



UPPSALA
UNIVERSITET

NCK NATIONELLT CENTRUM
FÖR KVINNOFRID

UTDRAG UR NCK-RAPPORT 2010:02 / ISSN 1654-7195

ANTOLOGI – Sju perspektiv på våldtäkt

Brottet som urholkar hälsan

Sexuella övergrepp som orsak till fysiskt och
psykiskt lidande

Mariella Öberg, Steven Lucas, Gun Heimer

Brottet som urholkar hälsan

Sexuella övergrepp som orsak till fysiskt och psykiskt lidande

Mariella Öberg, Steven Lucas, Gun Heimer

Det är söndag morgon och Hanna sitter i en polisbil på väg till sjukhuset. Hon vet inte vad klockan är eller hur länge hon har suttit i förhör, men det känns som om det har gått många timmar sedan hon först kom till polisen. Hon har försökt redogöra för vad hon varit med om men det är många detaljer som är suddiga och hon har svårt att minnas exakt vad som hände. Hanna ska nu, enligt vad polisen berättat, genomgå en undersökning. Hon är inte säker på vad det rent konkret innebär annat än att man ska försöka hitta bevis på att hon blivit våldtagen. Hon hoppas att det ska gå snabbt så att hon kan åka hem och lägga sig.

Inledning

”Sexuella övergrepp har en djupgående påverkan på fysisk och psykisk hälsa.”¹ Så inleder Världshälsoorganisationen WHO sin världsrapport om sexuellt våld, som beskriver den globala bilden av skador, mental ohälsa, social stigmatisering och död som orsakas av sexualbrott. Men effekterna av ett sexuellt övergrepp behöver inte vara omedelbart uppenbara eller ens synas på kroppen. Forskningsstudier visar att det inte enbart är de omedelbara effekterna av sexuella övergrepp som påverkar individen, utan långt senare i livet kan hon eller han drabbas av sjukdomar som kan vara kopplade till övergreppet.

Även i Sverige påverkas befolkningens hälsa negativt av sexuella övergrepp. På nationell nivå handlar det om flera av de vanligaste folksjukdomarna som drabbar de utsatta i större utsträckning än befolkningen i stort. På individnivå handlar det om ett fysiskt och psykiskt lidande till följd av själva övergreppet och det trauma som lämnar spår i kroppens stresscentra.

Detta kapitel fokuserar på de följder på den fysiska och psykiska hälsan som sexualbrott kan leda till både på kort och på lång sikt, och på hälso- och sjukvårdens ansvar för att bemöta den utsatta människan så att hans eller hennes medicinska, emotionella och rättsliga behov tillgodoses.

Hanna sitter i den gynekologiska mottagningens väntrum. Hon tittar på sin vän som har följt med och plötsligt börjar de fnissa. Hanna förstår inte varför, kanske är hon nervös inför den förestående undersökningen. Hon ser att personalen sneglar åt deras håll. Inne hos läkaren blir hon än en gång uppmanad att redogöra för vad som har hänt. Hon beskriver, liksom hon tidigare gjort hos polisen, händelsen för läkaren. Hon och några vänner var på fest föregående kväll. Där träffade hon en bekant, en vän till en vän, som hon började prata med. De tillbringade nästan hela kvällen tillsammans och hade trevligt ihop. När festen var över bestämde de sig för att åka hem till honom och avsluta kvällen med en kopp te. Väl hemma hos honom hände något. Hanna förstod inte vad, men stämningen förändrades på något sätt. Efter en stund började han göra närmanden, försökte kyssa henne och hon bestämde sig för att det var dags att åka hem. Hon tog upp mobilen från bordet och plockade upp sin handväska. Vad som hände sedan har hon endast svaga minnesbilder av. Kläder som slets av, hårda händer som tryckte ner henne i en säng. Det hon minns mest och som överskuggar allt är känslan av en förlamande skräck och hjälplöshet. Efteråt vände han sig om och somnade, hon tog sig snabbt upp ur sängen och klädde på sig. Med darrande händer ringde hon en vän som hämtade upp henne i en taxi.

Bemötande

Endast en bråkdel av de människor som utsätts för sexuella övergrepp anmäler händelsen till rättsväsendet eller söker hjälp på sjukhus. Skälen till detta kan vara vitt skilda. I många fall grundar det sig i känslor av skuld, skam och vanmakt som gör det svårt att berätta om det som har hänt, andra är rädda att inte bli trodda. De som trots allt kommer till sjukvården eller polisen befinner sig ofta i en akut känslomässig kris och behöver mötas med respekt av kunnig personal.

