

# Seksuelle overgrep mot kvinner – skademønster og relasjon mellom offer og overgriper

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Voldtekstmottaket ved St. Olavs Hospital tilbyr ofre for seksuelle overgrep akutt medisinsk behandling, dokumentasjon og bevis-sikring for eventuell politianmeldelse og psykososial oppfølging. Formålet med studien var å undersøke karakteristika ved overgrepene og ofrenes relasjon til overgriper.

**Metode.** Opplysninger ble innhentet fra journalene til 162 kvinner som oppsøkte voldtekstmottaket ved Kvinne-klinikken, St. Olavs Hospital, i peri-oden 1.6. 2000 til 31.5. 2003. Opplysninger om relasjon til overgriper forelå i 140 saker. Ofrene ble gruppert etter relasjon til overgriper: fremmed, tilfeldig bekjent, nærmere bekjent og partner. Overgrepskarakteristika og skademønster ble sammenliknet etter type overgriper.

**Resultater.** I løpet av treårsperioden ble 18 % av overgrepene begått av fremmed overgriper, 20 % av tilfeldig bekjent, 42 % av nærmere bekjent og 7 % av partner. Hvilken form for seksuelt overgrep som ble rapportert, var ikke signifikant forskjellig mellom de ulike typene overgripere. Fysisk vold var assosiert med offer-overgriper-relasjonen. Bare overgripere som ofrene kjente fra før, hadde brukt grov vold, som å ha truet med våpen eller tatt kvelertak.

**Fortolkning.** Akutt beredskap for ofre for seksuelle overgrep bør ta henvendelser fra ofre med kjent overgriper like alvorlig som henvendelser fra ofre med fremmed overgriper.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 3409

### Kaja Haugen\*

[kaja\\_haugengrøng@hotmail.com](mailto:kaja_haugengrøng@hotmail.com)

### Anne Slungård

Det medisinske fakultet  
Medisinsk-teknisk forskningssenter  
Postboks 169  
7489 Trondheim

### Berit Schei

Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Trondheim

\* Nåværende adresse:  
Sykehuset Innlandet HF Gjøvik  
Kyrre Grepps gt.11  
2819 Gjøvik

Seksuelle overgrep er et stort helseproblem (1) som vi har begrenset kunnskap om (2). Forekomsten av selvrapporterte seksuelle overgrep er undersøkt i ulike populasjoner (3–7), men hva som oppfattes som et overgrep, varierer med kultur og påvirkes av relasjonen mellom offer og overgriper (ramme 1) (8).

Det eksisterer fortsatt myter om voldtekt der den typiske overgriper er en fremmed. Flere studier viser derimot at seksuelle overgrep også blir begått av personer ofrene kjenner (4, 9–14). Fremmed overgriper blir i enkelte studier beskrevet som å være mer voldelig enn kjente overgripere (10). Andre studier finner få forskjeller i ofrenes beskrivelse av overgrepet knyttet til ofrenes relasjon til overgriper (15).

I 1989 ble det opprettet et voldtekstmottak ved Kvinne-klinikken, St. Olavs Hospital i Trondheim. Mottakets oppgave er å gi pasienten medisinsk behandling og deretter sikre dokumentasjon og bevis med tanke på eventuell anmeldelse av overgrepet (16). I mai 2000 ble det etablert et fast tilbud for oppfølging. Det ble opprettet et særskilt sykepleierteam og ansatt personell med psykososial kompetanse.

Vår forståelse av forbindelsen mellom offer og overgriper ved seksuelle overgrep er basert på noen få utenlandske studier. I Norden er det kun gjort én studie som ser nærmere på relasjonsaspektet (17). Formålet med vår studie var å undersøke og sammenlikne overgrepskarakteristika og skademønster i forhold til relasjonen mellom offer og overgriper.

### Materiale og metode

Opplysninger fra kvinner som oppsøkte voldtekstmottaket ved Kvinne-klinikken, St.

Olavs Hospital, Trondheim, i perioden 1.6. 2000 til 31.5. 2003 var grunnlaget for denne studien. Kvinnes journaler inneholdt opplysninger innhentet ved den kliniske konsultasjonen og ved utfylling av den standardiserte rettsmedisinske journalen. Opplysningene ble registrert i eget skjema, og informasjonen ble lagt inn i en anonym database.

