

# Barn og ungdom som oppsøker overgrepsmottaket ved St.Olavs Hospital

Katharina Frydendal Pedersen



Prosjektoppgave ved det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2013

Veiledere: Grete Dyb, Cecilie Hagemann og Helle Nesvold

## **Innholdsfortegnelse:**

Summary	s.3
Sammendrag	s.3
Innledning	s.4
Materiale og metode	s.8
Resultater	s.13
Diskusjon	s.16
Litteraturhenvisning	s.21
Vedlegg	s.23

## Summary

Sexual abuse is defined according to WHO as “any sexual act or attempt to obtain a sexual act, using coercion, threats of harm or physical force, overpower or if the person is without opportunity to give consent” (1).

The thesis is based on patients seeking the Sexual Assault Centre at St. Olavs Hospital. Its main focus are the differences between adolescent and adult sexual assault victims regarding: vulnerability, context of the assault, help seeking and follow-up care.

It is a retrospective, descriptive study based on medical records. The data includes patients examined at the centre between 07-01-2003 – 12-31-2010, they were all women and over 12 years of age.

The patients were divided into three age groups, 12-15, 16-17 and above 18 years of age. All groups had a high prevalence of prior vulnerability. The youngest age group was closer related to the assailant, had a milder kind of violence, had a higher occurrence of anogenitale injury, higher frequency of filing a report to the police and a latency for examination. Few patients were followed up by the centre, and it was predominately the adults.

The thesis concludes that there are similarities between adolescent and adults, and quite a few expected differences. The most apparent information from the study is the vulnerability of the patient population, disregarding age. This needs to be addressed, so that in the future, not only the legal context will get attention, but also the health aspect of a sexual assault.

## Sammendrag

Seksuelle overgrep er ifølge WHO definert som: ”enhver seksuell handling eller forsøk på seksuell handling ved bruk av fysiske eller psykiske trusler, overmakt eller tvang, eller dersom personen ikke er tilstand til å gi samtykke” (1).

Studien har tatt utgangspunkt i pasientmateriale fra Overgrepsmottaket ved St. Olavs Hospital. Målet med oppgaven var å undersøke ulikhetene mellom barn/ungdom

og voksne som oppsøker overgrepsmottaket, med et spesielt fokus på sårbarhetsfaktorer og videre oppfølging.

- Hvilke sårbarhetsfaktorer har pasientene?
- Hva har de opplevd?
- Hvordan kontakter de helsevesenet og hvordan blir de fulgt opp?

Studien er retrospektiv og deskriptiv. Dataene inkluderer pasienter ved Overgrepsheten fra 1.juli 2003 – 31.desember 2010, og informasjonen er hentet ut fra medisinske journaler. Samtlige pasienter var kvinner  $\geq 12$  år som var blitt undersøkt ved enheten.

Pasientene ble delt inn i 3 aldersgrupper, 12-15, 16-17 og over 18 år. Alle gruppene hadde høy andel sårbarhetsfaktorer fra tidligere. Åsted for overgrepet var overveiende privat og det var få som oppga stor grad av vold og eller fikk påvist skader. De yngre aldersgruppene hadde nærmere relasjon til overgriper, lavere grad av vold, høyere andel anogenitale skader, høyere anmeldelsesrate og sen kontakt for undersøkelse. Den yngste aldersgruppen ble henvist videre til BUP, mens gruppen fra 16 år og oppover ble tilbudt oppfølging ved psykiatrisk sykepleier, dette ble benyttet i svært liten grad, og hovedsakelig av de over 18 år. Oppgaven konkluderer med at det var noen forskjeller mellom aldersgrupper som kommer til mottaket, disse var å forvente fra tidligere studier og omhandlet relasjon til overgriper, grad av vold og skader og alkoholinntak. Det som kom tydeligst frem var en sårbar pasientgruppe, uavhengig alder. Dette er viktig å være klar over i den videre håndteringen av ofrene for overgrep, med mer fokus på helseaspektene ved overgrep, i tillegg til den juridiske prosessen.

## Innledning

Seksuelle overgrep er fortsatt et stort problem i samfunnet vårt. I en utredning fra Justis- og Beredskapsdepartementet i 2008, anslo de et konservativt tall på antall voldtekt og forsøk på voldtekt av kvinner til mellom 8000 og 16000 per år (2). Tallet er basert på et antatt estimat på 0,5-1% av alle norske kvinner utsettes for disse hendelsene hvert år. Antall anmeldte voldtekter er betydelig lavere, fra 2011 rapporterte Kripos om 1221 anmeldte voldtekter og voldtektsforsøk på landsbasis (3).

Det er med andre ord store mørketall. Overgrep når ofte avisoverskriftene, gjerne i sammenheng med overfallsvoldtekter. Man vet midlertidig at de fleste voldtekter skjer i private sammenhenger og overgriper er noen offeret kjenner fra før (4-8). Det er også mange overgrep som rammer barn og ungdom, og det er denne gruppen pasienter oppgaven fokuserer på.

Seksuelle overgrep er ifølge WHO definert som enhver seksuell handling eller forsøk på seksuell handling ved bruk av fysiske eller psykiske trusler, overmakt eller tvang, eller dersom personen ikke er tilstand til å gi samtykke (1). Seksuelle overgrep mot barn blir i litteraturen definert som en handling med følgende to elementer:

- A. Seksuell aktivitet hvor et barn under 18 år er involvert, og
- B. Handlingen skjer i en misbrukende situasjon (8).

Med seksuell aktivitet menes en aktivitet med seksuell stimulering som intensjon, ofte inndelt inn i handlinger med eller uten fysisk kontakt, med eller uten penetrasjon. En misbrukende situasjon brukes om situasjoner hvor det er stor alders- eller modenhetsforskjell, det brukes makt, vold, tvang eller lureri. Med andre ord enhver situasjon hvor maktforholdet er ujevnt, og hvor det påvirker evne eller mulighet til å samtykke (8).

Andre definisjoner i litteraturen krever at overgriper er eldre enn barnet, og ekskluderer dermed overgrep mellom jevnaldrende mindreårige (8).

Forekomsten av seksuelle overgrep er vanskelig å tallfeste, både for voksne og barn. Ulike studier bruker ulike definisjoner og fremgangsmåter. Undersøkelsene rettes mot ulike grupper og ulike sammensetninger av personer for eks. grunnskole, universitet eller sykehus. Ved anonyme spørreundersøkelse antar man at svarprosenten blir høyere og mer reel, da terskelen for å svare blir lavere, likevel kan man ikke utelukke større mørketall.

Internasjonalt har man funnet forekomster blant kvinner opptil 24 år fra 9-37% (1). The Adverse Childhood Experience-studien er basert på 17 000 mennesker i USA som har gjennomgått en fullstendig klinisk undersøkelse og anamneseopptak, for deretter å bli fulgt jevnlig med mål om å studere sammenhenger mellom uønskede hendelser i barndommen og senere fysisk eller psykisk sykdom. I denne studien fant

man at 26% av jenter under 18 år hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep, med det kriteriet at overgriper skulle være minst 5 år eldre (9).

I Norge er det blitt gjort flere studier basert på spørreundersøkelser på skoler eller universitet. Bendixen et al. fant, ved undersøkelse av norske studenter, at 19,4% av kvinnene hadde blitt utsatt for et seksuelt overgrep som barn (10). I NOVA rapport 20/07 fra videregående skole, rapporterer 22% av jentene at de har blitt utsatt for mildt seksuelt overgrep og 15% grovt overgrep eller voldtekt/voldtektsforsøk (11). I Schou et al. sin undersøkelse fra 2007 svarte 6,1% av jentene i 10.klasse at de hadde blitt utsatt for et seksuelt overgrep (12).