WHO har arbetat globalt med att förbättra omhändertagandet av sexualbrotts-offer och därmed i förlängningen också förbättra deras möjligheter till god fysisk och psykisk hälsa. Som ett led i detta arbete har organisationen definierat de mänskliga rättigheter som hälso- och sjukvårdspersonal ska förhålla sig till i samband med undersökning av en utsatt person.² De kan sammanfattas med sju ledord: hälsa, värdighet, jämlikhet, självbestämmande, information, personlig integritet och sekretess. I korthet innebär det att personer som utsatts för sexuella övergrepp har rätt till god hälso- och sjukvård för de fysiska och psykiska följderna av övergreppet, att vården och behandlingen ska vara likartad oavsett var man väljer att söka och att det inte får ske någon diskriminering på grund av kön, hudfärg, sexuell läggning, nationell, etnisk eller social tillhörighet. Personen, i det här fallet patienten, har rätt att själv bestämma över vilka medicinska undersökningar och behandlingar som ska genomföras och för att kunna göra detta behöver hon eller

han få information om vad som ska ske och varför. Det får inte förekomma tvång eller påtryckningar. All medicinsk information som berör den som blir undersökt är enskild och sekretessbelagd, även gentemot familjemedlemmar, och får bara lämnas ut efter samtycke.

Det kan te sig som en självklarhet att dessa rättigheter ska respekteras, i synnerhet som de inte skiljer sig väsentligt från den svenska hälso- och sjukvårdslagens beskrivning av "en god vård".³ Trots detta visade en nationell kartläggning som genomfördes 2006 att den vård och behandling som erbjöds patienter som sökte hälso- och sjukvården efter sexuella övergrepp såg olika ut beroende på var i landet patienten sökte.⁴ Kartläggningen visade att omhändertagandet ofta grundade sig på lokala PM vilket lämnade öppet för sjukvårdsinrättningen, och därmed enskilda individer, att tolka patientens behov av undersökning, dokumentation och spårsäkring. Patienter som sökte vård på vissa sjukhus erbjöds undersökning och spårsäkring oavsett om övergreppet var polisanmält eller inte. På andra sjukhus gjordes inte någon spårsäkring om inte någon polisanmälan var gjord, vilket innebar att möjligheten att säkra viktigt bevismaterial gick förlorad. När det gäller sexualbrottsfall är detta särskilt problematiskt eftersom hälso- och sjukvården har en ovanlig dubbelroll. Å ena sidan syftar undersökningen till att tillgodose patientens medicinska behov av vård, å andra sidan är den ett underlag för rättsprocessen genom spårsäkring och dokumentation av skador vilket gör hälso- och sjukvårdspersonal till lagens förlängda arm.

Det finns en risk att människor som söker hjälp efter att ha utsatts för sexuella övergrepp upplever kontakten med sjukvården eller rättsväsendet som obehaglig.⁵ Att anmäla sig i receptionen, sitta lång tid i väntrummet före en undersökning eller ett förhör, genomgå detaljerade utfrågningar om händelseförloppet och kroppsundersökning med provtagning och fotografering kan kännas påfrestande för de flesta människor. En rättsprocess kan sedan innebära att offret ifrågasätts på högst personliga plan, bland annat ifråga om sitt sexualliv. Risken att bli utsatt för detta, så kallad sekundär viktigmisering (secondary victimization), kan vara en av anledningarna till att många offer inte vågar söka hjälp efter sexuella övergrepp. Om offret tror att hon eller han inte ska orka genomgå en undersökning eller en rättsprocess eller är orolig för, kanske övertygad om, att mötas av fördomar är tröskeln hög till att söka hjälp. Traumat som sekundär viktigmisering medför kan fördjupa och förlänga övergreppets följder i form av långvariga fysiska och psykiska symtom hos offret. Det är därför av yttersta vikt att all personal som arbetar med sexualbrottsoffer lär sig hur de genom ett professionellt och empatiskt bemötande kan minska risken för negativa reaktioner hos den utsatta individen.

