimizácia sexuálnym násillím a ako treba k obetiam tohto druhu násillia pristupovať. Tento druh informovanosti je potrebný nielen u širokej verejnosti v podobe osvety, ale najmä v podobe scitlivovania a zaškolenia orgánov činných v trestnom konaní a iných špecialistov, s ktorými obeť sexuálneho násillia prichádzajú do kontaktu v procese riešenia svojej zmenenej životnej situácie.

Práva, ochranu a podporu obetí trestných činov upravuje zákon o obetiach trestných činov. Sexuálne násillie patrí k najzávažnejším formám trestnej činnosti zanechávajúc na obetiach veľmi závažné a dlhodobé násillie. Obete sexuálneho násillia sú z hľadiska tohto faktu, aj z pohľadu platnej legislatívy obzvlášť zraniteľné obeť. Akýkoľvek kontakt s obeťami trestnej činnosti vrátane úkonov spojených s trestným konaním, služby poskytované obetiam, ale aj kontakt zo strany médií sa musí odohrávať v súlade s právami a zásadami ochrany obetí trestných činov. Legislatíva však upravuje „nutné minimum“ podmienok, ktoré je nevyhnutné v záujme ochrany práv obetí dodržať. V poskytovaní služieb obetiam však je nevyhnutné reflektovať omnoho širšie aspekty vstupujúce do interakcie medzi obeťou a poskytovateľom služieb napomáhajúcich reintegrácii obeť, ktorá by mala byť ich hlavným cieľom. Adekvátne k vysokej závažnosti a špecifickosti násillie sexuálneho násillie by služby pre preživších mali zahŕňať vzájomne prepojenú zdravotnú starostlivosť, krízovú intervenciu, psychosociálne poradenstvo a právne poradenstvo.

V dôsledku traumatizujúcej skúsenosti so sexuálnym násillím zažívajú obeť celú škálu postviktimačných symptómov a ťažkostí, z ktorých vyplývajú špecifické potreby týchto obetí.

V prvom rade ide o potrebu bezpečia, teda bezprostrednej ochrany obeť pred ďalším zraňovaním, v dlhodobejšej perspektíve ide o znovunadobudnutie pocitu bezpečia a stability v bežných každodenných situáciách, keďže tento býva v dôsledku traumatickej udalosti u obeť narušený. S tým úzko súvisí potreba kontroly viktimizovanej osoby nad situáciou, nad svojím životom, nad tým, čo sa deje s jej telom v každom okamihu. Traumatizujúca skúsenosť sexuálneho násillie totiž obeť konfrontuje s pocitom absolútnej bezmocnosti nad tým, čo sa s ich telom deje, kto sa ich môže dotýkať, vstupovať do intímnej zóny, zažívajú strach o svoj život. Postupné opätovné nadobúdanie pocitu kontroly nad tým, čo sa s ňou bude diať, dokážeme u obeť začať podporovať už v prvých okamihoch od viktimizácie aj tým, ako s ňou je zaobchádzané pri prijímaní oznámenia, pri odbere dôkazového materiálu a pod. Pred každým krokom je dôležité obeť informovať, čo sa bude diať, vyžiadať si k tomu jej súhlas, rešpektovať nesúhlas resp. nevyjadrenie súhlasu, nechať obeť plnú kontrolu nad situáciou.

Pri zaobchádzaní s obeťou je vždy nutné dbať na jej dôstojnosť a v komunikácii s ňou musí platiť prezumpcia dobrých mravov a dobrého mena obeť. Pri zisťovaní informácií o incidente je potrebné naplniť potrebu dôvery obeť, nechať ju rozprávať bez prerušovania doplňujúcimi otázkami, ktoré môže chápať ako prejav nedôvery, preto ju o priebehu rozhovoru informovať a uviesť, že doplňuje

otázky, ktoré jej budú položené na záver, nie sú prejavom nedôvery, ale sú nevyhnutné na získanie ďalších dôležitých informácií.

V závislosti od časového odstupu od traumatickej udalosti a od priebehu procesu hojenia trauma sa potreby obetí v čase menia. Služby poskytované obetiam sexuálneho násillia musia tieto potreby za každých okolností zohľadňovať a napomáhať obeti k úspešnému procesu hojenia. Klientkami centra SAC sa môžu stať obeť sexuálneho násillia bezprostredne po útoku, ale aj preživšie, ktoré zažili sexuálne násillie pred dlhším časom. Služby poskytované v centre musia reflektovať všetky prípady a uvedenej skutočnosti musí zodpovedať aj prvý kontakt v centre, počas ktorého sa zistí, či obeť potrebuje krízovú intervenciu, alebo iný typ pomoci.

Služby pre obeť sexuálneho násillia by mali byť koncipované v súlade s trauma-informovaným prístupom, ktorého kľúčovými princípmi sú:

- bezpečnosť (fyzická aj psychologická)
- možnosť voľby (preživší majú možnosť voľby a kontroly nad procesom poskytovanej starostlivosti)
- empowerment (alebo tiež zmocnenie, zdôrazňovanie a posilňovanie silných stránok a kompetencií, budovanie zručností, poskytovatelia služieb sú skôr facilitátori než kontrolóri procesu hojenia)
- dôveryhodnosť a transparentnosť (organizácie vykonávajú úkony a aktivity transparentne, budujú a udržiavajú dôveru klientok a ich blízkych, zamestnancov a iných, jasné zadefinovanie úloh, konzistentnosť, interpersonálne hranice)
- spolupráca

Uplatnením trauma-informovaného prístupu dávame do pozornosti otázku, čo sa obeť stalo, namiesto otázky, čo s obeťou nie je v poriadku, čo znamená, že predstavuje alternatívu k medicínskemu prístupu založenému na symptómoch a ponúka odlišné implikácie starostlivosti o preživších vyhýbajúc sa ich retraumatizácii a patologizácii.²⁹

Hlavným cieľom starostlivosti o preživšie sexuálneho násillia je pomoc a podpora preživších v získavaní adaptívnych spôsobov vyrovnania sa s traumou a s ňou spojenou symptomatológiou, sprevádzať a podporovať ich v procese hojenia a napomáhať im získať kompetencie zlepšujúce ich každodenné fungovanie, ktoré bolo traumatickou udalosťou zasiahnuté. Proces hojenia u preživších a jeho priebeh či úspešnosť však nie je definovaný len danosťami obeť (coping skills, osobnosť) a priebehom poradenského či terapeutického procesu, ale vstupuje do neho mnoho iných premenných, ako napríklad:

Kvalita prvého kontaktu s inštitúciami

Kvalita prvého kontaktu s preživšími sexuálneho násillia je dôležitá vo všetkých inštitúciách, s ktorými preživšie vstúpia do interakcie a budú s nimi musieť kooperovať kvôli riešeniu zmenenej životnej situácie, akú traumatizácia sexuálnym násillím predstavuje. Skutočnosť, že v našej krajine doposiaľ nemáme založenú sieť centier SAC, alebo iných porovnateľných špecializovaných pracovísk zabezpečujúcich starostlivosť o preživšie v zmysle multiinštitucionálnej spolupráce, vystavuje preživšie zvýšenému riziku neadekvátneho reagovania na ich potreby zo strany niektorej z kontaktovaných inštitúcií. V riešení svojej zmenenej životnej situácie sa preživšie obracajú postupne na viaceré inštitúcie, počnúc zdravotníckym zariadením, cez orgány činné v trestnom konaní, cez právnu a psychologickú pomoc. Kvalita prvého kontaktu môže pri návštevách rôznych inštitúcií kolísat,

²⁹ NASASV: Standards of Practice Manual for Services against Sexual Violence (3rd edition), 2021

prípadne preživšie odradiť od kontaktovania ďalších inštitúcií, ktorých pomoc by potrebovali. Tým sa v určitom okamihu môže narušať proces spracovania traumy a vyriešenia zmenenej životnej situácie, či saturácie potrieb preživších. Dôvera preživšej osoby k jednotlivým inštitúciám sa bude odvíjať od kvality prvého kontaktu s nimi, preto je dôležité, aby predstavitelia týchto inštitúcií, zabezpečujúci prvý kontakt dokázali veľmi citlivo reagovať na potreby preživších, prejavíť dostatočnú mieru vcítenia k tomu, čo obeť prežila a ako sa asi cíti a podporiť ju v tom, aby bez prerušovania a spochybňovania vyrozprávala všetko, čo považuje za dôležité. Tento aspekt opäť hovorí v prospech založenia siete SAC, kde by preživšie nemuseli navštevovať niekoľko inštitúcií za sebou, ale všetky potrebné služby by im boli poskytované v jednom zariadení s garanciou na obeť zameraného rešpektujúceho prístupu od prvého prekročenia prahu až po ukončenie úspešnej spolupráce.