Flere studier ser på risikofaktorer for å bli utsatt for seksuelle overgrep. Schou et al. fant at en vanskelig økonomisk situasjon i familien, alkoholbruk og funksjonshemming gav økt rapportering av seksuelle overgrep (12). Alkohol eller narkotikamisbruk hos foreldre, psykisk sykdom hos mor og andre former for vold er også blitt kartlagt som risikofaktorer (13-14). Brown et al. fant at tilstedeværelse av flere risikofaktorer var betydelig kraftigere korrelert til seksuelle overgrep enn en risikofaktor alene (13).

Seksuelle overgrep kan medføre både fysiske og psykiske konsekvenser for den utsatte. Akutt kan det oppstå skader anogenitalt, samt på kroppen for øvrig i forbindelse med bruk av vold. Studier har vist sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndom og senere kroniske underlivssmerter, magesmerter og muskelsmerter (15). Unge som har blitt utsatt for seksuelle overgrep har større risiko for å utvikle post traumatisk stress lidelse(PTSD), angst, depresjon, rusproblemer, selvskading og spiseforstyrrelser (15). Det å ha vært utsatt for et seksuelt overgrep øker også risikoen for å bli utsatt for overgrep igjen (16).

Voldtekt har de siste årene fått betydelig mer oppmerksomhet i samfunnet. Økt oppmerksomhet har skapt økt satsning på området. En av disse satsningsområdene har vært å opprette akutttilbud til de som blir utsatt for seksuelle overgrep, i form av overgrepsmottak.

Det første mottaket ble etablert ved Legevakten i Oslo i 1986 (17). I dag er det 23 overgrepsmottak i Norge. Disse er enten knyttet til en legevakt eller et større sykehus. Et overgrepsmottak er en helsetjeneste som tilbyr akutt helsehjelp for personer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep. De fleste mottak tilbyr medisinsk undersøkelse,

psykososial krisehjelp og rettsmedisinsk undersøkelse med sporsikring (3). Et seksuelt overgrep er en ulovlig handling som fordrer en rettslig prosess, samtidig som det kan gi fysiske og psykiske helseplager. Et overgrepsmottak skal helst ivareta samtlige problemstillinger.

I denne oppgaven er det et spesielt fokus på barn og ungdom som oppsøker overgrepsmottak og deres historier. Pasienter i denne aldersgruppen kan ha spesielle behov for bistand, og det er uklart om deres behov blir møtt i overgrepsmottakene.

Barn under 14 år skal i følge gjeldende retningslinjene henvises til et senter med barnelege, og helst en lege med spesialkompetanse på området (18). Hvorvidt en pasient blir henvist til slik spesialhelsetjeneste er avhengig av hvor i landet overgrepet skjer, og hvorvidt undersøkelsen er akutt eller ikke. Pasienter mellom 12 og 16 år kan bli henvist til et vanlig overgrepsmottak.

Oppgaven er gjennomført med data fra voldtektsmottaket ved St. Olavs Hospital, der tilbys det gratis helsehjelp hele døgnet 7 dager i uken. Det er spesielt innrettet på å ta imot barn og unge, de har både gynekologer og barneleger tilgjengelig. Nedslagsfeltet er stort når det gjelder barn, med hele helseregionen Midt-Norge. I tillegg til å tilby undersøkelse, innsamling av rettsmedisinske prøver og akutt behandling som nødprevensjon og profylakse for seksuelt overførbare infeksjoner(SOI), får pasientene tilbud om akutt kriseintervensjon og oppfølgende støtteterapi.

Oppgaven søker å beskrive og besvare følgende problemstillinger:

Hvilke sårbarhetsfaktorer foreligger hos pasienter under 18 år? Er dette mer eller mindre uttalt i forhold til de over 18 år?

Er det forskjeller i overgrepskarakteristika mellom de over og under 18 år?

Hvordan kommer de under 18 år i kontakt med voldtektsmottaket, hvor lang tid tar det før de kommer og hvem kommer de ifølge med?

Hvor mange følges opp etter undersøkelse, og av hvem?

## Materiale og metode

Prosjektet er en retrospektiv, deskriptiv studie. Dataene omhandler pasienter som har oppsøkt Overgrepsheten ved St.Olavs hospital fra 1.juli 2003 – 31.desember 2010. Pasientene var alle kvinner  $\geq 12$  år som var blitt undersøkt ved enheten. Dataene ble samlet inn i forbindelse med doktorgradsprosjektet til overlege og stipendiat Cecilie Hagemann. Denne studentoppgaven har benyttet data hentet fra doktorgradsprosjektet.

Overgrepsheten tilbyr hovedsakelig akutt helsehjelp, men foretar også undersøkelse etter overgrep som går lengre tilbake i tid. For voksne gjelder tilbudet for Sør-Trøndelag, inklusive Trondheim by, mens for pasienter under 16 år gjelder tilbudet hele helseregionen Midt-Norge. I perioden studien er utført var gjennomsnittlig innbyggertall i Sør-Trøndelag 278 000 (19), og i Trondheim 161 000 (20). Tilbudet ved Overgrepsheten er gratis, tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uken. Personalet består av gynekologer, pediatere og spesialopplærte sykepleiere. I tillegg til å tilby undersøkelse, innsamling av rettsmedisinske prøver og akutt behandling som nødprevensjon og profylakse for SOI, får pasientene tilbud om akutt kriseintervensjon og oppfølgende støtteterapi. For de voksne tilbys terapien av psykiatrisk sykepleier ved overgrepsheten og for barn ved spesialpsykolog, begge ansatt ved overgrepsheten. For ungdom mellom 16 og 18 år vil noen få tilbud av psykolog og andre fra psykiatrisk sykepleier.

Dataene ble hentet ut retrospektivt fra pasientens journal ved sykehuset, inkludert sykepleienotater, laboratorieresultater og rettsmedisinsk rapport. Deretter ble dette kodet anonymt i et web-basert kryptert datasett, Net-CRF, tilrettelagt av Enhet for anvendt klinisk forskning, NTNU (21).

Antall pasienter som henvendte seg til overgrepsheten i den aktuelle perioden var totalt 730. Pasienter som ble ekskludert var følgende: pasienter som ikke ønsket å være



med i studien, menn, ingen mistanke om at et seksuelt overgrep hadde funnet sted eller at det ikke var blitt utført en fysisk undersøkelse av pasienten (Figur 1).

Pasienter ble inkludert i studien dersom de fortalte at de hadde blitt utsatt for seksuelt overgrep, forsøkt utsatt for seksuelt overgrep eller mistenkte å ha blitt utsatt for seksuelt overgrep mens pasientene var bevisstløse eller hadde blackout. Ved mistanke om seksuelt overgrep ved bevisstløshet/blackout, måtte mistanken baseres på følgende kriterier (22):

- Funn av kroppsvæsker, eksempel sæd, eller materialer, eksempel kondom, på kroppen eller i nærheten.
- Funn av genital, anal eller oral blødning eller skade.
- Våknet med klærne i ulage eller våknet uten klær.
- Funn av kroppslige skader
- Våknet med en uinvitert person i sengen eller at pasienten våknet opp på fremmed sted.
- Vitneforklaring
- Følelse av at noe seksuelt hadde funnet sted.

De inkluderte pasientene ble klinisk undersøkt av lege eller sykepleier, eller tatt laboratorieundersøkelser av. Pasientene ble inkludert uavhengig av hvor lang tid det var gått fra overgrepet til undersøkelse.

Pasientene ble delt inn i 3 undergrupper;

- fra og med 18 år og eldre
- fra og med 16 år til og med 17 år
- fra og med 12 år til og med 15 år

Skillet mellom de 2 gruppene under 18 år, ble gjort med utgangspunkt i den seksuelle lavalder i Norge (23). Det er også overgangen mellom ungdomsskole og videregående skole.

Pasienter som ble inkludert ble tilsendt et generelt informasjonsskriv om studien og deres mulighet til å trekke seg fra denne. Det ble ikke avgitt aktivt samtykke.