Det finns många förutfattade meningar om hur ett våldtäktsoffer ska bete sig både under och efter övergreppet. Att göra motstånd under övergreppet och att gråta efteråt anses av många vara en adekvat reaktion på ett övergrepp. Men när människor utsätts för stor stress och fara inträder en rad fysiologiska reaktioner

som mynnar ut i att den utsatta personen kan bete sig på många olika sätt.⁶ Den akuta stressreaktionen kan leda till att individen faller i gråt, uppvisar ilska, är ångestladdad, förefaller lugn och samlad, verkar avtrubbad, maskerar sina känslor, betar sig som om ingenting har hänt eller sitter och skrattar med sina vänner. Den enskilda individen kan även skifta mellan dessa olika reaktioner på kort tid.

Den akuta stressreaktionen som uppstår under den traumatiska händelsen styrs från de delar av hjärnan som svarar för basala överlevnadsfunktioner och har sin grund i människans rädsla för fysisk skada och fara för sitt liv. Om faran går att undvika inträder en rad aktiverande fysiologiska reaktioner som syftar till att individen förbereder sig på kamp eller flykt. Effekten blir bland annat att blodtrycket stiger och pulsen ökar samt att det sker en omfördelning av kroppens energiförsörjning. Uppfattas faran som oundviklig eller övermäktig blir reaktionen den motsatta. Då sker en hämning av dessa fysiologiska reaktioner och individen blir paralyserad.⁷ Det sistnämnda brukar beskrivas som att "spela död" och många våldtäktsoffer vittnar om hur de varit oförmögna att göra motstånd under övergreppet. Ibland kan denna reaktion inträda efter övergreppet och då leda till att den som blivit våldtagen kan verka avskärmd från omgivningen.⁸ Det är inte ovanligt att man vid en akut stressreaktion även drabbas av dissociativ amnesi, det vill säga en oförmåga att minnas väsentliga delar av händelsen. När individen sedan inte längre känner fara för sitt liv kan känslouttringarna övergå i känslor av skuld, skam, förödmjukelse, självförakt, hopplöshet, självanklagelser eller rädsla för ytterligare övergrepp. Dessa känslor kan lätt förvärras om personer som offret möter inte känner till hur stressreaktionen kan yttra sig. Även yttre faktorer kan påverka sexualbrottsoffret i kontakten med omgivningen. Våldtäkter sker ofta sent på kvällen eller natten och den som har utsatts kan ha varit vaken i många timmar. De kan ha suttit i detaljerade polisförhör före den kroppsliga undersökningen och är ofta i olika grad påverkade av alkohol i samband med övergreppet.

För att kunna ge god vård och behandling är det viktigt att personal inom hälso- och sjukvården samt rättsväsendet är insatta i och tar hänsyn till vad själva den traumatiska händelsen och yttre faktorer såsom sömnbrist och alkoholpåverkan tillsammans kan ha för fysisk och psykisk påverkan på individen. Förekomsten av alkohol och/eller andra droger i samband med sexuella övergrepp har debatterats flitigt. Den skärpta sexualbrottslagstiftningen från 2005 gör gällande att sexuella övergrepp mot en person som befinner sig i ett hjälplöst tillstånd, till exempel genom berusning, numera rubriceras som våldtäkt. Flera studier visar på att alkohol är vanligt i samband med sexuella övergrepp.⁹ Det frivilliga alkoholintaget har ökat de senaste åren i Sverige, särskilt bland unga, och är i sig ett tecken på ökad jämställdhet då kvinnor rör sig i det offentliga rummet i lika hög grad som män. Det som saknas är dock forskning om i vilken utsträckning sexualbrottsoffer får i sig mer alkohol än de själva är medvetna om genom att en gärningsman spetsar drinken med alkohol. Detta torde vara särskilt viktigt att studera bland unga som

inte hunnit skaffa sig referensramar för hur snabbt de blir påverkade av alkohol och som därmed är särskilt utsatta för en ofrivillig påverkan.

Läkaren ställer flera specifika frågor till Hanna för att hjälpa henne att berätta om händelsen. Svaren på frågorna är viktiga för att läkaren ska veta vad hon ska leta efter vid undersökningen, får Hanna veta. Har förövaren genomfört ett vaginalt, analt eller oralt övergrepp? Har han slickat på kroppen? Har han fått utlösning? Har hon duschat eller badat efter övergreppet? Har hon varit på toaletten? När hade hon sitt senaste frivilliga samlag? Hanna tycker att det känns besvärligt att svara på frågorna, speciellt de som rör hennes sexliv. Läkaren förklarar varför hon ställer frågorna och beskriver hur undersökningen kommer att gå till. Den går ut på att hon tittar och känner igenom Hannas kropp för att se om hon hittar några skador. Eventuella skador fotograferas och dokumenteras i journalen. Sedan får Hanna genomgå en sedvanlig gynekologisk undersökning där det tas några prover med bomullstops för att säkra DNA-spår från gärningsmannen samt infektionsprover.