Pocit bezpečia obeť v zmysle ochrany pred páchatelom

Ak pretrváva riziko, že páchatel môže obeť znova napadnúť, obeť nebude môcť v procese hojenia napredovať, pretože pre ňu to, čo sa jej stalo, nebude predstavovať izolovanú udalosť, alebo časovú úsečku, ale budú u nej stále spustené mechanizmy naviazané na prežívanie bezprostredného ohrozenia života, ktoré hojeniu bránia. Trauma tak bude stále živá a pre obeť aktuálna rovnako, ako počas napadnutia (alebo napadnutí, ak išlo o opakované násilie). Na ochranu obeť musia byť preto prijaté opatrenia zo strany polície či súdu (vykázanie, zákaz priblíženia), prípadne iných inštitúcií (napr. utajené bývanie pre obeť) a tieto opatrenia musia byť obeťou vnímané ako účinné. Pocit bezpečia obeť pred páchatelom napokon v dlhodobejšom horizonte ovplyvňuje aj priebeh a úspešnosť trestného konania.

Reakcie okolia obeť

Reakcie okolia obeť môžu procesu spracovania traumy napomáhať, ale aj brzdiť ho v prípade, ak sú nevhodné. Aj zdanlivo neškodné a dobre mienené rady či komentáre môžu na preživšie pôsobiť retraumatizujúco a zhoršovať už tak veľmi obťažujúce symptómy spojené s traumou. Vhľad do problematiky spracovania traumy a oboznámenie sa s možnými posttraumatickými symptómami, s akými sa preživšie často musia vysporiadať, sú veľmi dôležitým predpokladom toho, že blízke okolie preživšej pre ňu dokáže vytvoriť jeden z oporných pilierov vysporiadania sa s traumou. Z tohto dôvodu je potrebné, aby aj osoby z bezprostredného okolia obeť mali možnosť poradenstva v SAC, aby vedeli reagovať na rôzne situácie, ktoré môžu nastať, podporovať obeť a pomôcť jej zvládnuť symptómy traumy a iné emocionálne vypäté situácie. Ďalším aspektom je fakt, že blízke osoby preživších sú často natoľko zasiahnuté tým, čo sa stalo, že ich taktiež považujeme za obeť, ktoré potrebujú starostlivosť zodpovedajúcu tomuto stavu.

Správanie zdravotníckeho personálu (mimo SAC) k obeť

Súčasná situácia v zdravotníctve a v systéme služieb pre obeť násilia neumožňuje preživším sexuálneho násilia nechať sa ošetriť v špecializovanom zdravotníckom zariadení, ktoré by garantovalo prítomnosť personálu špeciálne vyškoleného v problematike následkov traumatických udalostí a zaobchádzania s preživšími sexuálneho násilia. Je veľmi pravdepodobné, že preživšie už môžu mať z minulosti aspoň jednu negatívnu skúsenosť zapríčinenú ľudským faktorom v zdravotníctve, ktorá môže viesť k tomu, že kvôli obavám zo sekundárnej viktimizácie nebudú mať odvahu v prípade viktimizácie sexuálnym násilím zdravotnícke zariadenie navštíviť a nechať sa ošetriť. V prípade preživších, ktoré zdravotnícke zariadenie navštívia a stretnú sa v ňom s prístupom nerešpektujúcim špecifiká traumatizovanej osoby, môže neadekvátny prístup zo strany zdravotníkov zintenzívniť ťažkosti preživších spôsobené traumatickou udalosťou. Tak, ako sa v odbornej literatúre často skloňuje v tejto súvislosti sekundárna viktimizácia zo strany orgánov činných v trestnom konaní, mala by sa

rovnaká vážnosť venovať aj sekundárnej viktimizácii zo strany zdravotníckeho zariadenia. Tento fakt je ďalším z vážnych dôvodov, prečo by založenie siete SAC malo byť samozrejmosťou. V tomto špecializovanom centre preživšie nájdu v zmysle štandardov SAC rešpektujúci prístup, v každej situácii zachovanie dôstojnosti, nebagatelizovanie intenzity aj menej viditeľných zranení a reflektovanie subjektívneho utrpenia obeť, ktoré môže byť za hranicami predstavivosti či vcítania sa iných osôb.

Správanie orgánov činných v trestnom konaní k obeť

Kontakt s orgánmi činnými v trestnom konaní u preživších často vzbudzuje strach z nedôvery či spochybňovania zo strany OČTK, strach z necitlivého vypočúvania a z retraumatizácie a tiež pocity hanby. Tieto obavy bývajú u obetí natoľko silné, že sú príčinou extrémne vysokej latencie sexuálneho násillia. Prípady sexuálneho násillia, ktoré zostanú „mimo systému“, nedávajú možnosť reagovania na tento typ kriminality z celospoločenského hľadiska. Na druhej strane, viktimizácia sexuálnym násillím často predstavuje situáciu, ktorá vznikne náhle a obeť sa na ňu nedokáže pripraviť. Zaskočená tým, čo sa jej stalo a zahľtená symptómami akútnej reakcie na stres preživšia len s ťažkosťami bude hľadať informácie o svojich právach pri kontakte s OČTK. V záujme minimalizácie rizika retraumatizácie by s preživšími sexuálneho násillia mali prísť do kontaktu iba vyškolení pracovníci OČTK a pre väčšiu istotu preživšej a pocit podpory je žiaduce, aby mala k dispozícii sprevádzajúcu osobu zo SAC, ktorá jej bude oporou a bude dohliadať na korektné a nezraňujúce zaobchádzanie s ňou. Práve SAC centrum by malo byť prvou inštitúciou, ktorú by mali mať možnosť preživšie kontaktovať a tým si zaistiť informovanosť o ich právach a tiež dôverníčku alebo dôverníka na sprevádzanie pri výsluchoch. Z tohto hľadiska by došlo založením siete SAC k eliminácii potreby preživšie sexuálneho násillia hľadať informácie o ich právach na vlastnú päsť a zažívať nadmerné obavy z kontaktu s OČTK.

Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti a s ňou súvisiaca minimalizácia následkov sexuálneho násillia

V súvislosti so zažitým sexuálnym násillím vznikajú u preživších rôzne zranenia, ale aj ďalšie riziká a zdravotné komplikácie. Všetkým preživším by mala byť v čo najkratšom možnom čase po viktimizácii poskytnutá dostatočne kvalitná zdravotná starostlivosť, ktorá by mala byť riadená schváleným štandardným postupom koncipovaným adresne pre prípady sexuálneho násillia. V roku 2022 nadobudli účinnosť štandardné postupy pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násillie³⁰, ktoré ale pre zdravotnícky personál nepredstavujú povinný postup, preto sa nedá vynútiť ich aplikácia počas poskytovania zdravotnej starostlivosti preživším. Ošetrovanie zranení, gynekologická starostlivosť (skriningové vyšetrenie na sexuálne prenosné choroby, zistenie a ukončenie neželanej gravidity, ale aj dlhodobé následky v sexuálnom živote súvisiace s traumou), terapia psychosomatických ťažkostí, prípadne plastické zákroky odstraňujúce rôzne znetvorená a zjazvenia pripomínajúce okolnosti traumatizácie by mali byť neodrieknuteľnou súčasťou postviktimačnej zdravotnej starostlivosti pre preživšie sexuálneho násillia. Okrem zdravotných aspektov tu pôsobia aj aspekty psychologické, kedy kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti by mala byť zabezpečená aj v záujme obnovenia psychického zdravia preživších a signálom zo strany spoločnosti, že jej záleží na tom, aby jej čo najviac pomohla zbaviť sa následkov viktimizácie. Čím presvedčivejšie bude v tomto ohľade poskytovaná zdravotná starostlivosť preživším, tým majú väčšiu nádej na úspešný proces hojenia traumy.

³⁰ Štandardné postupy pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násillie sú dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-sexualne-nasillie/>

V záujme poskytovania čo najkomplexnejšej pomoci na primeranej úrovni zodpovedajúcej potrebám preživších je žiaduce, aby boli služby týmto osobám dostupné bez zbytočných bariér a bez zbytočných medzičlánkov a poskytli preživším pocit bezpečia a prijatia. Ako najvhodnejší sa aj z tohto hľadiska javí model SAC, kde obeť sexuálneho násillia budú mať dostupné všetky druhy služieb, ktoré v tejto životnej situácii potrebujú, v garantovanej kvalite a zodpovedajúce príslušným štandardom.