Studien ble godkjent av REK Midt-Norge i forbindelse med PhD prosjektet til Cecilie Hagemann: "Skadedokumentasjon og rusmiddelfunn blant ofre for seksuelle overgrep som har henvendt seg til voldtektsmottaket ved St Olavs Hospital i Trondheim i perioden 2004 - 2010" ( REK-Midt godkjenning 2010/1941). Studentoppgaven ble godkjent 8.12.2011 av REK-Midt ved en endringsmelding for PhD prosjektet.

## Variabler

Vi hentet ut opplysninger som allerede var tilstede i pasientens journal. Disse opplysningene var et resultat av anamnese og undersøkelse utført av sykepleier/lege. I mange saker har enkelte variabler blitt kodet som ukjent på grunn av manglende informasjon i journalene. Årsak til manglende informasjon i journal kan ha ulike årsaker: undersøker har ikke spurt pasient om den aktuelle variabelen, pasient har ikke ønsket å gi opplysninger eller undersøker har vurdert det som ikke relevant.

### Pasientens sosiodemografiske forhold:

Følgende ble samlet inn; alder, bosted, bostatus: hjemmeboende (bor hjemme med foreldre/fosterforeldre eller besteforeldre), aleneboende (gjelder også de som bor i kollektiv, alenemødre, internat eller folkehøyskole), samboende (med partner/ektefelle), institusjon (krisesenter, omsorgsbolig, barnehjem, barneverninstitusjon, flyktningmottak).

Yrke og utdanning ble registrert; dersom pasient både var under utdanning og i arbeid, ble hun registrert som student. Opprinnelsesland (vestlig: oppgitt opprinnelsesland i Vest-Europa, Nord-Amerika eller Oseania; ellers ikke vestlig), eventuell seksuell debut (basert på rettsmedisinsk journal) og utdanningsnivå ble registret.

### Sårbarhetsfaktorer:

Sårbarhetsfaktorer ble definert som følger: fysisk/psykisk handicap, tidligere/nåværende mentale helseproblemer, rusmisbruk, tidligere utsatt for seksuelt og/eller fysisk overgrep. Mentale helseproblemer ble definert som følgende: pasienten hadde en diagnose med affektiv eller psykotisk lidelse, pasienten brukte antidepressiva

eller antipsykotika, pasienten hadde benyttet helsetjenester innenfor psykisk helsevern, pasienten hadde historie med selvskading eller suicidalforsøk eller at pasienten hadde en sykehistorie med spiseforstyrrelser.

Sårbarhetsfaktorer ble kodet dersom det klart kom frem av journaldokumentene, i form av at pasienten selv rapporterte en eller flere sårbarhetsfaktorer, det kom frem av sykehistorien, tidligere journaldokumenter eller ved at legen hadde vurdert det dithen.

#### Kjennetegn ved overgrepet:

Karakteristika ved overgriper som ble registrert; alder, antall, antatt opprinnelsesland, forholdet til pasienten. Forholdet mellom overgriper og pasient ble definert som partner (nåværende/tidligere partner/ektemann/kjæreste), familie (familie/fosterfamilie), venn (pasient har kjent overgriper >24 timer), tilfeldig bekjent (pasient har kjent overgriper <24 timer) eller fremmed (aldri møtt overgriper før). Dersom det var fler enn én overgriper, ble informasjonen til den mest dominerende overgriper kodet. Denne overgriperen ble valgt på bakgrunn av pasientens opplevelse og anamnesen.

Hvor overgrepet fant sted ble definert som privat (overgriper, pasientens eller annen persons hjem) eller offentlig (offentlig lokale, utendørs, transportmiddel).

Vold ble gradert og kodet som ingen eller verbal (ingen vold, trusler, hevn, hindret i å komme unna, overmakt), mild (holding, avrivning av klær, abduksjon av ben), moderat (slag, spark, klyp, suging og biting, stikk med nål, bundet) eller alvorlig (bruk av halsgrep, slag/spark mot hodet, våpen (pisk, kniv, sigaretter), stikk med kniv, risp med skarpe gjenstander, tortur, knebling) (24). Dersom ulike grader av vold ble benyttet, ble de gradert etter rekkefølgen: alvorlig, moderat, mild og ingen.

Det seksuelle overgrepet ble delt inn i penetrerende eller ikke-penetrerende.

Penetrerende overgrep inkluderer alle former for penetrasjon, oralt med penis, i vagina eller anus, med penis, fingre eller fremmedlegeme. Alle andre seksuelle handlinger ble kodet som ikke penetrerende. Det ble kodet som ikke husker, dersom pasienten sov, var bevisstløs eller hadde black-out under overgrepet. Handlingen ble kodet som ukjent dersom det ikke var mulig å finne data om det i journalene. Dersom det under

overgrepet forekom både penetrerende og ikke-penetrerende handlinger, ble det kodet som penetrerende, da dette ble rangert som mest alvorlig.

Alkoholinntak hos pasient i forbindelse med overgrepet, ble registrert i følgende kategorier: ingen inntak, inntatt <5 enheter, inntatt  $\geq$  5 enheter eller synlig beruset og høyt inntak med amnesi. Inntaket er basert på pasientens opplysninger, ved tilfeller hvor pasienten var synlig beruset er dette dokumentert av undersøkende personell. En alkoholenhet er definert etter norske retningslinjer og tilsvarer 12 g etanol, tilsvarende 1 glass vin eller en halvliter øl (25).

Pasienten ble klassifisert som at hun mistenkte seg påført rusmiddel dersom hun hadde mistanke om at hun var blitt påført rusmiddel i drink eller lignende, i tillegg hadde en eller flere av følgende ledsagende symptomer: amnesi, paralyse, bevisstløshet, black-out, uklar tale, nedsatt syn, døsigheit, forvirring, hangover, delirium eller hallusinasjoner, mangel på hemninger, svekket dømmekraft, svimmelhet, nedsatt koordinasjon, kvalme, oppkast og/eller vitneforklaringer på adferd uten sammenheng med observert inntak (22).

#### Undersøkelsen og videre behandling av overgrepet:

Det ble registrerte objektive funn påvist under den kliniske undersøkelsen ved lege eller sykepleier. Dette inkluderte alkoholpåvirkningsgrad og skader påvist på kropp og underliv. Kroppslige skader ble klassifisert som alvorlige ved funn forenlig med halsgrep/kvelning, hodeskade med hjernerystelse og/eller stikksår.

Skadene ble kodet moderate når det var blåmerker/sår i hodet, ansikt og hals som kunne forventes å føre til hodepine i etterkant, laserasjoner som trengte sting/bandasje (24), bitemerker og/eller sprøytstikk.

Mindre skader inkluderte rødme, hevelse, blåmerker, hudavskrap, laserasjoner og sugemerker. I tilfeller hvor flere typer skader ble registrert, ble det klassifisert etter det alvorligste funnet. Det ble kun registrert skader som var akutte, det vil si at arr og lignende er ikke inkludert.

Anogenitale skader inkluderte rifter, hudavskrap og bloduttredelser. Hevelse og rødhet som var journalført ble ikke registrert på grunn av at dette er lite spesifikke og funn. I løpet av studien er det brukt ulike teknikker for dokumentering av anogenitale

skader, fra 2003-2006 var det makroskopisk visualisering med blotte øyet, mens det fra 2007 hovedsakelig ble brukt fotokolposkop.

Saken ble kodet som anmeldt til politiet, dersom pasienten rapporterte at det var blitt anmeldt eller hvis politiet skriftlig hadde bedt om å få utlevert sporsikringspakken, klær eller legeerklæring fra overgrepsheten.