Övergreppens omedelbara effekter

Ur ett rättsligt perspektiv är det viktigt för hälso- och sjukvårdspersonalen att veta vilken typ av övergrepp patienten varit med om. Här märks hälso- och sjukvårdspersonalens dubbla roll tydligt. Ur hälsosynpunkt är det viktigt att patientens hälsa sätts främst, vilket sker genom att skador behandlas, infektionsprover tas samt att patienten får en medicinsk uppföljning och samtalsuppföljning så att bearbetningsprocessen kan börja. Men sjukvårdens personal behöver också veta vad som har hänt för att kunna dokumentera skador och säkra rätt spår, utan att agera polis och hålla regelrätta förhör. Genom att ge information och bemöta patienten på ett professionellt och empatiskt sätt kan personalen medverka till att patienten orkar genomgå en så fullständig undersökning som möjligt. Den som ska bli undersökt bestämmer hur mycket som berättas och vilka undersökningar som ska göras.

Undersökningen är avklarad och läkaren berättar att hon inte hittade några skador på Hannas kropp. Hon förklarar att man oftast inte får några fysiska skador efter en våldtäkt. Den gynekologiska undersökningen var jobbig för Hanna. Hon hade dock förtroende för personalen vilket kändes bra. Personalen pratade med henne och läkaren talade hela tiden om vad hon tog för prover. Trots att Hanna efter omständigheterna mätte bra så kunde hon inte hålla tillbaka tårarna.

De som arbetar med offer för sexualbrott vet att den som blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp sällan får svåra fysiska skador i samband med övergreppet. Skadorna som ses är oftast ytliga blåmärken och skrapmärken som kan uppstå till exempel genom att gärningsmannen har hållit fast offret eller genom att offret har försökt värja sig. Skador i underlivet är ännu mer ovanligt. En amerikansk studie som omfattade 819 kvinnor och flickor från 15 år utsatta för sexuella övergrepp visade att cirka hälften hade skador på kroppen och var femte hade skador i och omkring könsorganen eller analområdet.¹⁰ I en dansk studie där 249 kvinnor undersöktes efter våldtäkt fann man skador i underlivet hos cirka 30 procent, varav de flesta var enstaka ytliga skador.¹¹ Flera försök har gjorts att identifiera typer av skador som kan skilja mellan frivillig sex och övergrepp. Studier har visat att 10–15 procent fler skador upptäcks genom att använda infärgningsmetoder eller ett kolposkop (ett instrument som ger belysning och förstoring) vid undersökningen jämfört med inspektion med blotta ögat. De skador som upptäcks, såsom rodnad, svullad eller ytlig sprickbildning, är dock av samma typ som kan uppstå vid frivilliga samlag och kan därmed inte anses vara specifika tecken på övergrepp.¹²

Att det inte påvisas några skador i underlivet vid undersökning i samband med ett sexuellt övergrepp kan förklaras av en kombination av kroppens fysiologi och dess läkningsförmåga. Vävnaden i de yttre könsorganen och vid ändtarmsöppningen är i sig mjuk och tänjbar, vilket minskar risken för att skador ska uppstå i samband med naturliga funktioner som till exempel samlag eller passage av avföring. Denna egenskap skyddar vävnaden även i samband med ett övergrepp. Fysiska reaktioner kan leda till att slidans naturliga utsöndring (lubrikation) som uppstår vid samlag även aktiveras vid ett övergrepp. Lubrikation minskar friktion och gör vävnaden i slidan eftergivlig, vilket ytterligare minskar risken för skada.¹³ De flesta skador som uppstår omedelbart i samband med sexuella övergrepp är relativt lindriga och läker oftast snabbt utan ärrbildning vilket gör tidpunkten för undersökningen viktig. Ju senare den sker desto svårare är det att upptäcka skador i underlivet och redan några dagar efter övergreppet kan det vara omöjligt att finna spår av skadorna.¹⁴ En annan förklaring till att skador inte uppstår kan vara det reflexmässiga beteendet hos offret, den tidigare nämnda paralsen som kan inträda i samband med svåra traumatiska upplevelser. Om individen blir paralyserad och inte gör motstånd är risken för skada mindre.¹⁵