Alle henvendelsene til mottaket ble tatt med ved analyser av totalfordeling av ulike karakteristika. Bare overgrep der forbindelsen mellom offer og overgriper ble rapportert, ble inkludert i analyser vedrørende relasjonsaspektet i studien. Som vist i tabell 1, definerte vi fire grupper overgripere ut fra offerets relasjon til overgriper: fremmed, tilfeldig, bekjent og partner. Overgripere ofrene ikke kjente fra før, ble definert som fremmede. Overgripere ofrene hadde kjent i mindre enn 24 timer, ble definert som tilfeldige. Overgripere ofrene hadde kjent i mer enn 24 timer, ble definert som bekjente. Tidligere og nåværende kjæreste, samboer og ektefelle ble definert som partner.

Fire sett opplysninger ble valgt ut for å beskrive overgrepet: karakteristika vedrørende offer, overgriper, overgrep og funn ved undersøkelse. I tillegg undersøkte vi hvor lang tid det tok før ofrene oppsøkte voldtekstmottaket og hvor mange som anmeldte overgrepet. Karakteristika ved offer omfattet sosio-demografiske opplysninger og opplysninger om tidligere sykehistorie, som vist i tabell 2. Ofre som hadde vært innlagt ved psykiatrisk institusjon, fått psykiatrisk behandling eller vært kjent stoffmisbruker, ble klassifisert til å ha hatt en tidligere psykiatrisk anamnese. Tidligere overgrep omfattet både seksuelle og ikke-seksuelle overgrep. Overgriperne ble karakterisert ut fra alder, kjønn, nasjonalitet og antall overgripere. I overgrep begått av flere ble karakteristika ved den mest aktive personen benyttet. Opplysninger om

### ! Hovedbudskap

- Kjent overgriper ble oppgitt tre ganger så ofte som fremmed overgriper
- Genital skade ble påvist hos 20 % av ofrene, selv om 64 % rapporterte vaginal, oral eller anal inntrengning
- Over halvparten av overgriperne hadde utøvet fysisk vold, bare kjente overgripere hadde brukt grov vold

**Ramme 1**

Ifølge Straffeloven §192 kan den som skaffer seg seksuell omgang ved vold eller truende atferd, eller har seksuell omgang med noen som er bevisstløs eller av andre grunner ute av stand til å motsette seg handlingen, straffes for voldtekt.

overgrepsted, bruk av fysisk vold, type seksuell handling og offers alkoholinntak ble valgt for å karakterisere selve overgrepet. Funn ved undersøkelsen omfattet genitale og ekstragenitale skader.

Overgrep som skjedde i offers hjem, overgriperens hjem eller i annet privat lokale, ble klassifisert som overgrep på privat sted. Overgrep som skjedde i offentlig lokale, utendørs eller i bil/båt/buss, ble klassifisert som overgrep på offentlig sted.

Seksuelle voldshandlinger ble klassifisert som ingen/forsøk på voldtekt, vaginal, oral eller anal inntrengning eller usikker/uopplyst. I overgrep der penetrasjon hadde skjedd, ble vaginal inntrengning rangert som minst alvorlig, oral som alvorligere og anal inntrengning som mest alvorlig. Rangeringen ble basert på tidligere klassifikasjonsmetoder (7).

Fysisk vold ble klassifisert som mild, moderat og grov vold. Det å bli holdt fast ble beskrevet som mild vold, moderat vold inkluderte slag og spark, mens grov vold omfattet kvelertak og bruk av våpen.

Blåflekker og overfladiske sårskader ble klassifisert som lette/moderate skader. Alvorlige skader omfattet brudd, mistanke om indre blødninger og merker etter kvelertak. Genital skade ble klassifisert som minst alvorlig der det forekom rødme og hevelse, som moderat der det forelå rifter og sår, og som alvorlig der det forekom dypere skade.

Dersom offeret rapporterte å ha opplevd flere typer seksuelle og fysiske voldshandlinger og det ved undersøkelse ble påvist flere genitale og ekstragenitale skader, ble det alvorligste og mest livstruende alternativet registrert.

SPSS versjon 12 ble brukt for analyse av data. Relasjonsgruppene ble sammenliknet med henblikk på ulike variabler. Statistisk signifikans ble undersøkt ved hjelp av Fishers eksakte test ( $p < 0,05$ ). Studien ble tilrådd av regional etisk komité.