Pasientene ble ofte henvist videre etter den akutte samtalen og undersøkelsen. Dette ble kodet etter følgende grupper: henvist til psykiatrisk sykepleier ved overgrepsmottaket, henvist til psykolog eller psykiater ved BUP, innlagt psykiatrisk sykehus, henvist til fastlege, henvist til barnevern, henvist til kommunal psykiatrisk sykepleier/helsesøster/andre støttetiltak, innlagt somatisk avdeling, hadde annen oppfølging, ønsket ikke oppfølging og ukjent.

Flere pasienter ble henvist flere steder, og de ulike instansene er derfor talt hver for seg. Samme pasient kan ha blitt henvist flere steder. Hvorvidt pasientene benyttet henvisningen er ikke dokumentert i det undersøkte materialet.

## Resultater

Materialet omfattet til sammen 612 pasienter. Av disse var 202(33,0%) under 18 år ved undersøkelsestidspunktet. Det var 120(19,6%) i aldersgruppen 12-15 år, og 82(13,4%) mellom 16-17 år. Det var 410 kvinner som var 18 år eller eldre. Den eldste i materialet var 61 år.

### **Pasientens sosiodemografiske data:**

De under 18 år var hovedsakelig under utdanning (Tabell 1). I gruppen over 18 år var 29% arbeidsledige. Av de under 18 år, bodde hoveddelen fortsatt hjemme, mens de over 18 år oftest bodde alene. 7,5% av 12-15 åringene og 11% av 16-17 åringene bodde i institusjon. De fleste i utvalget var etnisk norske eller vestlige.

### **Sårbarhetsfaktorer:**

39,1% rapporterte om å ha blitt utsatt for et seksuelt overgrep tidligere (Tabell 2). Andelen var høyest i den eldste gruppen. Det var en høy andel med tidligere overgrep også blant den yngste gruppen, 29,2%. For en stor andel av pasientene manglet det informasjon om tidligere overgrep i journalen, særlig hos den yngste aldersgruppen med 20,8%.

10,5% var nåværende eller tidligere rusmisbruker, andelen økte med økende alder. I gruppen 18 år og oppover var det 14,9%, mot 0,8% og 2,4% blant de yngre aldersgruppene.

Det var også en stor andel pasienter som hadde tidligere eller nåværende mentale helseproblemer. Andelen var stor også i den yngste gruppen; 36,7%.

Det var 36,8% av alle pasientene som ikke hadde noen sårbarhetsfaktorer fra tidligere. Fordelt på aldersgrupper ble fordelingen av pasienter uten sårbarhetsfaktorer: 12-15 år 44,2%, 16-17 år 46,3% og fra 18 år og eldre 32,7%.

### **Beskrivelser om overgrepet:**

Det var høy forekomst av selvpåført rus i forbindelse med hendelsen (Tabell 3). Kun 25,2% av alle rapporterte intet inntak. Der inntak var oppgitt, var det vanligere med et høyt inntak (over 5 enheter), enn et lavt inntak (1-5 enheter). De yngste rapporterte mindre inntak enn de over 18 år. Det var økende inntak alkohol med økende alder. Grensen for andel med alkoholinntak lå ved 16 år, ikke ved 18 år. Blant de yngste hadde under halvparten drukket alkohol, mens de mellom 16 og 17 hadde i hovedsak drukket, og da mange enheter, over 5 enheter.

Flertallet av pasientene kjente overgriper fra før av. Familiemedlemmer ble oppgitt som overgriper særlig blant de yngste, mens 16-17 åringene var særlig utsatt for overgrep fra venner/bekjente. Med økende alder økte avstanden i relasjonen til overgriper. Overfallsvoldtektene – fremmed overgriper – var hyppigst i den eldste aldersgruppen, 15,8% (7).

Overgriperens alder økte med pasientens alder, men var litt forskjøvet, det vil si de var litt eldre enn kvinnene (Figur 2). Median alder for de to yngste gruppene var ca. 20 år, mens for de som var 18 år og eldre var median alder på overgriper ca. 30 år.

De yngste pasientene hadde i 43,3% av sakene ikke opplevd fysisk vold, men i 31,7% av sakene opplevd lett til moderat vold. Dette var også tendensen i de eldre gruppene, men de hadde i noe større grad opplevd alvorlig vold.

Det var høyest andel overgrep i private hjem i alle grupper, til sammen 60,8% av overgrepene. Den mellomste aldersgruppen hadde høyere forekomst av offentlig lokalisasjon enn de to andre gruppene, med 37,8%.

### **Skaderegistrering:**

Det var lite variasjon mellom aldersgruppene når det kom til kroppslige skader, 65,6% av alle pasientene hadde funn av slike skader (Tabell 4). Det var kun 2,9% av alle pasientene som hadde alvorlig kroppslig skade, og andelen var høyest hos de eldste med 3,9%. Anogenitale skader var hyppigere påvist blant den yngste aldersgruppen med 32,1%.

### **Kontakt med hjelpeapparatet:**

60,1% av sakene var anmeldt til politiet (Tabell 5). Andelen var høyest blant de yngre. Over halvparten av pasienten kom til undersøkelse innen 24 timer. Andelen som kom innenfor 24 timer var høyest blant de over 18 år. De yngste kom sent, 48,3% senere enn en uke.

Politiet var den vanligste henvisende instans, den nest hyppigste var at pasienten eller pårørende tok kontakt direkte, deretter var det hyppigst at pasienten ble henvist fra lege. De yngste kom henvist fra politiet, mens de eldre like ofte kom direkte som henvist fra politiet.

Hoveddelen av pasientene kom ifølge med venner eller familie. Det var et markert skille mellom de ulike aldersgruppene, da de yngre kom i følge med foreldre, mens det med økende alder ble det vanligere å komme alene eller sammen med venner/øvrig familie.

Det var en høy andel av pasientene som ble henvist til oppfølging ved psykiatrisk sykepleier ved overgrepsmottaket. Andelen var høyest fra og med 18 år med 89,5%, men også høy blant den mellomste aldersgruppen, 63,4%. De fra 12 til 15 år ble oftest henvist til psykolog ved BUP, 73,3%, men også den mellomste gruppen ble ofte henvist til BUP.

Svært få pasienter ble innlagt på psykiatrisk sykehus som forlengelse av den første kontakten, kun 3,1% av samtlige pasienter, det var ingen forskjell mellom gruppene.

Henvisninger til fastlegen var nesten utelukkende gitt for aldersgruppen fra og med 18 år og eldre, 15,6%. Henvisning til kommunale psykiatriske sykepleier, helsesøster etc. ble gitt til 8% av alle pasientene.

En stor andel av de yngste hadde oppfølging fra tidligere, hele 25%. Andelen var lik for de to andre aldersgruppene med 15,9%. Det var 7% som ikke ønsket oppfølging, og fordelingen var lik for de 3 ulike aldersgruppene.

Det var 483, 78,9%, pasienter som etter overgrepet var i kontakt med rådgiver (psykiatrisk sykepleier) enten i form av en telefonsamtale eller et møte. Totalt var 257 av pasientene til samtale hos rådgiver knyttet til overgrepsmottaket. 35 pasienter mellom 12 og 15 år, 31 mellom 16 og 17 år og 191 over 18 år. Gjennomsnittet for antall samtaler var høyere blant de under 18 år, med andre ord var de under 18 år til flere samtaler når de først var i kontakt med rådgiver.

## Diskusjon

Pasientene over 18 år hadde flest sårbarhetsfaktorer, dette var forventet da de har flere år med erfaringer bak seg. Rusproblemer fantes nesten utelukkende hos de over 18 år. Det var forventet, men det kan være en svakhet i tallene da dette ofte beror på pasientens uttalelse, og at rusproblemer ikke alltid frivillig fortelles om, særlig med pårørende tilstede.