5.1. Kompetencie a štruktúra tímu SAC

Centrá SAC predstavujú príklad dobrej praxe zo zahraničia. Štruktúra tímu SAC zodpovedá poskytovaným službám reflektujúcim potreby preživších a to v rôznych štádiách spracovania traumy, resp. v rôznych časových odstupoch od viktimizácie. Na jednom pracovisku by mali mať preživšie osoby zabezpečenú komplexnú starostlivosť zahŕňajúcu:

- krízovú intervenciu
- hodnotenie rizík a potrieb na stanovenie následnej starostlivosti
- psychologické poradenstvo
- poradenstvo pre rodinných príslušníkov / blízke osoby preživších zamerané na podporu spracovania traumy
- zdravotnícke služby (ošetrenie akútnych poranení, skriningové vyšetrenia na prenosné choroby a ich prípadná liečba, zabránenie nežiaducemu tehotenstvu, liečba zdravotných následkov a získanie forenzných dôkazov)
- zber a uchovávanie forenzných dôkazov
- právnu pomoc – pomoc s náležitosťami týkajúcimi sa podania trestného oznámenia, príprava a sprevádzanie pri vyšetrovaní a na súde, ochrana práv preživších (ochrana pred retraumatizáciou počas trestného konania a súdnych pojednávaní)
- case management – sledovanie a riadenie „prípadu“ v zmysle koordinácie poskytovaných služieb, prípadného delegovania na externých zmluvných odborníkov/pracoviská
- sociálne služby – pomoc pri riešení zmenenej životnej situácie, utajené bývanie a pod.

Služby poskytované v SAC preživším musia spĺňať náležitosti vo viacerých aspektoch. Trauma-informovaný prístup a najdôležitejšie princípy ochrany obetí a ich podpory pri hojení traumy sme zadefinovali vyššie. SAC centrá však svojim multidisciplinárnym charakterom musia svoje aktivity realizovať nielen v súlade s platnými právnymi predpismi, ale v záujme plnohodnotného fungovania v prospech obetí bude potrebné niektoré právne predpisy upraviť, legislatívne ukotviť kompetencie SAC a sformulovať štandardy poskytovaných služieb garantujúcich kvalitu a adekvátnosť postupov a služieb vo vzťahu k potrebám obetí.

Z tohto dôvodu bude potrebné v legislatíve zmeniť alebo doplniť:

- prítomnosť sociálnych sestier v zdravotníckych zariadeniach, ktorých súčasťou by bolo centrum SAC a kompetencie sociálnych sestier (Tu môžeme vychádzať z opisu kompetencií sociálnych sestier, ako ich definuje napr. UNB na svojej webovej stránke³¹. V prípade sociálnych sestier vykonávajúcich úkony ako súčasť tímu SAC by išlo o rozšírenie kompetencií a vyškolenie v relevantných oblastiach pre prácu s preživšími sexuálneho násillia.

³¹ <https://www.unb.sk/hospitalizovany-pacient/>

- niektoré náležitosti odberu a uchovávania forenzných dôkazov, ako aj ich legálnu využiteľnosť v rámci trestného konania
- edukáciu OČTK a zdravotníckeho personálu (mimo tímu SAC) v trauma-informovanom prístupe a v problematike rodovej rovnosti.

Klientela centier SAC

Vymedzenie klientely SAC a rozsahu a druhu poskytovaných služieb:

- pre prípad poskytovania zdravotníckej starostlivosti všetky preživšie osoby sexuálneho násillia vo veku od 18 rokov, bez ohľadu na rod,
- pre prípady poskytnutia poradenstva starostlivosti všetky preživšie osoby sexuálneho násillia vo veku od 15 rokov, bez ohľadu na rod a času, ktorý uplynul od viktimizácie. V prípadoch, ak je preživšia osoba maloletá jej môže byť zabezpečená špecializovaná starostlivosť pre osobu mladšiu ako 18 rokov, ak je to vhodné a možné s ohľadom na jej potreby,
- rodinní príslušníci, príp. iné blízke osoby preživších sexuálneho násillia, ktoré tiež potrebujú odbornú pomoc a poradenstvo v spracovaní traumy, alebo potrebujú poradenstvo v oblasti podpory procesu hojenia v roli blízkej osoby preživšej.

Štruktúra tímu SAC

Celý tím, vrátane pracovníkov prvého kontaktu a administratívnych pracovníkov musí byť vyškolený v trauma-informovanom prístupe a dôkladne poznať akútne symptómy aj dlhodobé následky traumatizácie u obetí sexuálneho násillia.

Tím SAC by mal byť zložený z odborníkov tak, aby pokrýval celé spektrum služieb poskytovaných preživším sexuálneho násillia, bez ohľadu na to, či ide o odborný personál priamo v priestoroch SAC, alebo dostupný na zavolanie na základe zmluvného vzťahu. Podľa príkladu dobrej praxe by mal tím SAC pozostávať z nasledovných pracovníkov:

- sociálna sestra (pracovníčka prvého kontaktu na mieste)
- lekári/lekárky so špecializáciou gynekológia, traumatológia, chirurgia, psychiatria, urológia, pracovne zaradení na oddeleniach nemocnice, v ktorej priestoroch bude umiestnené SAC
- psychológ/psychologička
- psychoterapeut/psychoterapeutka
- právnik/právnička
- sociálny pracovník/pracovníčka

Pracovníčka prvého kontaktu – sociálna sestra³²

- vyškolená v trauma-informovanom prístupe
- zabezpečuje prvý kontakt s preživšími sexuálneho násillia v SAC, stála prítomnosť v SAC
- zabezpečuje case management (sledovanie priebehu prípadu)
- koordinuje služby poskytované danej klientke/klientovi, privoláva konkrétneho odborníka na pracovisko centra, sprostredkováva služby preživším poskytované mimo priestorov SAC (napríklad nakontaktovanie na OZ, centrá pomoci obetiam, terapeutov, právnikov a pod.)

³² UNB stručne definuje náplň práce a kompetencie sociálnych sestier tu: <https://www.unb.sk/hospitalizovany-pacient/>

Lekári so špecializáciou gynekológia, traumatológia, chirurgia, urológia, psychiatria

- sú pracovne zaradení na príslušných oddeleniach nemocnice, v ktorej priestoroch sídli SAC
- rozpis ich pracovných zmien by mal byť zabezpečený v najlepšom záujme preživších tak, aby bola pre potreby klientok SAC k dispozícii vždy aj lekárka-žena s danou špecializáciou
- vyškolení v trauma-informovanom prístupe
- poskytujú zdravotnú starostlivosť preživším, ako je liečba zranení, podanie núdzovej antikoncepcie, starostlivosť zameraná na profylaxiu pohlavne prenosných infekcií
- zabezpečujú odber forenzných dôkazov

Psychológ/psychologička

- poskytuje psychologické poradenstvo preživším a ich blízkym a sprevádza ich procesom spracovania traumy, informuje klientky a klientov o možných symptómoch traumatizácie a reakcií na stres
- má vedomosti, zručnosti, skúsenosti s prácou s preživšími interpersonálnej traumy
- vyhodnocuje riziko sebapoškodenia
- diagnostikuje symptómy PTSP, depresie a úzkosti
- používa štandardizované evidence-based nástroje na zisťovanie anamnézy a symptómov traumy
- má vedomosti a zručnosti v učení techník emocionálnej regulácie
- spĺňa kvalifikačné predpoklady: absolvované jednodoborové štúdium psychológie, ukončený psychoterapeutický výcvik, 5 rokov praxe v práci s traumatizovanými osobami, absolvované vzdelávanie základy psychotraumatológie³³

Sociálna pracovníčka/sociálny pracovník

- realizuje poradenstvo a pomoc pri riešení zmenenej životnej situácie
- poskytuje poradenstvo a pomoc pri sprostredkovaní utajeného bývania
- sprostredkuje poradenstvo a pomoc pri sociálno-právnej ochrane detí
- má prax v práci s obeťami sexuálneho násillia alebo domáceho násillia
- je vyškolená v trauma-informovanom prístupe

Právnik/právnička

- pomáha preživším s prípravou podkladov pre súd
- podporuje a zastupuje preživšie pri súdnych pojednávaniach
- poskytuje poradenstvo a podporu preživším počas styku s OČTK
- poskytuje podporu pri zaistení bezpečnosti preživších a doporučuje ďalšie vhodné služby
- poskytuje trestnoprávne služby na vynútenie zákona a ochranu práv žien
- má odborné zameranie trestné právo
- má dostatočnú prax a zorientovanosť v prípadoch sexuálneho násillia
- je vyškolený/vyškolená v trauma-informovanom prístupe

Súčasťou siete SAC by mal byť aj školiaci tím odborníčov a odborníkov zodpovedný za edukáciu OČTK a zdravotníckeho personálu tematicky zameranú na trauma-informovaný prístup k obetiam a scitlivovanie v rámci problematiky rodovej rovnosti.