**Resultater**

Totalt ble det registrert 162 henvendelser fra kvinner utsatt for seksuelle overgrep. Relasjon til overgriper ble rapportert ved 140 overgrep; 29 fremmede, 32 tilfeldige, 68 bekjente og 11 partnere. Tabell 1 viser henvendelse etter ofrenes relasjon til overgriper.

Tiden fra overgrepet skjedde til offeret søkte hjelp ved voldtekstmottaket var kjent

ved 130 av henvendelsene. I alt kom 57 % av ofrene (93/162) innen ett døgn etter overgrepet, ytterligere 23 % (37/162) kom innen en uke.

Totalt ble 59 % (95/162) av overgrepene politianmeldt, av disse ble 19 anmeldt ved en senere anledning enn undersøkelsen. Blant overgrepene som ble anmeldt, utgjorde partnere den prosentvis største andelen (10/11). Overgrep med fremmed overgriper ble anmeldt i 72 % av tilfellene, mens tilfeldige og bekjente overgripere ble anmeldt i henholdsvis 56 % og 51 % av overgrepene.

**Karakteristika ved offer**

Gjennomsnittsalderen blant kvinnene var 23,5 år (spredning 5–59 år) og nær halvparten (78/162, 48 %) var i alderen 18–24 år (fig 1). De fleste ofrene bodde hjemme hos foreldrene eller alene (tab 2). Blant ofre med fremmed overgriper utgjorde skoleelever/student 52 % (15/29), mens skoleelever/student utgjorde 33 % (37/111) blant ofre av kjente overgripere ( $p < 0,05$ ). Opplysninger om utviklingshemning, tidligere overgrep og tidligere psykisk sykdom var ikke signifikant forskjellig mellom de ulike relasjonsgruppene.

**Karakteristika ved overgriper**

To av overgriperne var kvinner, resten var menn. Antatt alder på overgriper ble rapportert ved 49 tilfeller, hvorav 31 var 25 år eller eldre, 16 var i alderen 18–24 år, og to var 16–17 år.

Av de 84 overgriperne der nasjonalitet ble angitt, var 61 av norsk opprinnelse og 23 av ikke-norsk opprinnelse. Andelen ikke-norske var signifikant høyere blant fremmede enn blant kjente overgripere (21 % versus 15 %,  $p < 0,05$ ).

Antall overgripere ble rapportert ved 142 overgrep, 16 overgrep omfattet mer enn én gjerningsmann. Blant overgrep med fremmed overgriper var 21 % (6/29) gjengvoldtekter. Blant overgrep begått av tilfeldige var 19 % (6/32) gjengvoldtekter, mens 6 % (4/68) av overgrepene fra bekjente hadde flere overgripere. Ved overgrep fra partner var partner eneste overgriper. Høyeste antall overgripere i en og samme sak var fem. Her var overgriperne ukjente for offeret.

**Karakteristika ved overgrep**

Tabell 3 viser karakteristika ved overgrep blant kvinnene som oppsøkte voldtekstmottaket. Sted for overgrepet var hyppigst et privat sted; 27 skjedde hjemme hos offeret, 38 hjemme hos overgriper og 28 i andre private lokaler. Blant overgrep begått på offentlig sted, skjedde 29 ute, 18 i offentlig lokale og fem i bil, båt eller buss. Fremmed overgriper antastet kvinnen på privat sted i 31 % (9/29) av tilfellene, mot 77 % (82/107) av tilfellene ( $p < 0,05$ ) med kjent overgriper. Alle overgrep begått av partner skjedde på privat sted, og var signifikant forskjellig fra overgrep begått av andre overgripere ( $p < 0,05$ ).

Overgriper benyttet fysisk vold i 53 % (86/162) av overgrepene; 57 hadde holdt offeret fast, 15 hadde slått eller sparket og 14 hadde brukt våpen eller tatt kvelertak. Vold fra partner ble rapportert i nær alle tilfellene (10/11), og var mer vanlig enn vold fra bekjente (38/68, 56 %) og tilfeldige (16/32, 50 %) ( $p < 0,05$ ). Bare kjente overgripere hadde benyttet den groveste formen for vold. Partner brukte grov vold ved 27 % av overgrepene (3/11), mens andre overgripere utøvde slik vold ved 8 % av overgrepene (10/129).