Tidligere overgrep var en risikofaktor som var sterkt representert i materialet, og overraskende høyt blant de yngre gruppene. Det var i tillegg en stor andel uten opplysninger på dette området, særlig blant de yngste, som kan gi uttrykk for et større mørketall. Jones et al. fant at 39% av ofre under 18 år var tidligere utsatt for et seksuelt overgrep, og 52% av de over 18 år (4).

Det er en svakhet i denne oppgaven når det gjelder definisjonen av seksuelle overgrep. Informasjon har kommet frem delvis fra tilgjengelig journalmateriale, delvis



fra anamnese. Det blir derfor avhengig av pasientens historie, hvordan legen tolker denne og hvordan dette er blitt kodet av forskningsgruppen.

Mange av pasientene hadde blitt utsatt for overgrep tidligere, dette har man også funnet i andre studier (16). Det er et viktig moment for å vurdere hvordan de utsatte ivaretas i dag, særlig med tanke på oppfølging etter den akutte hendelsen. Hva kan man gjøre annerledes for å hindre at disse kvinnene blir utsatt for overgrep igjen?

Andelen med mentale helseproblemer var høy blant alle aldersgrupper, mest overraskende i den yngste gruppen med 36,7%. Det er fra andre studier vist at eksisterende mentale helseproblemer er vanligere blant ofre for overgrep (26). Dette kan være en seleksjonsbias da barn og unge som har dokumenterte psykiske problemer har erfaringer med hjelpeapparat fra tidligere, og lettere vet om, og oppsøker hjelp. Det kan også være at det er det eksisterende hjelpeapparatet rundt barna som fanger de opp og tar de med videre. Uavhengig av dette, er det et viktig tall, både for håndteringen av disse pasientene, i tillegg til at det er en ny psykisk påkjenning som kan forverre/fornye tidligere plager.

Det var 8,9% av pasientene under 18 år som bodde på institusjon. Det var ikke definert som en sårbarhetsfaktor, likevel er det et viktig tall. Det er betydelig høyere enn normalandelen i befolkningen. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag opplyste om 110 barn i institusjon ved tilsynsundersøkelse i 2011 (personlig kommunikasjon), dette blir anslagsvis 0,2% av alle barn i fylket.

Det var et mindretall i samtlige aldersgrupper hvor det ikke var avdekket sårbarhetsfaktorer overhodet. Dette er viktig å vurdere i forbindelse med hvordan et mottak er utformet og hvordan sårbare pasienter tas imot. Det sier også noe om hva slags pasienter hjelpeapparatet kommer i kontakt med, og er viktig med tanke på videre behandling utenfor det rettslige systemet. Andelen med psykiske problemer og tidligere overgrep var betydelig høyere enn normalbefolkningen, særlig i den yngste aldersgruppen. Dette er i tråd med flere internasjonale studier, hvor man finner at sårbarhetsfaktorer er risikofaktor for overgrep (5, 8, 16, 27). I materialet var det like sårbarhetsfaktorer for de over og under 18 år, sett bort ifra rus. Det som var overraskende var hvor uttalt sårbarhetsfaktorene var hos de under 18 år.

Vi fant en høy andel arbeidsledige i gruppen over 18 år, 29%. Dette var betydelig høyere enn landsgjennomsnittet for kvinner i 2010, med 14,3% for alle mellom 15 og 74 år,

Statistisk Sentral Byrå. Dette kan underbygge påstanden om en sårbar gruppe, da det å stå utenfor arbeidslivet kan henge sammen med psykisk sykdom, avhengighet og funksjonshemming.

Det var en betydelig andel med alkoholinntak i materialet. De voksne hadde høyest inntak av alkohol, men også ungdommene hadde i stor grad drukket, særlig de mellom 16 og 17 år. Dette var til en viss grad å forvente da aldersgrense for kjøp av alkohol i Norge er 18 år, men det var likevel en stor andel under 18 år som hadde drukket. Det er viktig for det forebyggende arbeidet å legge vekt på alkoholens rolle i disse hendelsene. Ikke ved å anklage ofrene for uansvarlighet, men for å øke bevisstheten rundt bruken av alkohol, og dens mange negative konsekvenser.

Relasjonen til overgriper var nærere jo yngre pasienten var. Det har man sett også i tidligere studier (4). Det var få overfallsvoldtekter mot de under 18 år. De var hovedsak blitt utsatt for overgrep fra bekjente.

Det var økende grad av vold med økende alder. Dette var å forvente, ved overgrep mot yngre foreligger det oftere et makt misforhold, og det kan også være overgripere som barnet har tillit til. I den eldste gruppen var det en stor andel uten opplysninger om vold. Dette har sammenheng med at de oftere ikke husker overgrepet, og ikke kan gjøre rede for bruk av vold. Man kan også tenke seg at det ikke har vært nødvendig med vold dersom personen har vært sterkt beruset.

Det var ikke flere skader blant de voksne, selv om de i noe høyere grad var blitt utsatt for mer vold. Anogenitale skader skilte seg ut hos de yngste, der dette var klart hyppigst med en tredjedel av sakene. Dette var også forventet med tanke på de anatomiske forhold ved yngre pasienter.

De yngre anmeldte voldtekten i høyere grad enn de over 18 år. Dette kan ha relasjon til hvem de fortalte om hendelsen til, for eksempel til foreldre som kontaktet politiet. Det kan også avspeile holdningene i samfunnet, barn er uskyldige ofre, mens unge kvinner på fest er en gråsone.

Den første kontakten var med politiet for de under 18 år. Dette kan ha sammenheng med hvem de fortalte det til, men kan også skyldes manglende kunnskaper om overgrepssentre, eller at hendelsen ikke lenger var akutt når den kom frem i lyset.

Færre tok kontakt med lege og ble henvist herfra. Ut i fra dette kan man tolke at det generelt oppfattes som en jobb for politiet, ikke helsevesen, og at det først og fremst oppfattes som en kriminell handling, ikke et helseproblem.

Yngre kom senere til undersøkelse. En årsak kan være at det tar lengre tid før de forteller om hendelsene, og at de ikke kommer alene til mottaket, men i følge med de som har fått høre/blitt varslet om hendelsen. Det kan hende de yngre har mindre kunnskap om hvor viktig det er å komme tidlig for sporsikring. Da undersøkelse er viktig for den rettslige prosessen, bør informasjon om hva man skal gjøre dersom et overgrep har skjedd være lett tilgjengelig. Det er mye oppmerksomhet på hvordan man skal forebygge overgrep, men ikke nødvendigvis hvordan man skal forholde seg til det når det skjer.

Pasientene ble tilbudt kontakt med psykiatrisk sykepleier, men denne oppgaven har ikke hatt tilgang på hva som skjedde videre med de som eventuelt benyttet tilbud utenfor mottaket. De under 18 år ble oftest henvist til BUP. Svakheten er at det ikke er informasjon om hvorvidt dette tilbudet benyttes, og det er viktig å undersøke dette i fremtidige studier. Mange av de yngste oppgav å allerede ha kontakt med hjelpeapparatet.

Det var hovedsakelig de over 18 år som benyttet seg av oppfølgingstilbudet. Det kan skyldes studiens svakhet med oppfølgingsdokumentasjon, men også at pasientene ikke ønsket et tilbud, eller at tilbudet ikke er truff målgruppen. Man vet fra andre studier og overgrepsmottak at det kreves ressurser for aktiv innhenting (28). Ved senteret for voldtektsofre i Århus fant man at ca 40% hadde oppfølgingssamtale med psykolog, 40 % hadde telefonisk kontakt med psykolog, men 15% var ikke i kontakt i det hele tatt. Oppfølgingen skjer aktivt ved at psykolog ringer offeret første arbeidsdag etter akutthenvendelsen. Årsaker til at det er vanskelig å nå ut til pasienten med oppfølging kan være at de ikke ønsker å gjenoppleve hendelsen, ikke ønsker å komme tilbake til stedet som minner dem om det som skjedde, med andre ord en form for unngåelsesatferd.