³³ Základy (na riešenie zameranej) psychotraumatológie – realizuje SIPE

Umiestnenie SAC v zdravotníckom zariadení

Z príkladov dobrej praxe v zahraničí je zrejmé, že ako optimálne umiestnenie SAC sa javí nemocničné zariadenie prevádzkujúce urgentný príjem, pod ktorý sa SAC začlení. Z hľadiska organizácie chodu SAC sme vyššie uviedli, že prvým kontaktom SAC by mala byť sociálna sestra, ktorá by mala byť v centre nepretržite. V prípade budovania siete centier SAC vo viacerých mestách je dôležitým aspektom overenie organizácie a chodu urgentného príjmu, nakoľko v niektorých nemocniciach musia pacientky a pacienti prejsť bez výnimky cez recepciu a oznámiť personálu recepcie, s akým problémom prichádzajú. V niektorých zdravotníckych zariadeniach sa tento úkon deje na recepcii vybavenej plexisklom oddeľujúcim pacientov od personálu, čo predstavuje z pohľadu preživších sexuálneho násillia nepredstaviteľnú bariéru a stratu nároku na diskretnosť. Zároveň takéto prostredie priamo ruší centrom SAC garantovaný prvý kontakt pre preživšie, nakoľko prvým kontaktom v takomto zdravotníckom zariadení by bola vynútená recepcia.

Z hľadiska priestorových náležitostí SAC potrebuje mať v zdravotníckom zariadení zabezpečené 2 miestnosti na realizáciu potrebných úkonov s preživšími, a to miestnosť na konzultácie a psychosociálne poradenstvo a miestnosť na realizovanie zdravotného a forenzného vyšetrenia – s vybavením potrebným na ošetrovanie rán, gynekologické vyšetrenie a odber vzoriek tak, aby nedošlo k ich kontaminácii. Ďalej je potrebné pre SAC v zdravotníckom zariadení zabezpečiť priestory na uchovávanie forenzných dôkazov a priestor na evidenciu. V rámci prípravných úkonov pred zriadením SAC bude potrebné s foreznými expertmi konzultovať fyzikálne vlastnosti skladovacieho priestoru (teplota, vlhkosť a pod.), prístup osôb do skladovacieho priestoru (kto všetko môže mať prístup k dôkazom, ako zabrániť prístupu nepovolaných osôb, aby sa dôkazy stále považovali za spoľahlivé pre účely trestného konania...), dobu skladovania biologických vzoriek (či pôjde o prechodné uskladnenie do doby prevozu na iné miesto, alebo budú vzorky uskladnené dlhodobo v SAC, a tiež určenie dĺžky trvania skladovania vzoriek). Taktiež bude potrebné zabezpečiť priestor, kde sa obeť v prostredí eliminujúcom kontamináciu môže vyzliecť zo šatstva obsahujúceho stopy/dôkazy, kde bude toto šatstvo ako dôkazový materiál skladované (buď do prevozu alebo dlhodobo).

S pribúdajúcim počtom prípadov bude v SAC narastať aj množstvo evidovaných záznamov o prípadoch sexuálneho násillia. Bude potrebné vyčleniť bezpečný priestor na ukladanie záznamov z vyšetrení a s údajmi umožňujúcimi priradiť odobratých forenzných dôkazov z vyšetrení ku konkrétnym prípadom. S protokolom o vyšetrení pri podozrení na sexuálne násillie³⁴ sa bude nakladať ako s ostatnými typmi zdravotnej dokumentácie v zmysle platnej legislatívy, bude tu však navyše potrebné nastaviť systém umožňujúci spoľahlivé a nezameniteľné prepojenie tejto zdravotnej dokumentácie s uskladnenými odobratými foreznými dôkazmi pre účely trestného konania.

5.2. Kvalita služieb a štandardy ich poskytovania

Služby pre obeť sexuálneho násillia musia byť adresné a zohľadňujúce ich potreby naprieč všetkými regiónmi v rovnakej kvalite. Naša krajina nemá zatiaľ vypracované komplexné štandardy poskytovania služieb v rámci centier pre obeť sexuálneho násillia, preto sme vypracovali všeobecné štandardy potrebné pre optimálne fungovanie SAC v zmysle prevažne hodnotového nastavenia pri poskytovaní služieb a minimálne štandardy poskytovania služieb preživším.

³⁴ Záhumenský, J. a kol.: Postup pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násillie, Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2022, účinný od 1.7.2022, Príloha č. 1.

Vychádzajúc z publikácie *Standards of Practice Manual for Services Against Sexual Violence* vy danej pod hlavičkou *National Association of Services Against Sexual Violence*³⁵ odporúčame nasledovné všeobecné štandardy potrebné pre optimálne fungovanie SAC:

Všeobecné štandardy

1. Minimalizácia bariér (prístupnosť/bezbariérovosť služieb)

Prvým a nevyhnutným predpokladom na to, aby klientky mohli využívať existujúce služby, je prístupnosť týchto služieb bez bariér. V kontexte služieb poskytovaných v rámci centier SAC ide predovšetkým o to, aby akákoľvek potenciálna klientka mala vedomie a pocit, že tieto služby sú tu aj pre ňu, že naozaj môže bez obáv prísť a bude prijatá bez predsudkov týkajúcich sa menšín, obetí, sociálnej vrstvy a pod. a bez predpojatosti či hodnotenia toho, čo sa jej stalo. SAC centrum musí u klientok vzbudzovať pocit legitímnosti ich prežívania a musí im dávať už na prahu dverí pocit bezpečia.

V tomto kontexte to okrem vyškolenia a vytrénovania personálu znamená aj zabezpečenie chodu centra 100% bezplatne pre všetky klientky, s čo možno najširšou jazykovou vybavenosťou, vrátane možnosti komunikácie s osobami s poruchami reči (resp. sluchu a reči).

Priestory SAC by mali byť prívetivé, útulné a priateľské ku klientkam. V poskytovaní služieb by mala jestvovať flexibilita. Poskytovanie služieb tvárou v tvár v priestoroch centra je samozrejmosť, avšak je žiaduce mať k dispozícii aj alternatívy pre klientky, ktoré z určitých dôvodov nedokážu centrum navštíviť osobne a chcú sa poradiť, ako riešiť svoju situáciu. Pre takéto prípady je vhodné, aby centrum malo sprevádzkovanú aj telefonickú linku alebo online chat, kam sa môžu klientky obrátiť.

SAC by malo mať možnosť klientkam zabezpečiť služby presahujúce kapacity centra u zazmluvnených odborníkov/odborníčok, alebo na zazmluvnených pracoviskách. Tieto služby by rovnako, ako služby poskytované priamo v SAC mali byť poskytované bez ďalších nákladov pre klientky SAC a mali by byť realizované s rovnakými štandardmi, ako služby v SAC.

2. Uznanie skúsenosti klientok

Všetky úkony, služby a intervencie poskytované v rámci centra SAC musia byť realizované s rešpektom a uznaním k skúsenosti klientok, bez spochybňovania či zľahčovania toho, čo sa im stalo. Iba klientky samotné najlepšie poznajú svoje potreby a v každom kroku starostlivosti je nevyhnutné, aby sa dial so súhlasom klientky a aby jej bolo jasné, aký úkon či intervencia budú realizované a aký bude jeho efekt a v akých aspektoch jej života či procesu hojenia traumy bude mať dopad. Všetko, čo sa bude s klientkou diať, musí byť výsledkom jej voľby. Krízové intervencie musia byť poskytnuté bezodkladne.

Vo všetkých krokoch poskytovania starostlivosti musí byť zabezpečené fyzické a emocionálne bezpečie, je to nevyhnutný predpoklad naštartovania procesu hojenia traumy.