Ved 27 overgrep hadde kvinnene hatt «blackout» og husket ikke om overgriper hadde brukt fysisk vold i forbindelse med overgrepet. Blant disse overgrepene ble tilfeldig overgriper rapportert ved 25 % av overgrepene (8/32), sammenliknet med andre overgripere som ble rapportert ved 10 % av overgrepene (11/111) ( $p < 0,05$ ).

En eller flere former for inntrengning ble rapportert ved 104 av overgrepene (tab 3). Vaginal inntrengning var det vanligste over-

**Tabell 1** Oversikt over relasjon mellom offer og overgriper ved 162 henvendelser til voldtekstmottaket ved Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim, 1.6. 2000–31.5. 2003

	Antall	(%)
Fremmed	29	(18)
Tilfeldig	32	(20)
Bekjent, totalt	68	(42)
Venner	61	
Familie	4	
Autoritetsperson	3	
Partner, totalt	11	(7)
Ektefelle/samboer	1	
Kjæreste	2	
Tidligere partner	8	
Opplysninger mangler	22	(14)
Totalt	162	(100)

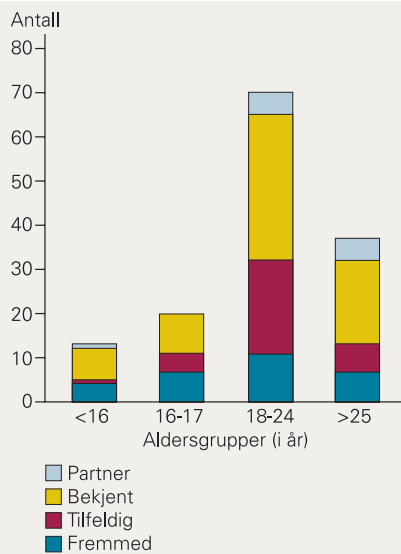
**Tabell 2** Oversikt over sosiodemografiske data og tidligere sykehistorie blant 162 kvinner som oppsøkte voldtekstmottaket ved Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim, 1.6. 2000–31.5. 2003

	Antall	(%)
Bosituasjon		
Bor med partner	24	(15)
Bor alene/hjemme	96	(59)
Opplysninger mangler/annet <sup>1</sup>	42	(26)
Arbeidsstatus		
I arbeid	38	(23)
Skoleelev/student	56	(35)
Mottar trygd/stønad	13	(8)
Opplysninger mangler/annet <sup>2</sup>	55	(34)
Tidligere psykiatrisk anamnese	40	(25)
Utviklingshemmet	17	(11)
Opplevd overgrep tidligere	61	(38)

<sup>1</sup> Ved tre henvendelser rapporterte ofrene at de var skilt/separert

<sup>2</sup> Fem av ofrene oppgav «husmor» som arbeidsstatus

**Figur 1**



Antall ofre som rapporterte relasjon til overgriper, fordelt på ulike aldersgrupper

griperet uavhengig av relasjon til overgriper. Hvilken type seksuelt overgrep som ble rapportert, var ikke signifikant relatert til type overgriper.

Nærmere halvparten (79/162) av kvinnene rapporterte inntak av alkohol i forkant av overgrepet. Blant disse oppgav 27 inntak tilsvarende fem flasker øl eller mindre, 24 oppgav større inntak, mens 28 hadde inntatt så store mengder at det medførte amnesiperioder. I tillegg mistenkte 19 av ofrene at de hadde blitt påført berusende/sløvende stoff i mat eller drikke.

Ved overgrep fra partner ble alkoholinntak sjelden rapportert (1/11), sammenliknet med overgrep fra andre overgripere (71/129, 55%) ( $p < 0,05$ ). Flere ofre av tilfeldige overgripere (7/32, 22%) mistenkte at de hadde blitt påført stoff i mat eller drikke enn ofre av andre overgripere (6/108, 6%) ( $p < 0,05$ ).