Om det uppstår skador i underlivet i samband med sexuella övergrepp ses dessa vanligtvis i de yttre könsorganen och analområdet. De utgörs av ytliga sprickbildningar i hud eller slemhinnor, rodnader, skrapår, blåmärken och petekier (små punktformade blödningar under huden).¹⁶ Petekier och blåmärken kan ibland vara svåra att upptäcka, särskilt om personen har starkt pigmenterad hud.¹⁷ Vid vaginal penetration kan skador uppstå som långsgående sprickbildningar i huden och slemhinnan på grund av de tryckande och tänjande krafterna som uppkommer där motståndet är som störst, vanligast i den bakre delen av vulva och den bakre delen

av slidöppningen främst hos unga flickor och de kvinnor som inte har debuterat sexuellt.¹⁸ Skador på slidöppningen varierar från ytliga sprickor, som läker helt utan att lämna spår, till bristningar genom slemhinnans samtliga lager så att det blir som ett öppet sår, ibland med förlängning till bakre slidväggen. Vid anal penetration kan samma typ av skador uppstå runt ändtarmsöppningen (anus) och en bit upp i ändtarmskanalen. I en del fall kan djupare inre skador som omfattar slidan eller livmoderhalsen uppstå vilket kan leda till rikliga blödningar. Sådana skador kan ge upphov till stora blodförluster som kräver akuta kirurgiska ingrepp. Om förövaren använt sig av ett föremål vid penetration i slida eller ändtarm uppstår oftare allvarligare skador. Kvinnor som uppnått klimakteriet kan ha lättare att få skador, vilket förklaras av minskad östrogenpåverkan på vävnaden, som leder till att slemhinnorna i slidan blir tunnare, torrare och mindre elastiska.¹⁹

Som beskrevs ovan är det något vanligare att se skador på andra kroppsdelar än könsområdet/anus efter sexuella övergrepp.²⁰ Den vanligaste typen av skada är blåmärken och skrapår på överarmarna, insidan av låren och skinkorna. I samband med orala övergrepp kan det uppstå petekier och blåmärken i munhålan, tandskador eller skador på läppband och tungband.²¹ Skrapmärken ses ibland bakom offrets öron från förövarens fingernaglar vid fasthållning. Förutom blåmärken ses ofta rivsår, bettmärken och sugmärken. Bettmärken kan finnas både genitalt och på andra delar av kroppen.²² Skador på bröst, ansikte, nacke/hals och huvud förekommer ofta hos de sexualbrottsoffer som uppvisar skador, och i vissa fall även benbrott.²³ Svårare kroppsskador ses sällan, men är vanligare om förövaren har använt ett vapen eller tillhygge. Sexuella övergrepp som begås mot kvinnor i den egna parrelationen är ofta kopplade till samtidigt systematiskt fysiskt och psykiskt våld.

Skadebilden hos män som utsatts för sexuella övergrepp har endast beskrivits i ett fåtal studier.²⁴ Kroppsskador är lika vanliga bland manliga som bland kvinnliga offer, men manliga offer uppvisar oftare skallskador och benbrott.²⁵ Anala samlag är den vanligaste typen av övergrepp, oavsett offrets och gärningsmannens sexuella läggning, och leder framför allt till ytliga skador i och omkring ändtarmsöppningen, som uppstår nästan lika ofta som övriga fysiska skador hos män.²⁶ Skador på de yttre könsorganen är relativt ovanliga och består framför allt av bristningar i huden och blåmärken till följd av att offret blivit våldsamt onanerat.²⁷ Orala övergrepp leder ibland till ytliga skador i svalget. Vanligtvis söker inte offret hjälp hos sjukvården i nära anslutning till övergreppet, vilket leder till att eventuella akuta skador inte kan dokumenteras och vid undersökning är de ofta läkta.²⁸ Bland män i samkönade relationer är partnerrelaterade sexuella övergrepp lika prevalenta som bland kvinnor, och de är associerade till fysiskt och psykiskt våld i liknande grad.²⁹