3. Dodržiavanie uznaných, fundovaných klinických a poradenských postupov (najlepšej praxe)

Odborníci a odborníčky poskytujúci intervencie v rámci SAC by mali rešpektovať a aplikovať postupy najlepšej praxe v oblasti efektívnych služieb reagujúcich na násilie na ženách. Všetci odborníci SAC by sa mali priebežne vzdelávať v oblasti dopadov sexuálneho násillia na obeť a trauma-informovaných terapeutických intervenciách. Pracovníci tiež musia mať vedomosť o tom, aké výzvy

³⁵ *Standards of Practice Manual for Services Against Sexual Violence*. MILDURA VIC: National Association of Services Against Sexual Violence, 2021.

predstavuje dynamika sexuálneho násillia v procese hľadania pomoci a v zainteresovanosti v poradenstve. Ostatné kľúčové aspekty poskytovania klinických a poradenských služieb pre prežívšie sexuálneho násillia zahŕňajú:

- dôležitosť terapeutického spojenia medzi poradkyňou a prežívšou
- flexibilitu v metódach a terapeutických technikách na zabezpečenie individuálnych potrieb a preferencií prežívšich
- zabezpečenie efektívneho psychosociálneho poradenstva a odhadu rizika
- zachovanie primeraných hraníc
- poskytnutie podporných služieb aj pre najbližšie osoby prežívšich.

Klinickí a poradenskí pracovníci a pracovníčky musia zabezpečiť vykonávanie praxe v súlade s odporúčaniami a aktuálnymi vedeckými poznatkami v oblastiach:

- komplexnej traumy (prežívšie sexuálneho násillia, vrátane sexuálneho útoku a sexuálneho zneužívania v detstve boli často vystavené viacerým traumatickým udalostiam, ktoré môžu mať signifikantné zdravotné následky).
- násillia v intímnych vzťahoch (ktoré sú formou sexuálneho násillia vyžadujúcou špecifický a integrovaný prístup)
- prejavov problematickeho či škodlivého sexuálneho správania u detí a mladistvých.

4. Advokácia/obhajovanie práv obetí v užšom aj širšom zmysle slova, angažovanie komunity

Individuálna advokácia je v tomto kontexte chápaná ako reflektovanie individuálnych potrieb prežívšich, ich podpora a pomoc s dostupnosťou potrebných služieb. Systémová advokácia predstavuje ovplyvňovanie širších spoločenských (a iných) štruktúr v prospech prežívšich, zvyšovanie povedomia o problematike sexuálneho násillia a obhajovanie potreby investovania finančných prostriedkov do služieb pre tieto obeť, ovplyvňovanie reformy právnych predpisov v záujme prevencie, eliminácie tohto typu násillia a na zvýšenie dostupnosti služieb pre prežívšie.

5. Vytvorenie priaznivých a rešpektujúcich pracovných podmienok, podporujúceho pracovného prostredia a funkčného tímu, ku ktorým patria:

- podpora vzdelávacích aktivít a zvyšovania kvalifikácie
- podpora vzťahov v kolektíve
- podpora duševného zdravia a rovnováhy pracovného a rodinného života členov tímu
- jasné kanály / toky informácií
- zabezpečenie bezpečia členov tímu SAC na pracovisku

6. Zabezpečovanie udržiavania a zlepšovania kvality, evaluácia procesov na základe nepretržitého získavania spätnej väzby od klientok.

5.3. Minimálne štandardy poskytovania služieb v centrách SAC

Minimálne štandardy poskytovania služieb prežívšim sexuálneho násillia v centrách SAC navrhujeme koncipovať v zmysle už spracovaného návrhu Z. Očenášovej, ktoré sú inšpirované

štandardmi aplikovanými vo Veľkej Británii (Home Office, 2009, In: Očenášová, 2017)³⁶, ktorých hlavné tézy sú nasledovné:

- Dostupnosť centra non-stop, 24 hodín denne, 7 dní v týždni na ľahko prístupnom a bezpečnom mieste a minimálna čakacia doba na poskytnutie pomoci po príchode do centra. V štandardoch vo Veľkej Británii sa odporúča začať sa obeti okamžite po jej príchode do centra venovať, maximálna čakacia doba na služby by nemala presiahnuť 4 hodiny, forenzné vyšetrenie by malo byť zrealizované do hodiny.
- Prítomnosť adekvátne vyškolenej a trénovanej krízovej poradkyne v zariadení, ktorá bude úzko spolupracovať so zdravotníckym personálom.
- Obete by mali mať možnosť vybrať si pohlavie zdravotníka vykonávajúceho medicínske a forenzné vyšetrenie. Tri štvrtiny žien so skúsenosťou so sexuálnym násilím preferuje ženský personál, takmer polovica obetí sexuálneho násillia vyšetrenie mužským zdravotníkom odmieta.
- Dostupnosť forenzných zdravotníčok vyškolených a trénovaných v postupoch zberu forenzných dôkazov v prípadoch sexuálneho násillia od dospelých aj od detí podľa štandardizovaných postupov a protokolov.
- Dostupnosť adekvátne vybaveného priestoru na realizovanie forenzného vyšetrenia, kde bude možné realizovať všetky potrebné úkony a bude minimalizované riziko kontaminácie vzoriek.
- Zdravotné ošetrovanie musí byť komplexné a musí zahŕňať posúdenie fyzického, psychického a sexuálneho zdravia, poskytnutie núdzovej antikoncepcie, skriningové vyšetrenie a profylaxiu pohlavne prenosných chorôb a odhad psychického stavu, rizika samovraždy, identifikácia symptómov PTSP a stratégií ich zvládania.

Medicínsko-forenzné vyšetrenie sa realizuje iba so súhlasom obeť po jej informovaní o priebehu vyšetrenia. Odobraté vzorky musia byť adekvátne uskladnené a obeť by po ňom malo byť poskytnuté náhradné oblečenie. Forenzné vyšetrenie nesmie byť naviazané na nahlásenie prípadu polícii, ale obeť by mala dostať čas na rozmyslenie podania trestného oznámenia, kým budú odobraté vzorky uskladnené.

Počas psychologického vyšetrenia je nevyhnutná normalizácia reakcií obeť na traumatickú udalosť a uistenie obeť, že sa jej stav bude zlepšovať. Ak preživšie trpia vážnejšími posttraumatickými symptómami, je potrebné zabezpečiť adekvátnu liečbu a ďalšie psychologické služby na ich zvládnutie.

- Dostupnosť psychosociálneho poradenstva, v rámci ktorého je poskytovaná podľa potreby krízová intervencia, alebo psychologické a sociálne poradenstvo zamerané na riešenie problémov preživších a na vysvetľovanie krokov, ktoré môžu zvoliť a čo bude po nich nasledovať, aby sa mohli rozhodnúť.
- Multi-inštitucionálna spolupráca pri poskytovaní služieb, jednotlivé subjekty, s ktorými preživšie vstupujú do interakcie kvôli traumatizujúcej skúsenosti, spolupracujú pri riešení prípadu a vytvárajú spoločné, resp. koordinované postupy.
- Vysoké štandardy poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktoré sú zabezpečené efektívnym riadením centra, striedaním a vzdelávaním personálu, multiinštitucionálnou spoluprácou a postupmi zohľadňujúcimi potreby zraniteľnej klientely.

³⁶ Očenášová, Z.: Centrá pre obeť sexuálneho násillia – model multiinštitucionálnej intervencie.

Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2017;

Home Office, Department of Health, Association of Chief Police Officers (2009) A Resource for Developing Sexual Assault Referral Centers (Revised National Service Guide).

- Zber a spracovanie dát primeranými postupmi s anonymizáciou dát a s informovaným súhlasom preživších.

5.4. Špecializačné zameranie zdravotníckeho zariadenia a iné personálne premenné pre vytvorenie SAC

Zdravotnícke zariadenie, v ktorom by mohlo byť umiestnené SAC pri urgentnom príjme, by malo poskytovať multidisciplinárne zdravotné služby a vzhľadom na potrebnú dostupnosť odborníkov z relevantných oblastí by malo mať dostupné 24 hodín denne. V súčasnosti sú v platnosti ministrom zdravotníctva prijaté štandardné postupy pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násilie³⁷ účinné od 1. júla 2022, ktoré zahrňujú diagnostické úkony potrebné pre získanie forenzných dôkazov pre potreby polície a zároveň zdravotnícke činnosti v spektre od akútneho ošetrovania po stanovenie ďalšieho terapeutického plánu pre obeť sexuálneho násillia. Schválený postup je predovšetkým návodom na získavanie a zaisťovanie stôp, avšak nepredstavuje povinný postup pre zdravotníckych pracovníkov. V zmysle týchto štandardných postupov vyšetrenie vykonáva v prípade ženskej obeť lekár so špecializáciou v odbore gynekológia a pôrodnictvo a v prípade obeť mužskej lekár so špecializáciou v odbore chirurgia alebo urológia, ako u ženských, tak aj u mužských obeť sa vyšetrenie vykonáva v prítomnosti jedného svedka, ktorým môže byť zdravotná sestra alebo príslušník Policajného zboru so súhlasom vyšetrovanej osoby. Vzhľadom na závažnosť prípadov sexuálneho násillia a suicidálneho rizika alebo iných závažných psychických následkov traumatizujúcej udalosti je potrebné, aby bol v zdravotníckom zariadení prítomný psychiater. Zdravotnícke zariadenie, v rámci ktorého by mohlo byť umiestnené SAC, teda musí mať 24 hodín denne dostupné tieto oddelenia:

- 1) gynekologické oddelenie
- 2) psychiatrické oddelenie
- 3) chirurgické alebo traumatologické oddelenie
- 4) urologické oddelenie

Z hľadiska personálneho zabezpečenia starostlivosti o preživších vo všetkých aspektoch ich potrieb je dôležité, aby zdravotnícke zariadenie participovalo na chode SAC prispôbením rozpisu služieb zdravotníckeho personálu tak, aby boli pre starostlivosť o preživších k dispozícii 24 hodín denne špecialisti zo všetkých vyššie uvedených profesií a aby sa dalo prihliadnuť na želanie obeť týkajúce sa pohlavia ošetrovujúcich zdravotníkov. Všetci zdravotníci podieľajúci sa na chode SAC budú zároveň musieť byť vyškolení v relevantných kompetenciách – náležitosti forenzného vyšetrenia, krízová intervencia, špecifika prístupu k obeť sexuálneho násillia. Nemenej dôležitým je časový faktor, teda to, aby sa starostlivosť preživším poskytla prioritne a v čo najkratšom čase. Na tomto mieste je potrebné poukázať na potrebu preskúmania možností na urgentných príjmoch nemocníc, nakoľko niektoré nemocnice na urgentných príjmoch prevádzkujú recepciu a triediaci mechanizmus pacientov podľa závažnosti. Opäť sa tak dostávame k špecifikácii personálneho, priestorového a prevádzkového zabezpečenia náležitostí prvého kontaktu pre preživších sexuálneho násillia v priestoroch urgentných príjmov nemocníc s ohľadom na tieto špecifika. Prvý kontakt je pre obeť sexuálneho násillia kľúčový a je rozhodujúci v tom, či obeť zotrva a nechá si poskytnúť potrebnú pomoc, alebo ju prvý kontakt odradí a zo zariadenia sa radšej rozhodne bez pomoci odísť, čo by mohlo mať s vysokou pravdepodobnosťou za následok väčšiu závažnosť následkov sexuálneho násillia a tiež z hľadiska

³⁷ Záhumenský, J. a kol.: Postup pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násillie, Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2022, účinný od 1.7.2022.

ochrany spoločnosti vyššiu mieru latencie sexuálneho násillia. V zbere dát v rámci spracovania štúdie uskutočniteľnosti bude preto potrebné získať čo najkonkrétnejšie údaje o možnostiach priestorového a personálneho zabezpečenia a pri výbere zariadení, v ktorých sa zriadia SAC, zodpovedne zohľadniť tento faktor.

Špeciálnou otázkou pri zabezpečení chodu SAC je prítomnosť nezdravotníckeho pracovníka v zdravotníckom zariadení, keďže táto osoba by mala vykonávať intervencie v priestoroch tohto zariadenia, avšak pod hlavičkou SAC. Podľa príkladov dobrej praxe z krajín prevádzkujúcich SAC môže byť osobou prvého kontaktu sociálna sestra, sociálna pracovníčka alebo psychológ/psychologička, vždy však platí, že to musí byť osoba disponujúca kompetenciami poskytovania krízovej intervencie.

Slovenský zdravotnícky systém má zadefinovanú pozíciu a kompetencie sociálnej sestry v zdravotníckom zariadení. Univerzitná nemocnica Bratislava zamestnáva sociálne sestry v každej zo svojich nemocníc. Kompetencie sociálnych sestier UNB zadefinovala nasledovne: „Sociálna sestra navrhuje optimálne sociálne opatrenia, prípadne pomáha pacientom a ich príbuzným realizovať opatrenia, vedie pacientov k aktívnej svojpomoci, navrhuje a realizuje vhodnú sociálnu pomoc. Poskytujú bazálne, odborné poradenstvo osobám, ktoré pomoc potrebujú, osobám, ktoré boli hlásené ošetrovujúcim lekárom, respektíve iným kompetentným personálom oddelenia alebo kliniky. Zastupuje v prípade potreby chorého na základe jeho poverenia na úradoch, spolupracuje s úradmi pri riešení sociálnej situácie. Pomáha riešiť pacientove problémy prameniace z nepriaznivého zdravotného stavu, pomáha aj pri riešení sociálnych, ekonomických, psychických, rodinných a spoločenských problémov. Je v kontakte alebo vyhľadáva kontakt s rodinnými príslušníkmi pacienta, prípadne je v kontakte s osobami, ktoré pre pacienta predstavujú prirodzené sociálne prostredie. Pomáha dotvoriť celkový obraz o pacientovi a jeho rodine a širších sociálnych štruktúrach. Zisťuje a overuje anamnestické údaje, prispieva k dotvoreniu celkovej anamnézy (zdravotná, sociálna, rodinná, pracovná, osobná...) pacienta. Diagnostikuje sociálne problémy, plánuje intervenciu, vykonáva sociálnu terapiu a hodnotenie. Komunikuje s pacientom, pozitívne ho ovplyvňuje a motivuje pri riešení jeho sociálnych problémov.

Spolupracuje s lekárom, ktorý upozornil na potrebu sociálnej pomoci pre pacienta. Spolupracuje s orgánmi miestnej štátnej správy a samosprávy, s orgánmi sociálneho zabezpečenia, spolupracuje so zariadeniami sociálnych služieb, s orgánmi činnými v trestnom konaní, s neštátnymi subjektmi, svojpomocnými združeniami, tretím sektorom, charitou a s inými zdravotníckymi zariadeniami. Aktívne spolupracuje s celým tímom zdravotníckych pracovníkov a iných pracovníkov v zdravotníctve.“ (Sociálna starostlivosť o pacienta, web UNB <https://www.unb.sk/hospitalizovany-pacient/>).

Zadefinované kompetencie sociálnych sestier v našom zdravotníckom systéme sú dobrým východiskovým bodom na sformulovanie a oficiálne zavedenie/prijatie kompetencií sociálnych sestier fungujúcich v rámci SAC, čo by mohlo byť riešením zabezpečenia kompetentnej a vyškolenej osoby prvého kontaktu v SAC. Sociálne sestry z nemocníc UNB sú v štádiu realizácie štúdie uskutočniteľnosti cenným zdrojom informácií o ich postavení a špecifikách ich práce v kolektíve zdravotníckeho zariadenia, o prekážkach či ťažkostiach, s ktorými sa stretávajú pri výkone povolania a ktoré by mohli byť relevantné pre fungovanie SAC a tiež zdrojom cenných informácií napomáhajúcich adekvátnemu nastaveniu kompetencií jednotlivých členov tímu SAC.

Pri skúmaní možností a limitov v oblasti ľudských zdrojov je nemenej dôležité mať na pamäti fakt, že odborníci, ktorí vytvoria tímy SAC, majú svoje skúsenosti, svoju zažitú rutinu nielen v realizácii zdravotníckych a iných praktických úkonov, ale aj v prístupe k pacientom. Je preto dôležité pred založením siete SAC preskúmať hodnotové nastavenie odborníkov, ich predchádzajúce skúsenosti v kontakte s obeťami sexuálneho násillia, mieru ich empatie k preživším a uvedomovanie si špecifik

a potrieb tejto skupiny pacientov či klientov. Cieľom tejto oblasti výskumných otázok nie je výber iba tých odborníkov, ktorí majú najviac skúseností, ale získanie údajov o tom, ako kontakt s obeťami sexuálneho násillia prebieha v zdravotníckych zariadeniach v súčasnosti, pred založením siete SAC a o tom, do akej miery sa náležitosti súčasnej starostlivosti o obeť sexuálneho násillia líši od náležitostí, ktoré by mali byť súčasťou starostlivosti o preživších v rámci tímov SAC. Inými slovami, ak budeme zostavovať tímy SAC z odborníkov pôsobiacich v súčasnej praxi, bude potrebné v záujme rozvoja ľudských zdrojov zistiť, koľko toho budú musieť na svojich zvyklostiach zmeniť a aké je ich hodnotové ukotvenie. Na základe týchto údajov bude možné prispôbiť vzdelávacie a motivačné programy pred spustením SAC.