**Funn ved undersøkelse**

Tabell 4 viser funn ved undersøkelsen blant kvinnene som henvendte seg til voldtekstmottaket. Ekstragenital skade ble påvist hos 76 av ofrene. Ofre som rapporterte tilfeldig overgriper, fikk påvist ekstragenital skade ved 9/32 (28%) tilfeller, mot 58/108 (54%) hos ofre av andre overgripere ( $p < 0,05$ ). To av kvinnene fikk påvist alvorlige skader, opplysning om relasjon til overgriper manglet ved begge tilfellene.

Ved gynekologisk undersøkelse ble det funnet genitale skader hos 32 av ofrene. Ingen av ofrene hadde større gynekologisk skade, og 16 av kvinnene ønsket ikke å få utført gynekologisk undersøkelse. Forekomsten av påviste skader blant ofrene var uavhengig av relasjon til overgriper.

**Diskusjon**

Kjent overgriper ble oppgitt tre ganger så ofte som fremmed overgriper. Halvparten av ofrene som opplyste om relasjon til overgriper, var ofre av bekjente. Partner ble sjelden rapportert som overgriper. Funnene er i samsvar med resultater i andre studier (4, 9, 16). En mulig forklaring på den relativt lave andelen fremmede overgripere kan være at disse brukte så grov vold at ofrene måtte til behandling på andre avdelinger. Dette er imidlertid usannsynlig, da personell fra voldtekts-

mottaket også blir innkalt til avdelinger for å undersøke inneliggende pasienter.

Over halvparten av overgriperne hadde benyttet fysisk vold. Vold fra partner var signifikant vanligere enn vold fra tilfeldige og bekjente overgripere. Også andelen fremmede som brukte vold var større enn andelen tilfeldige og bekjente overgripere som brukte vold. Dette er i samsvar med andre studier som viser at partnere og fremmede har større tendens til å bruke vold enn andre overgripere (9–11, 18). Ut fra disse funnene skulle man tro at partnere og fremmede overgripere også brukte den groveste typen vold. Derimot fant vi at flere partnere og bekjente brukte grov vold enn fremmede og tilfeldige overgripere. At bekjente overgripere er mer tilbøyelige til å bruke grov vold enn fremmede overgripere, står i kontrast til funn i andre studier (9, 10).

Genital skade ble påvist hos 20% (32/162) av ofrene. Forekomst av skadefunn ved gynekologisk undersøkelse varierer mellom ulike studier (10, 16, 17). Ved påtvinget sex kan skader variere fra ikke-eksisterende til alvorlige. Genitale skader kan også oppstå ved frivillig seksuell aktivitet (19). Fravær av skader utelukker derimot ikke at det har skjedd et overgrep. Ingen av gruppene overgripere hadde i større grad enn andre begått spesielle typer seksuelle overgrep. En studie antyder at kjente overgripere har større tendens til å begå anale overgrep enn fremmede (9). I vår studie hadde et fåtall overgripere i hver av relasjonsgruppene begått anale overgrep. Samlet var antallet anale overgrep for lavt til å si noe om tendens/mønster.

Totalt rapporterte 38% at de hadde vært utsatt for tidligere overgrep. Dette tilsvarer funn i andre studier som viser at forekomsten av såkalt reviktimisering varierer mellom 6–68% (7, 10, 20). Risikoen for et nytt seksuelt overgrep øker om kvinnen har vært utsatt for tidligere overgrep (2).

Totalt oppgav en firedel av kvinnene at de hadde en eller annen form for psykiatrisk historie. Dette er i samsvar med resultater i en annen studie der 26% av ofrene hadde en tidligere psykiatrisk anamnese (21). Kvinner med psykiske lidelser er også funnet å være spesielt utsatt for seksuelle overgrep (21).

Omtrent halvparten av ofrene rapporterte at de hadde inntatt alkohol i forbindelse med overgrepet. Andelen overgrep der offer og/eller overgriper inntok alkohol varierte mellom ulike populasjoner (22). Den største andelen av sikre opplysninger om overgriperes alkoholinntak fant vi hos ofre av bekjente og partnere. Ofre av partnere rapporterte sjelden alkoholinntak. Dette er i samsvar med andre studier (10). Alkoholinntak kan bli feilrapportert, enten fordi offeret ikke kan erindre inntaksmengde eller fordi han/hun underrapporterer eget inntak, og ev. overvurderer overgriperes inntak (23). Studier indikerer at offer og overgriper kan innta alkohol i fellesskap i forkant av overgrepet, og at offeret sjelden er alene om å drikke (11, 22).