Oppgaven tok utgangspunkt i et mottak som er tilknyttet et universitetssykehus med både kvinne- og barneavdeling. Dette medfører at pasientene ble undersøkt av kyndig personell.

### Styrker og svakheter:

Studiens styrke er at ved passivt samtykke har man fått tilgang til nesten alle pasienter ved mottaket i den angitte tidsperioden. Det var svært lavt frafall av pasienter. Det er også en styrke at man har hatt tilgang på all medisinsk dokumentasjon ved sykehuset, og ikke bare den akutte journalen fra undersøkelsen.

Svakheten ved dette blir at det er journaler, det er avhengig av pasientens vilje til å fortelle, hvorvidt det pasienten forteller er det som faktisk har skjedd, og hvordan den aktuelle legen har tolket det. Det er en skjematisk fremgangsmåte ved slike undersøkelser, likevel må man regne med individuelle variasjoner avhengig av behandler. Det kan også være individuelle tolkninger i forbindelser med koding av journalene til datasamlingen. Det er som sagt kun pasientens historie som danner grunnlaget for vurderingen av hvorvidt det har vært et overgrep/forsøk på overgrep, og ikke en rettslig avgjørelse.

Det er en svakhet at man kun har med de som oppsøker mottaket, det blir en seleksjonbias, da man vet at mange aldri søker mottak eller anmelder slike hendelser.

### Konklusjon:

Studien har forsøkt å belyse de ulike aldersgruppene som oppsøkte et overgrepsmottak,, og om det var en homogen gruppe?

Det var større likheter enn forventet. Forskjellene ble som forventet større jo yngre pasientene var. De største forskjellene var graden av nære relasjoner, bruken av alkohol med et skille på 15 år, hvor raskt pasientene kom i kontakt med helsevesen og hvordan de kom i kontakt med helsevesenet.

Fra oppgaven kommer det særlig to viktige temaer frem uavhengig av alder. Pasientene som kom til mottaket var alle mer sårbare enn normalbefolkningen, og alkohol var sterkt assosiert med overgrepet allerede fra 15 års alder. Spørsmålene man da må stille seg er:

- I hvilken grad samfunnet retter fokuset mot disse problemene, i forhold til rettslig oppfølging?
- Bør man gi helseproblemene større prioritering?

Overgrepet går inn i en allerede tilstedeværende rekke av sårbarhetsfaktorer. Selv om studien bare har tatt med de som søkte hjelp på overgrepsmottak, er det nettopp disse man med dagens tilbud når ut til, er det vi tilbyr godt nok?

Ved en undersøkelse utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, på anmodning fra Helsedirektoratet i 2011, kom det frem at det er mangel på faglige ressurser ved flere av mottakene. Det ble også belyst at flere mottak ikke har en kontinuerlig vaktordning, det er ikke nok økonomiske eller faglige ressurser (17). I dag er ikke tilbudet om overgrepsmottak lovfestet, men av utredningen NOU 2012-15, utført i forbindelse med Regjeringens "Handlingsplan mot voldtekt" (2012-2014), anbefales det lovfesting av tilbudet om overgrepsmottak (29).

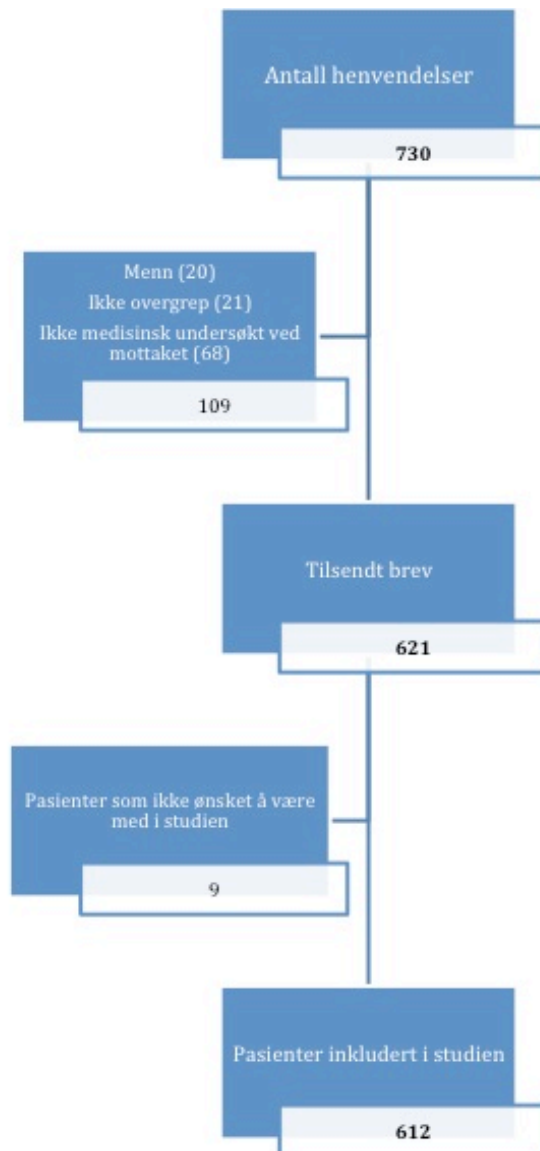
Tatt i betraktning det som har kommet frem i oppgaven kan man stille seg kritisk til om den rettslige prosessen ved et overgrep får for mye fokus, og at man i lys av dette lett glemmer den store psykiske belastningen et overgrep er, og hvilke senskader dette gir hos offeret.

## Litteraturliste

1. WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003
2. Justis, Beredskapsdepartementet. NOU 2008: 4 Fra ord til handling. 6. 2008
3. Barne, Likestillings, Inkluderingsdepartementet. NOU 2012: 15 Politikk for likestilling. 144. 2012
4. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Dunnuck C, Schwartz N. Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury. *Acad Emerg Med.* 2003;10:872-877.
5. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 2003;131:125-130.
6. Rust A. Teenagevoldtækt. København: BookPartnerMedia; 2008
7. Sætre M, Grytdal V. Voldtekt i den globale byen - endringer i anmeldte voldtekter og seksualkultur i Oslo. 2011
8. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child.* 1994;4:31-53.
9. Dong M, Anda R, Dube SR, Giles W, V F. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child abuse & Neglect.* 2003;27:625-639.
10. Bendixen M, Muus KM, Schei B. The impact of child sexual abuse--a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse Negl.* 1994;18:837-847.
11. Mossige S, Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge  
NOVA rapport 20/07. Allkopi  
NOVA; 2007:235.

12. Schou L, Dyb G, Graff-Iversen S. Voldsutsatt ungdom i Norge - resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. 2007
13. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 1998;22:1065-1078.
14. Hanson RF, Self-Brown S, Fricker-Elhai AE, Kilpatrick DG, Saunders BE, Resnick HS. The relations between family environment and violence exposure among youth: findings from the national survey of adolescents. *Child Maltreat.* 2006;11:3-15.
15. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* 2009;29:647-657.
16. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse Negl.* 2007;31:479-502.
17. Johnsen G, Hunskaar S, Alsaker K, Nesvold H. Beredskapssituasjonen ved norske overgrepsmottak 2011. *Nklm;* 2012:18.
18. Helsedirektoratet familiedepartementet Bo. Seksuelle overgrep mot barn - en veileder for hjelpeapparatet. 2003:63.
19. SSB. Befolkningsstatistikk. Befolkningsendringer i kommunene. 1951-2011. 16 Sør-Trøndelag.
20. SSB. Befolkningsstatistikk. Befolkningsendringer i kommunene. 1951-2011. 1601 Trondheim.
21. NTNU. <https://webcrf.medisin.ntnu.no/client/index.php>.
22. Du Mont J, Macdonald S, Rotbard N, Asllani E, Bainbridge D, Cohen MM. Factors associated with suspected drug-facilitated sexual assault. *CMAJ.* 2009;180:513-519.
23. Almindelige borgelige straffelov. 19 Seksualforbrytelser. 2010
24. McGregor MJ, Du Mont J, Myhr TL. Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution? *Ann Emerg Med.* 2002;39:639-647.
25. Folkehelseinstituttet. Alkohol - fakta om alkohol (etanol). 2012
26. Davies EA, Jones AC. Risk factors in child sexual abuse. *J Forensic Leg Med.* 2013;20:146-150.
27. Danielson CK, Holmes MM. Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.* 2004;16:383.
28. Nesvold H, Friis S, Ormstad K. Sexual assault centers: attendance rates, and differences between early and late presenting cases. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87:707-715.
29. Barne, Likestillings, Inkluderingsdepartementet. NOU 2012: 15 Politikk for likestilling. 1653. 2012