V prípadoch, kedy nebude možné z kapacitných alebo kompetenčných dôvodov poskytnutie určitých služieb preživším, SAC by malo mať vypracovaný zoznam profesionálok, profesionálov a inštitúcií zo všetkých relevantných oblastí, na ktorých môžu byť preživšie delegované v prípade potreby dlhodobejšej spolupráce presahujúcej kapacity alebo kompetencie SAC.

5.5. Úloha SAC pri zbere a uchovávaní dôkazového materiálu - legislatíva a kompetencie inštitúcií

V prípadoch, kedy dôjde v SAC k odberom forenzných dôkazov z tela obeť, ale aj zo šatstva obeť, bude potrebné zabezpečiť priestor na uskladnenie dôkazov, a to buď do odvozu na špecializované forenzné/kriminalistické pracovisko, alebo v prípade, ak si obeť neželá oznámiť útok polícii, na dlhší čas, ak to bude akceptovateľné z hľadiska dokazovania v neskoršom trestnom konaní.

Podľa doteraz získaných informácií z centier pre obeť sexuálneho násillia vo svete je vhodné, aby centrum bolo vybavené chladničkou na odobraté vzorky. V Nórskom centre pre obeť sexuálneho násillia sa odobraté vzorky uskladňujú v chladničke priamo v centre, vzorky odobraté za účelom analýzy DNA sa vysušia a uskladnia taktiež priamo v centre po dobu 6 mesiacov, čo sa v praxi ukázalo ako krátka doba z hľadiska dĺžky trvania rozhodovacieho procesu obeť podať trestné oznámenie na páchatelä. V USA sa forenzné dôkazy odobraté od obeť posielajú do policajných skladov.

V Slovenskej republike sa získavanie forenzných dôkazov od obeť sexuálneho násillia riadi platnou legislatívou, v zmysle ktorej „ak ide o vzorku, ktorej odberom je narušená telesná integrita človeka alebo ktorá je odoberaná z intímnej časti ľudského tela, jej odber vykonáva na základe písomnej žiadosti policajta, orgánu činného v trestnom konaní alebo súdu zdravotnícky pracovník s príslušnou odbornou spôsobilosťou. Odber vzorky sa vykonáva spôsobom, ktorý nesmie ohroziť zdravie osoby ani ponížiť jej ľudskú dôstojnosť.“³⁸ Neinvazívne úkony na zber forenzných dôkazov, ako sú stery z pokožky alebo odber šatstva môže realizovať zdravotná sestra alebo kriminalistický technik. V praxi teda komplexný zber forenzných dôkazov od obeť pozostáva z vyšetrenia lekárom a odberom sterov a zberom šatstva kriminalistickým technikom. Prítomnosť kriminalistického technika však nie je nevyhnutná, ster môže od obeť odobrať taktiež lekár. Vyhотовovanie fotografií zranení intímnych partií prenechávajú kriminalistickí technici zväčša lekárom odvolávajúc sa na metodiku Prezídia Policajného zboru. Vzorky a iné forenzné dôkazy získané od obeť napokon prevezme, kriminalistický technik a odnesie ich do priestorov Kriminalistického a expertízneho ústavu Policajného zboru. Deje sa tak ale iba v prípade, ak obeť podá na páchatelä trestné oznámenie, v opačnom prípade k prevzatíu a uskladneníu dôkazov zo strany PZ SR nedôjde. Skladovanie dôkazov trestných činov má svoje priestorové a personálne nároky, ktoré sa pokryjú v prípade podania trestného oznámenia zo zdrojov

³⁸ Zákon o používaní analýzy deoxyribonukleovej kyseliny na identifikáciu osôb. Zbierka zákonov SR - 417/2002 Z. z. znenie 25. 5. 2018 Stránka 1 / 4

polície, je však potrebné doriešiť tieto zdroje v prípade, ak obeť sexuálneho násillia nie sú ihneď rozhodnuté trestné oznámenie podať. Pre takéto prípady bude potrebné pri vypracovaní štúdie uskutočniteľnosti získať od kriminalistov informácie, akým spôsobom musia byť dôkazy uskladnené a zaevidované, aby mohli byť použité ako plnohodnotné dôkazy v trestnom konaní s odstupom dlhšieho času. Taktiež je dôležité zistiť, akým spôsobom vymedziť počet a charakteristiky osôb, ktoré môžu s uskladnenými dôkazmi nakladať, alebo k nim mať prístup.

Špeciálnu pozornosť venujeme zberu vzoriek DNA a zaznamenaniu profilu DNA do databázy. Podľa Zákona o používaní analýzy deoxyribonukleovej kyseliny na identifikáciu osôb č. 417/2002 Z. z. databázu zriaďuje a prevádzkuje Policajný zbor a táto databáza obsahuje aj profily DNA „poskytnuté na základe medzinárodnej zmluvy, ktorou je SR viazaná“. V databáze sú zaznamenané aj „údaje o trestnom čine alebo pátraní, v súvislosti s ktorým sa profil DNA zistil“. V zákone sú špecifikované podmienky archivácie a likvidácie profilov DNA nasledovne:

„Likvidácia údajov z databázy

(1) Poverený útvar vymaže z databázy údaje a) o osobe,

1. proti ktorej bolo trestné stíhanie zastavené z dôvodu, že je nepochybné, že sa nestal skutok, pre ktorý sa vedie trestné stíhanie, alebo že nie je tento skutok trestným činom a nie je dôvod na postúpenie veci, alebo je nepochybné, že skutok nespáchal obvinený,

2. ktorá bola oslobodená spod obžaloby z dôvodu, že nebolo dokázané, že sa stal skutok, pre ktorý je obžalovaný stíhaný, alebo že skutok nie je trestným činom“

6. Záver

Cieľom tejto štúdie bolo zhrnúť doterajšie poznatky o špecializovanej podpore preživších sexuálnej viktimizácie so zameraním na dospelé osoby. V tomto ohľade je ďalším príspevkom k vytvoreniu špecializovanej podpory pre obeť sexuálneho násillia podľa požiadaviek Smernice Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2024/1385 zo 14. mája 2024 o boji proti násilliu na ženách a domácomu násilliu (ďalej ako „Smernica“).

Smernica sa zaoberá v článku 26 a predpokladá, že v rámci transpozície členské štáty „*zriadia vhodné vybavené a ľahko dostupné krízové centrá pre obeť znásillenia alebo centrá pomoci pre obeť sexuálneho násillia, ktoré môžu byť súčasťou vnútroštátneho systému zdravotnej starostlivosti*“³⁹. Náš predpoklad, že práve model fungovania SAC v priestoroch zdravotníckeho zariadenia je vhodnou dobrou praxou na správnu transpozíciu Smernice pre túto oblasť, posilňuje požiadavka, že cieľom špecializovanej podpory pre obeť sexuálneho násillia je zabezpečiť účinnú podporu pre obeť sexuálneho násillia a aj klinický manažment prípadov znásillenia vrátane pomoci pri bezpečnom uchovávaní dôkazov a ich dokumentovaní. Aj keď Smernica pripúšťa, že špecializovaná podpora nemusí byť nevyhnutne integrovaná a je teda prípustné aby „*krízové centrá pre obeť znásillenia alebo centrá pomoci pre obeť sexuálneho násillia*“ obeť odoslali do príslušných lekárskeých a forenzných centier, s ohľadom na potreby obetí máme zato, že integrovaný model predstavuje najlepšie riešenie s potenciálom čo v najvyššej miere znižovať latenciu sexuálnej viktimizácie a poskytovať podporu čo najvyššiemu počtu preživších.

Slovenská republika musí Smernicu preniesť do svojho vnútroštátneho práva najneskôr do 14. júna 2027, pričom je nepochybné, že na jednej strane by bolo potrebné mať systém špecializovanej podpory pre obeť sexuálneho násillia vybudovaný aj oveľa skôr a že na strane druhej, tento cieľ bude možné naplniť len za predpokladu prijatia systémových a legislatívnych zmien na podklade multirezortnej spolupráce.

Pritom bude potrebné v rámci prípravy zariadenia špecializovaných pracovísk poskytujúcich podporu preživším sexuálneho násillia zrealizovať zber dát od viacerých typov pracovníkov zdravotníckych zariadení, ktoré spĺňajú kritériá vhodnosti pre umiestnenie a prevádzkovanie SAC (fungujúci urgentný príjem, lôžkové oddelenia so špecializáciou gynekologicko-pôrodnice, psychiatrické, urologické, chirurgia), a ostatných zainteresovaných strán, ako je Ministerstvo zdravotníctva SR, Polícia SR, Ministerstvo vnútra SR, Ministerstvo spravodlivosti SR a Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR.