När barn före puberteten undersöks i det akuta skedet efter ett övergrepp ser man till stor del samma spektrum av skador som hos vuxna, men några olikheter finns beroende på skillnader i kroppens mognad och i barnets utsatthet i övergrepps-

situationen. Barn som utsätts för sexuella övergrepp i hemmet är ibland även utsatta för vanvård och fysisk misshandel och kan vara undernärda, ha benbrott, brännskador, skador på de inre organen eller skallskador.³⁰ Mord sker som en ytterlighet i samband med våldtäkter mot barn såväl som mot vuxna, där strypping är den vanligaste dödsorsaken.³¹

Läkaren undrar om Hanna vill att hennes provsvar ska skickas hem till henne eller om hon hellre vill bli uppringd. Hon får veta att hon kommer att kallas för en ny undersökning om två till tre veckor och att infektionsproverna då ska tas om. Nu återstod en del blodprover att ta, sedan kunde hon äntligen få åka hem. Hon får med sig en tid för samtal redan under morgondagen och ett nummer att ringa dygnet runt om hon har några frågor eller vill prata om händelsen. Eftersom hon inte använder något preventivmedel får hon ett akut-p-piller. Hanna följer sedan med sköterskan ut för att ta blodprover.

Sexuellt överförbara infektioner

I Sverige är det ovanligt att bli smittad med sexuellt överförbara infektioner (STI) i samband med ett sexuellt övergrepp, men eftersom följderna kan vara så pass allvarliga är det viktigt att upptäcka en infektion och ge rätt behandling. När en person blir undersökt efter ett sexuellt övergrepp tas därför prover för de vanligaste och allvarligaste sexuellt överförbara infektionerna: klamydia, gonorré, hepatit och hiv. Om infektion påvisas vid den provtagning som görs i nära anslutning till ett övergrepp (upp till 72 timmar efter) talar detta för att offret bar på infektionen redan före övergreppet. För att upptäcka om personen har blivit smittad under själva övergreppet behöver provtagningen upprepas efter en tid som varierar beroende på typ av infektion. Provtagningen för klamydia och gonorré kan tas cirka två till fyra veckor efter den första undersökningen, medan förnyad provtagning för hiv, hepatit och syfilis sker efter cirka tre månader.

I Sverige finns ingen generell rekommendation att ge utsatta personer förebyggande (profylaktisk) behandling mot infektioner efter en våldtäkt. Om gärningsmannen däremot är okänd eller misstänks tillhöra en riskgrupp för hiv eller hepatit görs ett ställningstagande till profylax mot dessa infektioner med tanke på de allvarliga konsekvenser som de innebär för offrets hälsa. I länder där prevalensen av hiv och hepatit är mycket högre, till exempel flera afrikanska länder, har profylaktisk behandling en större roll.³² Vid misstänkta sexuella övergrepp mot barn före puberteten är det särskilt viktigt att upptäcka eventuell STI, dels med tanke på att en klamydia- eller gonorréinfektion allvarligt kan skada den framtida fertiliteten, dels för att infektionen är en stark indikation på att ett övergrepp har skett.³³

Oönskad graviditet

För den som blir gravid till följd av ett sexuellt övergrepp innebär händelsen ytterligare svårigheter att hantera efteråt. Graviditeter som uppkommer efter sexuella övergrepp leder ofta till abort vilket kan utgöra en fysisk och psykisk påfrestning.³⁴ I Sverige erbjuds kvinnor som kommer till sjukvården inom 48 timmar efter ett övergrepp vanligtvis ett akut p-piller, ett så kallat dagen-efter-piller. I länder där abort inte är tillåtet riskerar flickor och kvinnor att antingen tvingas att fullfölja en graviditet som blivit till genom våldtäkt eller att genomgå illegal abort med risk för efterföljande komplikationer i form av skador, blödningar, infektioner och även död.³⁵ Det finns mycket få studier om oönskade graviditeter till följd av sexuella övergrepp. I en amerikansk studie där drygt 400 kvinnor följdes under en treårsperiod efter våldtäkt fann man att 5 tonåringar blivit oönskat gravida i samband med övergreppet.³⁶ De flesta av kvinnorna som blev gravida hade blivit våldtagna av sin man eller pojkvän, men för flera av tonåringarna i studien var det fadern eller styvfadern som var förövaren.