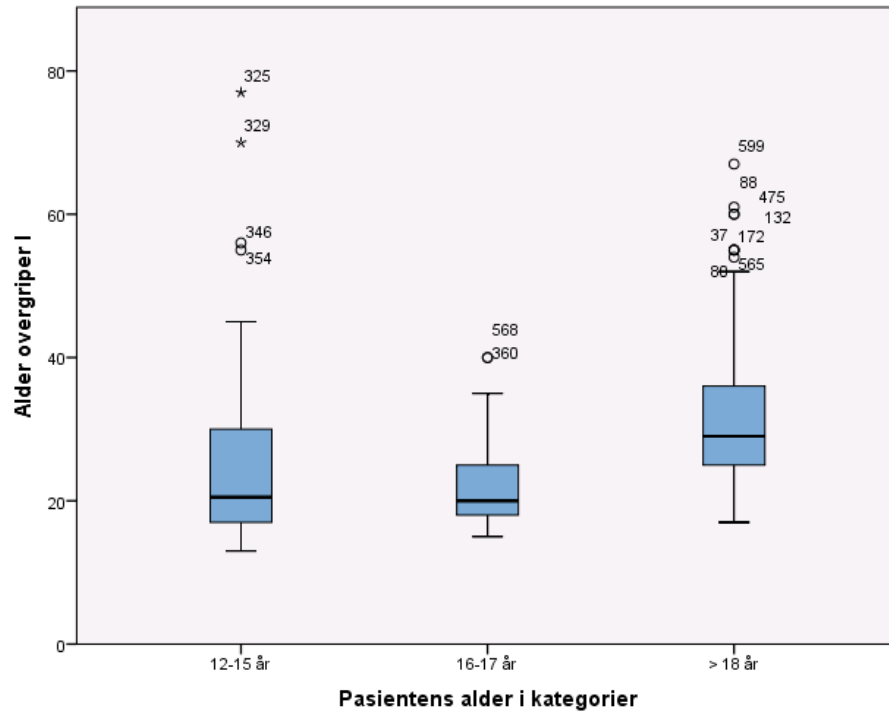
Figur 1



Figur 1: Bortfall fra studien. Bokser til venstre viser ulike årsaker til bortfall. Langsgående rad viser hvor mange som var igjen etter de ulike typene bortfall.

Figur 2

Figur 2



Boxplot 1: Viser overgripers alder mot pasientens alder. For de to yngste gruppene har overgriper er median alder på 20 år, mens for de over 18 år en median alder på ca.30 år.



**Tabell 1 – Pasientens sosiodemografiske data**

	<b>Alle (n=612) n (%)</b>	<b>12-15 år (n=120) n (%)</b>	<b>16-17 år (n=82) n (%)</b>	<b>≥ 18 år (n=410) n (%)</b>
<b>Yrke</b>				
I arbeid	127 (20,8)	0 (0)	1 (1,2)	126 (30,7)
Under utdanning	338 (55,2)	116 (96,7)	76 (92,7)	146 (35,6)
Arbeidsledig	123 (20,1)	2 (1,7)	2 (2,4)	119 (29)
Ukjent	24 (3,9)	2 (1,7)	3 (3,7)	19 (4,6)
<b>Bosituasjon</b>				
Ikke flyttet hjemmefra	231 (37,7)	109 (90,8)	64 (78)	58 (14,2)
Bor alene/separert/skilt	250 (40,8)	2 (1,7)	7 (8,5)	241 (58,8)
Samboer/gift	84 (13,7)	0 (0)	1 (1,2)	83 (20,2)
Institusjon	35 (5,7)	9 (7,5)	9 (11)	17 (4,1)
Ukjent	12 (2,0)	0 (0)	1 (1,2)	11 (2,7)
<b>Etnisitet</b>				
Norsk eller vestlig	567 (92,6)	107 (89,2)	79 (96,3)	381 (92,9)
Ikke norsk, ikke vestlig	40 (6,5)	12 (10)	3 (3,7)	25 (6,1)
Ukjent	5 (0,8)	1 (0,8)	0 (0)	4 (1,0)

Tabell 1: Pasientens sosiodemografiske data samlet og fordelt etter alder. Prosentvis etter gruppe.

**Tabell 2 - Sårbarhetsfaktorer**

	<b>Alle</b> <b>(n=612)</b> <b>n (%)</b>	<b>12-15 år</b> <b>(n=120)</b> <b>n (%)</b>	<b>16-17 år</b> <b>(n=82)</b> <b>n (%)</b>	<b>≥ 18 år</b> <b>(n=410)</b> <b>n (%)</b>
<b>Tidligere seksuelle overgrep</b>				
Aldri	289 (47,2)	60 (50)	54 (65,9)	175 (42,7)
Ja	239 (39,1)	35 (29,2)	19 (23,2)	185 (45,1)
Ukjent	84 (13,7)	25 (20,8)	9 (11)	50 (12,2)
<b>Handikapp/funksjonshemning</b>				
Nei	547 (89,4)	109 (90,8)	71 (86,6)	367 (89,5)
Ja	60 (9,8)	10 (8,3)	11 (13,4)	39 (9,5)
Ukjent	5 (0,8)	1 (0,8)	0 (0)	4 (1,0)
<b>Rusmisbruker - nå/tidligere</b>				
Nei	544 (88,9)	118 (98,3)	80 (97,6)	346 (84,4)
Ja	64 (10,5)	1 (0,8)	2 (2,4)	61 (14,9)
Ukjent	4 (0,7)	1 (0,8)	0 (0)	3 (0,7)
<b>Tidligere/nåværende psykiatri</b>				
Nei	288 (47,1)	71 (59,2)	47 (57,3)	170 (41,5)
Ja	270 (44,1)	44 (36,7)	33 (40,2)	193 (47,1)
Ukjent	54 (8,8)	5 (4,2)	2 (2,4)	47 (11,5)
<b>Tidligere samleie</b>				
Ja	474 (77,5)	42 (35)	57 (69,5)	375 (91,5)
Nei	90 (14,7)	62 (51,7)	13 (15,9)	15 (3,7)
Ukjent	48 (7,8)	16 (13,3)	12 (14,6)	20 (4,9)

Tabell 2, Sårbarhetsfaktorer: De ulike variablene er registrert hver for seg, det vil si at samme pasient kan ha flere sårbarhetsfaktorer.