Veríme, že aj táto publikácia bude slúžiť ako materiál, ktorý uľahčí predstavenie konceptu SAC, dôvody, pre ktoré existuje snaha o zriadenie týchto centier a prezentáciu výhod, ktoré SAC prináša pre zdravotnícke zariadenia, obeť sexuálneho násillia a pre spoločnosť.

³⁹ Smernica Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2024/1385 zo 14. mája 2024 o boji proti násilliu na ženách a domácomu násilliu, dostupné online na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?uri=CELEX:32024L1385#d1e1402-1-1>

Bibliografia:

- BURAJOVÁ, B. & OČENÁŠOVÁ, Z. (2020) *Analýza súdnych rozhodnutí v prípadoch násilia páchaného na ženách*, Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- COSAI (Comparing Sexual Assault Interventions). (2012) *Models of intervention for women who have been sexually assaulted in Europe: A review of the literature*. Dostupné na: http://www.cosai.eu/fileadmin/user_upload/Pdf/Cosai_Literature_Review_Typeset.pdf
- COSAI (Comparing Sexual Assault Interventions). (2013a) Czech - Participants' hand outs: *Školení na téma multisektorální intervence pro sexuálně napadené ženy: Pracovní listy účastníků*. Dostupné na: <http://www.cosai.eu/products/tools/training-programme.html>
- CRANDALL, C. a HELITZER, D. (2003) *Impact evaluation of a Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program* (Document No. 203276). Washington DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- CREAMER, M. at al. (2001) Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31(7). s. 1237–1247.
- DRATVA, R. (2015) *Databáza postupov a nástrojov špecializovaných služieb pomoci a ochrany žien zažívajúcich násilie*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- ŠPECIÁLNY EUROBAROMETER 449. (2016) EURÓPSKA KOMISIA. ISBN: 978-92-79-62608-1
- EURÓPSKY INŠTITÚT RODOVEJ ROVNOSTI. Databáza: Úmyselné zabitie a sexuálne trestné činy podľa pohlavia obeť a podľa pohlavia páchatel'a alebo podozrivého z páchatel'a. Dostupné online: https://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs/browse/genvio/genvio_phy/genvio_phy_hom/genvio_phy_hom_admin
- FILADELFIOVÁ, J., GERBERY, D. & VITTEK, J., (2017) *Reprezentatívny výskum domáceho násilia na Slovensku*, Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: an EU-wide survey* Violence against women: an EU-wide survey (Main results). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- GERBERY, D. (2024) *Výskum rodovo podmieneného násilia na ženách 2023: Základné zistenia*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- HULLOVÁ, M. (2016) Trestný čin znásilnenia a problémy pri jeho objasňovaní. *Policajná teória a prax* 2016 (2).
- KARKOŠKOVÁ, S. (2017) *Multidisciplinárna intervencia v prípadoch znásilnenia. Metodický pokyn pre zdravotníkov, políciu a spolupracujúce pomáhajúce profesie*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- KARKOŠKOVÁ, S. & GREŠŠ HALÁSZ, B. (2017) *Poznatky zo zahraničných forenzných a zdravotníckych postupov v prípadoch sexuálnej viktimizácie*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- KILPATRICK, D. G. (2000) The Mental Health Impact of Rape. *National Violence Against Women*
- LISAK, D., GARDINIER, L., NICKSA, S. & COTE, A., (2010) False Allegations of Sexual Assault: An Analysis of Ten Years of Reported Cases. *Violence Against Women*, 16(12), s. 1318-1334.
- LOYA, R M., (2014) The role of sexual violence in creating and maintaining economic insecurity among asset-poor women of color. *Violence against women* 20.11: s. 1299-1320.
- MARGOLIN, G., VICKERMAN, K., (2009). Rape treatment outcome research: empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*, 29(5), s. 39–54.

- MATĚJKOVÁ, E. (2007) *Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích*. Praha: Grada Publishing.
- National Association of Services against Sexual Violence (2021). *Standards of Practice Manual for Services against Sexual Violence*, Sydney.
- NESVOLD, FRIIS & ORMSTAD (2008). Sexual assault centers: attendance rates, and differences between early and late presenting cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.
- NESVOLD, H. (2010) *Health Services for Sexually Assaulted. Complainants' and Judicial Use of Self-referral Centre; Case-flow from Assault to Legal Outcome*. Oslo: Oslo University
- NISHITH, P., NIXON, R., & RESICK, P. (2005). Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: a result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression. *Journal of Affective Disorders*, 86(2-3), s. 259-265.
- OČENÁŠOVÁ, Z. & MICHALÍK, P. (2017) *Sexuálne násilie na ženách – správa z reprezentatívneho výskumu*. 1 ed. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- OČENÁŠOVÁ, Z. (2017) *Centrá pre obeť sexuálneho násillia – model multiinštitucionálnej intervencie*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- OČENÁŠOVÁ, Z. et. al. 2015. *Mapovanie služieb a potrieb žien so skúsenosťou so sexuálnym násillím*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- OPS pre zdravotnú starostlivosť o obeť sexuálneho násillia. Štandardné postupy: Postup pri vyšetrení pri podozrení na sexuálne násillie. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-sexualne-nasillie/>
- PATTERSON, D., GREESON, M., a CAMPBELL, R. (2009). Understanding rape survivors' decisions not to seek help from formal social systems. *Health & Social Work*, 34, s. 127–136.
- PETERSON, C., et al. (2017) Lifetime economic burden of rape among US adults. *American journal of preventive medicine* 52.6: s. 691-701.
- PETERSON ET AL., (2018) Short-term Lost Productivity per Victim: Intimate Partner Violence, Sexual Violence, or Stalking. *American Journal of Preventive Medicine*, 55 (1): s 106 – 110. Dostupné na: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(18\)31634-9/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(18)31634-9/fulltext)
- POTTER et al. (2018) Long-term impacts of college sexual assaults on women survivors' educational and career attainments. *Journal of American College Health*, 66 (6), s. 496 – 507.
- Rada Európy (2011) Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence. Dostupné na: <http://www.conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/210.htm>
- SCHULZE. H., HURREN, K. (2021) *Estimate of the total economic costs of sexual violence in New Zealand*. Berl. Dostupné na: <https://berl.co.nz/sites/default/files/2021-10/BERL%20Estimate%20of%20the%20total%20economic%20costs%20of%20sexual%20violence%20in%20New%20Zealand%20final%20report.pdf>
- Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Populačný fond OSN (UNFPA), Úrad vysokého komisára OSN pre utečencov (UNHCR). (2020) *Klinický manažment osôb, ktoré prežili znásillenie a násillie v intímnych partnerských vzťahoch: vypracovanie protokolov na použitie v humanitárnom prostredí*. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia, Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WALBY, S., ARMSTRONG, J., & STRID, S. (2011). Developing measures of multiple forms of sexual violence and their contested treatment in the criminal justice system. In *Handbook on Sexual Violence*, 1, s. 90-113. Routledge. Dostupné na: <https://doi.org/10.4324/9780203802434-13>
- WALBY, S. et al. (2013). Mainstreaming Domestic and Gender-Based Violence into Sociology and the Criminology of Violence. *The Sociological Review*. 62.

WALBY, S. et al. (2012). Developing measures of multiple forms of sexual violence and their contested treatment in the criminal justice system. In: J. M. BROWN a S. L. WALKLATE (Eds.) Handbook on sexual violence. Abingdon, Oxon: Routledge, s. 90-113.

WALBY, S. et al. (2013) *Overview of the Worldwide Best Practices for Rape Prevention and for Assisting Women Victims of Rape*. Directorate General for Internal Policies, Policy Department Citizens' Rights and Constitutional Affairs. Dostupné na: http://www.ingenere.it/sites/default/files/ricerche/femm_committee2.pdf

WHO (2003). Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: World Health

WHO (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva.

WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women. Taking action and generating evidence. Geneva.

PRÁVNE PREDPISY A JUDIKATÚRA:

Zákon č. 300/ 2005 Z.z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov, skr. Trestný zákon

Zákon č. 274/2017 Z.z. o obetiach trestných činov v znení neskorších predpisov, skr. zákon o obetiach

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, skr. zákon o sociálnych službách

Zákon č. 356/2004 Z.z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon) v znení neskorších predpisov

Zákon č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov

Uznesenie Najvyššieho súdu SR sp. zn. 2 Tdo 49/2013

ESĽP. 2003. *M.C. proti Bulharsku*, č. 39272/98

MEDZINÁRODNÉ DOKUMENTY:

RADA EURÓPY. 2011. Dohovor Rady Európy o predchádzaní násiliu na ženách a domácomu násiliu a o boji proti nemu. Dostupné na:

<http://www.conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/210.htm>