**Tabell 3** Karakteristika ved 162 overgrep rapportert fra kvinner som oppsøkte voldtekstmottaket ved Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim, 1.6. 2000–31.5. 2003

	Totalt N = 162	Fremmed n = 29	Tilfeldig n = 32	Bekjent n = 68	Partner n = 11
Sted for overgrepet					
Privat sted	93	9	21	50	11
Offentlig sted	52	20	11	14	0
Opplysninger mangler	17	0	0	4	0
Type fysisk vold					
Ingen/ verbale trusler	28	4	7	14	1
Mild/ moderat vold	72	21	15	29	7
Grov vold	14	0	1	9	3
Annet <sup>1</sup>	28	3	8	8	0
Opplysninger mangler	20	1	1	8	0
Seksuell handling					
Forsøk på voldtekt	10	2	0	7	1
Vaginal inntrengning	83	15	20	36	9
Oral inntrengning	12	5	2	4	0
Anal inntrengning	9	2	1	5	1
Opplysninger mangler/usikker	48	5	9	16	0
Offers alkoholinntak					
Inntatt alkohol	79	18	21	32	1
Intet inntak	14	1	1	7	5
Mistenkt påført stoff	19	2	7	2	2
Opplysninger mangler/annet	50	8	3	27	3

<sup>1</sup> | 27 av 28 saker oppgav offeret å ikke huske noe fra hendelsen pga. rus. Den siste saken var uklassifiserbar

**Tabell 4** Opplysninger om funn ved undersøkelsen blant 162 kvinner som henvendte seg til voldtekstmottaket ved Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim, 1.6. 2000–31.5. 2003

	Totalt N = 162	Fremmed n = 29	Tilfeldig n = 32	Bekjent n = 68	Partner n = 11
Ekstragenitale skadefunn					
Ingen	54	9	15	22	3
Påvist skade <sup>1</sup>	76	18	9	32	8
Opplysninger mangler	32	2	8	14	0
Genitale skadefunn					
Ingen	103	23	18	42	8
Rødme, hevelse	9	1	3	2	1
Rifter, sår	23	2	7	11	2
Opplysninger mangler/annet <sup>2</sup>	27	3	4	13	0

<sup>1</sup> Ved to henvendelser fikk ofrene påvist alvorlig ekstragenital skade. Opplysninger om relasjon til overgriper manglet ved begge hendelsene

<sup>2</sup> 16 av kvinnene ønsket ikke å få utført gynekologisk undersøkelse

Det var en høyere anmeldingsandel ved overgrep begått av partner enn de øvrige overgrepene. En annen studie har derimot funnet at fremmed overgriper har størst sannsynlighet for å bli anmeldt (17). Som følge av økt oppmerksomhet i medier er det mulig at den allmenne kunnskapen om vold i parforhold har økt, slik at også seksuelle tvangsepisoder i hjemmet i større grad enn før blir betraktet som seksuelle overgrep.

#### Begrensninger ved studien

Antallet seksuelle handlinger var antakelig høyere enn resultatene viser. Noe informasjon gikk trolig tapt, siden en del av ofrene hadde amnesi for hele hendelsesforløpet. I disse tilfellene var det vanskelig å vite om det hadde skjedd et overgrep og om det ble brukt vold eller ikke.

Langt fra alle ofre for seksuelle overgrep søker hjelp ved voldtekstmottak (9). Dette gjelder sannsynligvis også for ofre som kan henvende seg til mottaket ved St. Olavs Hospital, noe tidligere studier tyder på (4). Våre resultater er bare representative for ofrene som henvendte seg til voldtekstmottaket ved St. Olavs Hospital i den aktuelle treårsperioden. Resultatene kunne vært annerledes om hele populasjonen hadde vært inkludert.

Opplysninger vedrørende overgrepet var selvrapporterte og basert på hva kvinnen husket og ville fortelle om overgrepet ved henvendelse til mottaket. Enkelte opplysninger kan ha rom for tolking, for eksempel er evnen til å bedømme overgriperens alder i en stressituasjon vanskelig og derfor belagt med stor usikkerhet. Det er også et spørsmål om hva som motiverte hver enkelt kvinne til å oppsøke voldtekstmottaket, og hvorvidt ofrene uttalte seg forskjellig avhengig av sin relasjon til overgriper.