Det har gått sex månader sedan våldtäkten och Hanna har stegvist börjat fungera normalt i sin vardag. Sömmen är bättre och mardrömmarna inte längre så påtagliga. Hon kan koncentrera sig på jobbet igen. Hon går fortfarande på samtal men inte lika ofta som tidigare och egentligen känner hon inte att hon har samma behov av det längre. Familjen och vännerna har varit ett bra stöd. Hon har inte vågat gå på någon fest sedan det hände, det är knappt att hon vågar sig ut på kvällen ensam. Hon är åtminstone inte på sin vakt hela tiden längre och hoppar inte till vid minsta ljud när hon är ensam hemma.

Sociala effekter

Den som blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp men inte kan, vågar eller vill berätta om det, har mycket liten möjlighet att bearbeta händelsen. Att inte vilja eller våga tala om för någon vad som hänt är inte ovanligt, det kan till exempel handla om en rädsla att förlora sin partner om sanningen kommer fram, eller en tro att man själv bär skulden för det som har hänt. Genom att inte berätta om det som har hänt riskerar individen att bli isolerad, vilket kan intensifiera övergreppets skadeverkningar. Arbete eller studier, fritidsintressen och relationer med familj, vänner och bekanta kan bli lidande. Inom grupper där hedersbegreppet är centralt kan sexuella övergrepp leda till särskilda problem för den som blir utsatt. Att dessa grupper ofta är marginaliserade i det svenska samhället komplicerar situationen ytterligare. En kvinna som blir våldtagen kan bli utfrysad från sitt sociala sammanhang och stigmatiserad. Enligt WHO kan våldtäkt i extrema fall leda till att offret mördas för att återställa familjens och släktens heder.³⁷ Rädsla för dessa följder kan utgöra oöverstigliga

hinder för kvinnan att söka vård eller anmäla till polisen, eller ens berätta för någon i sin närmaste krets att hon har blivit utsatt. Det utanförskap som tystnaden kring övergreppet innebär för dessa personer leder i ännu större utsträckning till psykisk ohälsa, och inte sällan till försök till eller fullbordat självmord.³⁸

Psykiska effekter av sexuella övergrepp

Det har länge varit känt att sexuella övergrepp kan leda till långvariga ångeststörningar. Den drabbade individens symtom kan variera från lindriga sömnproblem och oro i specifika situationer, som att gå utomhus efter mörkrets inbrott, till förlamande ångest där offret avskärmar sig helt från sin omgivning. Känslor av skuld och skam, att ha blivit märkt eller "besudlad", är vanliga och ibland påträngande under lång tid efter övergreppet. Då många som varit utsatta för sexuella övergrepp inte söker hjälp är risken stor att dessa känslor förblir obearbetade vilket kan leda till allvarliga psykiska och fysiska sjukdomar och problem många år efter själva övergreppet.

Långt ifrån alla människor som utsatts för sexuella övergrepp utvecklar långvarig eller bestående psykisk ohälsa. En stor andel av offren upplever dock allvarliga psykiska stressreaktioner någon gång efter övergreppet. Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, är ett allvarligt och långvarigt ångesttillstånd som kan uppstå efter svårt traumatiska fysiska eller psykiska upplevelser. Diagnosen PTSD ställs på personer som har utsatts för dödshot, allvarlig skada eller hot om detta vilket medfört intensiv rädsla, hjälplöshetskänslor eller skräck. PTSD kan yttra sig på olika sätt, men har alltid inslag av tre typer av psykiska symtom: återupplevande, undvikande av det som påminner om händelsen och överspändhet.³⁹ Återupplevandet yttrar sig som återkommande plågsamma minnesbilder, mardrömmar eller en känsla av att händelsen sker på nytt. Det kan också upplevas som ett intensivt psykiskt obehag inför yttre och inre signaler som symboliserar händelsen. Dessa signaler kan leda till kroppsliga symtom såsom hjärtklappning, svettning och illamående. Undvikandet av det som påminner om händelsen kan ta sig uttryck i att offret aktivt undviker samtal, känslor eller tankar som förknippas med traumat, eller undviker platser eller personer som framkallar minnen av händelsen. Det kan också leda till att individen blir oförmögen att minnas någon viktig del av händelsen, uppvisar en känsla av likgiltighet inför andra människor eller saknar framtidstro. Överspändhet innebär att offret har svårt att somna, ofta är irriterad, lätt får vredesutbrott, har koncentrationssvårigheter, är överdrivet vaksam eller lättskrämd. Många av symtomen vid PTSD kan likna dem som finns vid en akut stressreaktion. Skillnaden är att en akut stressreaktion per definition pågår som längst fyra veckor. Om symtomen uppträder eller förvärras från fyra veckor till sex månader efter händelsen och varar i minst en månad bedöms offret lida av PTSD.⁴⁰