**Tabell 3 – data fra overgrepet**

	Alle (n=612) n (%)	12-15 år (n=120) n (%)	16-17 år (n=82) n (%)	≥ 18 år (n=410) n (%)
<b>Selvrapportert alkohol inntak</b>				
Intet inntak	154 (25,5)	62 (51,7)	25 (30,5)	67 (16,3)
< 5 enheter	111 (18,1)	17 (14,2)	16 (19,5)	78 (19)
> 5 enheter/synlig beruset	294 (48)	28 (23,3)	37 (45,1)	229 (55,9)
ukjent	53 (8,7)	13 (10,8)	4 (4,9)	36 (8,8)
<b>Mistanke om påført rus</b>				
Nei	506 (82,7)	115 (95,8)	72 (87,8)	319 (77,8)
Ja	82 (13,4)	3 (2,5)	8 (9,8)	71 (17,3)
Ukjent	24 (3,9)	2 (1,7)	2 (2,4)	20 (4,9)
<b>Relasjon til overgriper</b>				
Partner	33 (5,4)	4 (3,3)	2 (2,4)	27 (6,6)
Familie	35 (5,7)	24 (20)	1 (1,2)	10 (2,4)
Bekjent/venn	245 (40)	46 (38,3)	49 (59,8)	150 (36,4)
Tilfeldig kjent	151 (24,7)	20 (16,7)	16 (19,5)	115 (27,9)
Fremmed	82 (13,4)	10 (8,3)	7 (8,5)	65 (15,8)
Ukjent	66 (10,8)	16 (13,3)	7 (8,5)	45 (10,9)
<b>Fysisk vold</b>				
Ingen/verbal	161 (26,3)	52 (43,3)	30 (36,6)	79 (19,3)
Lett/moderat	255 (41,7)	38 (31,7)	35 (42,7)	182 (44,4)
Alvorlig	38 (6,2)	3 (2,5)	4 (4,9)	31 (7,6)
Ukjent	158 (25,8)	27 (22,5)	13 (15,9)	118 (28,8)
<b>Seksuell handling</b>				
Penetrasjon	373 (60,9)	78 (65)	57 (69,5)	238 (58)
Ikke penetrasjon	68 (11,1)	22 (18,3)	6 (7,3)	40 (9,8)
Ukjent	21 (3,4)	7 (5,8)	2 (2,4)	12 (2,9)
Pasient husker ikke	150 (24,5)	13 (10,8)	17 (20,7)	120 (29,3)

Tabell 3 - data fra overgrepet: Registrert rusinntak i sammenheng med det aktuelle overgrepet. Pasientens forhold til overgriper, samt hvilke handlinger som har funnet sted ifølge pasientens opplysninger. Ved vold er variabelen rangert, ved flere typer vold er det alvorligste blitt kodet. Ved både penetrerende og ikke-penetrerende handlinger i samme overgrep, er penetrerende handling rangert høyest og overgrepet kodet som penetrerende.

**Tabell 4 –skaderegistrering**

	<b>Alle (n=428) n (%)</b>	<b>12-15 år (n=53) n (%)</b>	<b>16-17 år (n=60) n (%)</b>	<b>≥ 18 år (n=315) n (%)</b>
<b>Anogenital skade hos undersøkte</b>				
Nei	331 (77,3)	36 (67,9)	51 (85)	244 (77,5)
Ja	97 (22,7)	17 (32,1)	9 (15)	71 (22,5)
<b>Kroppslig skade hos undersøkte</b>				
	<b>Alle (n=456) n (%)</b>	<b>12-15 år (n=56) n (%)</b>	<b>16-16 år (n=63) n (%)</b>	<b>≥ 18 år (n = 337) n (%)</b>
Nei	157 (34,4)	21 (37,5)	23 (36,5)	113 (33,5)
Ja	299 (65,6)	35 (62,5)	40 (63,5)	224 (66,5)

Tabell 4, skaderegistrering: Funn av akutte skader på pasientens kropp eller anogenitalia. Det er kun kjørt frekvens på de som ble undersøkt. Av de 612 pasientene, var det pasienter som ikke ble undersøkt kroppslig og/eller genitalt.

**Tabell 5 – Kontakt med hjelpeapparatet**

	Alle (n=612) n (%)	12-15 år (n=120) n (%)	16-17 år (n=82) n (%)	≥ 18 år (n=410) n (%)
<b>Anmeldt</b>				
Nei	198 (32,4)	21 (17,5)	25 (30,5)	152 (37,1)
Ja	368 (60,1)	92 (76,7)	53 (64,6)	223 (54,4)
Ukjent	46 (7,5)	7 (5,8)	4 (4,9)	35 (8,5)
<b>Tid fra overgrep til undersøkelse</b>				
< 24 timer	344 (56,2)	29 (24,2)	39 (47,6)	276 (67,3)
24-72 timer	79 (12,9)	19 (15,8)	17 (20,7)	43 (10,5)
72 timer – 1uke	49 (8)	11 (9,2)	8 (9,8)	30 (7,3)
> 1 uke	136 (22,2)	58 (48,3)	18 (22)	60 (14,6)
ukjent	4 (0,7)	3 (2,5)	0 (0)	1 (0,2)
<b>Henvisende instans<sup>1</sup></b>				
Tok kontakt direkte	191 (31,2)	19 (15,8)	28 (34,1)	144 (35,1)
Politi	248 (40,5)	59 (49,2)	36 (43,9)	153 (37,3)
Lege	127 (20,8)	23 (19,2)	6 (7,3)	98 (23,9)
Annen offentlig instans	41 (6,7)	17 (14,2)	11 (13,4)	13 (3,2)
Ukjent	5 (0,8)	2 (1,7)	1 (1,2)	2 (0,5)
<b>Ledsaget av</b>				
Ingen	125 (20,4)	3 (2,5)	8 (9,8)	114 (27,8)
Venn/søsken/annen familie	165 (27)	13 (10,8)	19 (23,2)	133 (32,4)
Foreldre/fosterforeldre	166 (27,1)	89 (74,2)	39 (47,6)	38 (9,3)
Partner/ekspartner	47 (7,7)	0 (0)	3 (3,7)	44 (10,7)
Offentlig tjenestefolk	100 (16,3)	13 (10,8)	12 (14,6)	75 (18,3)
Ukjent	9 (1,5)	2 (1,7)	1 (1,2)	6 (1,5)
<b>Henvist til videre oppfølging<sup>2</sup></b>				
Psyk.sykepleier v/ gyn.poliklinikk	437 (71,4)	18 (15)	52 (63,4)	367 (89,5)
BUP/psykolog/psykiater	224 (36,6)	88 (73,3)	44 (53,7)	92 (22,4)
Innlagt psyk.sykehus	19 (3,1)	3 (2,5)	2 (2,4)	14 (3,4)

Fastlege	65 (10,6)	1 (0,8)	0 (0)	64 (15,6)
Barnevern	14 (2,3)	9 (7,5)	4 (4,9)	1 (0,2)
Kommunal psyk.sykepleier /helsesøster	49 (8,0)	11 (9,2)	9 (11)	29 (7,1)
Innlagt somatisk sykehus	6 (11)	1 (0,8)	0 (0)	5 (1,2)
Hadde oppfølging fra tidligere	108 (17,6)	30 (25)	13 (15,9)	65 (15,9)
Ønsket ikke oppfølging	43 (7)	9 (7,5)	5 (6,1)	29 (7,1)
Ukjent	7 (1,1)	4 (3,3)	0 (0)	3 (0,7)
<b>Kontakt med rådgiver<sup>3</sup></b>				
Nei	71 (11,6)	32 (26,7)	10 (12,2)	29 (7,1)
Ja	478 (78,1)	48 (40)	62 (75,6)	368 (89,8)
Henvist BUP	28 (4,6)	21 (17,5)	6 (7,3)	1 (0,2)
Ukjent	35 (5,7)	19 (15,8)	4 (4,9)	12 (2,9)

Tabell 5, Kontakt med hjelpeapparatet: Data om pasientens kontakt med hjelpeapparatet før, under og etter undersøkelse. 1.Henvisende instans er blitt rangert, en pasient kan ha vært i kontakt med flere instanser i tillegg til den som er kodet som henvisende. 2.Samme pasient kan ha blitt henvist til flere instanser etter undersøkelse. De ulike hjelpeinstansene er sett på separert, det vil si at samme pasient kan ha blitt kodet flere ganger. 3. Dokumentert kontakt med rådgiver, ikke diskriminert på telefon eller møte.