Feilkilder kan ha oppstått ved innhenting og registrering av data. Opplysningene ble innhentet i en klinisk krisesituasjon, til hjelp for offeret og med tanke på ev. bruk i rettsapparatet. Ved en betydelig andel av hendelsene hadde sentrale opplysninger som type seksuell handling, bruk av fysisk vold og alkoholinntak blitt klassifisert som

«uopplyst». I tillegg var to av journalene utilgjengelig for registrering, og opplysningene ble klassifisert som manglende. Mønstret kunne vært annerledes om samtlige opplysninger hadde foreligget.

Manglende påvist statistisk signifikans kan skyldes at sammenlikningsgruppene ble for små (type 2-feil).

#### Konklusjon

Akutt beredskap for ofre for seksuelle overgrep bør ta henvendelser fra ofre med kjent overgriper like alvorlig som henvendelser fra ofre med fremmed overgriper.

*Manuskriptet ble godkjent 1.9. 2005.*

#### Litteratur

- Sørensen H, Helweg-Larsen K, Sidenius K et al. Vold mod kvinner, et globalt problem. *Ugeskr Læger* 2000; 162: 862–6.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. *Worlds report on violence and health*. Genève: Verdens helseorganisasjon, 2002.
- Schei B, Bakkeiteig LS. Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse: a study of a random sample of Norwegian women. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 1379–83.
- Schei B, Muus KM, Bendixen M. Forekomst av seksuelle overgrep blant studenter i Trondheim. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 2491–4.
- Lagerberg D, Sundelin C. Sexuelle overgrep mot barn. *Läkartidningen* 1982; 79: 643–6.
- Koss MP, Gidycz CA, Wisniewski N. The scope of rape: incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 162–70.
- Wijma B, Schei B, Swahnberg K et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet* 2003; 361: 2107–13.
- Norges lover. Straffeloven. Kap. 19. 11.8. Nr. 76 2000.
- Stermac LE, Du Mont JA, Kalemba V. Comparison of sexual assaults by strangers and known assailants in an urban population of women. *CMAJ* 1995; 153: 1089–94.
- Stermac L, Du Mont J, Dunn S. Violence in known-assailants sexual assaults. *J Interpers Violence* 1998; 13: 398–412.
- Bowie SI, Silverman DC, Kalick SM et al. Blitz rape and confidence rape: implications for clinical intervention. *Am J Psychother* 1990; 44: 180–8.
- Gartner R, Macmillan R. The effect of victim-offender relationship on reporting crimes of violence against women. *Can J Criminol* 1995; 37: 393–429.

- Campbell R, Sefl T, Barnes HE et al. Community services for rape survivors: enhancing psychological well-being or increasing trauma? *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 847–58.
- Solola A, Scott C, Severs H et al. Rape: management in a noninstitutional setting. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 373–8.
- Ullman SE, Siegel JM. Victim-offender relationship and sexual assault. *Violence Vict* 1993; 8: 121–32.
- Schei B, Muus KM, Moen MH. Medisinske og rettslige aspekter av voldtekt: henvendelser til voldtektsteamet ved Regionsykehuset i Trondheim i perioden 1989–92. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 30–3.
- Schei B, Sidenius K, Lundvall L et al. Adult victims of sexual assault: acute medical response and police reporting among women consulting a center for victims of sexual assault. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 750–5.
- Silverman DC, Kalick S, Bowie SI et al. Blitz rape and confidence rape: a typology applied to 1,000 consecutive cases. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1438–41.
- Geist RF. Sexually related trauma. *Emerg Med Clin North Am* 1988; 6: 439–66.
- Wyatt GE, Guthrie D, Notgrass CM. Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 167–73.
- Eckert LG, Sugar N, Fine D. Characteristics of sexual assault in women with a major psychiatric diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1284–91.
- Abbey A, Zawacki T, Buck PO et al. Alcohol and sexual assault. *Alcohol Res Health* 2001; 25: 43–51.
- Coker AL, Walls LG, Johnson JE. Risk factors for traumatic physical injury during sexual assaults for male and female victims. *J Interpers Violence* 1998; 13: 605–20.