Hos personer som utsatts för sexuella övergrepp är PTSD en relativt vanlig följd. I populationsbaserade studier svarar en tredjedel av dem som utsatts för

våldtäkt att de har haft symtom tydande på PTSD någon gång efter övergreppet. Bland våldtäktsoffer som sökt vård efter övergreppet uppvisar så många som 90 procent akuta stressreaktioner inom två veckor och nästan 50 procent av dessa har kvarvarande symtom efter tre månader tydande på en övergång till PTSD.⁴¹ Jämfört med andra typer av livshotande trauman, som till exempel allvarlig miss-handel eller rån, uppvisar kvinnor utsatta för våldtäkt i större utsträckning symtom på PTSD vilket kan resultera i sexuella störningar, allvarlig depression och ätstörningar.⁴² Uppfattningen om att det finns en skillnad mellan kroppslig integritet och sexuell integritet är djupt rotad i vår förståelse av våldtäkt.⁴¹ Vi uppfattar ofta den sexuella integriteten som mer *intim* och våldtäkt är ett brott som inte sällan betraktas som den yttersta och mest förnedrande kränkningen av en människa. Mot bakgrund av dessa föreställningar är det kanske förstäligt att sexuellt våld upplevs som mer kränkande än annat fysiskt våld.

Det finns samband mellan PTSD och andra psykiska besvär och sjukdomar. Exempelvis riskerar personer som utvecklat PTSD att drabbas av svåra depressioner med ökad självmordsbenägenhet, ångestsyndrom som social fobi eller paniksyndrom och missbruk av alkohol och andra droger.⁴⁴ PTSD är ofta förknippat med sömnproblem, exempelvis svårigheter att somna, fragmenterad sömn eller mardrömmar. Oavsett typen av sömnproblem leder brist på sömn ofta till en rad hälsoproblem och har negativa effekter på den psykiska hälsan, där depression och självmordstankar är de mest framträdande.⁴⁵

Stora enkätundersökningar och studier bland separerade tvillingpar som vuxit upp i olika miljöer har visat omfattningen av de negativa psykiska långtidseffekterna efter sexuella övergrepp.⁴⁶ Både kvinnor och män som uppger att de blivit utsatta för sexuella övergrepp under barndomen lider i högre grad av depression och har oftare gjort självmordsförsök.⁴⁷ De har i större utsträckning haft många sexuella kontakter, haft oskyddad sex och uppger att de kan ha varit utsatta för hiv-smitta.⁴⁸

Ätstörningar och andra typer av självskadebeteende, till exempel att skära sig, är också vanligare bland offer för sexuella övergrepp.⁴⁹ En stor amerikansk studie har visat att kvinnor och män som har varit utsatta för sexuella övergrepp som barn löper större risk att leva i en relation med en alkoholist, att själva missbruka alkohol och droger och att ha konfliktfyllda familjeförhållanden.⁵⁰

Studier bland psykiatriska patienter visar en tydlig överrepresentation av sexuella övergrepp under barndomen jämfört med den övriga befolkningen. Allvarliga personlighetsstörningar, depression, psykossjukdomar och ångeststörningar är ofta kopplade till barndomsupplevelser av sexuella övergrepp, även om ett kausalt samband är svårt att bevisa.⁵¹ Bland patienter med depression är självmordsförsök betydligt vanligare i den grupp som har utsatts för sexuella övergrepp som barn.⁵²

Långsiktiga fysiska effekter

Varje år kommer tusentals människor i Sverige till hälso- och sjukvården på grund av sjukdomssymtom som har sin grund i tidigare upplevelser av övergrepp. Oftast framgår inte detta under läkarbesöket, patienten vet vanligtvis inte själv att det finns en koppling mellan symtomen och händelserna som kan ligga årtionden bakåt i tiden. Ett växande antal studier visar dock att sexuella övergrepp även kan ha negativa verkningar på offrets fysiska hälsa. Förutom de kortsiktiga traumatiska effekterna som framställts ovan, beskrivs allt fler kopplingar mellan sexuella övergrepp och långvariga negativa hälsoeffekter. Mekanismerna bakom denna koppling är långt ifrån klarlagda men en betydande del av den ökade sjukligheten tros bero på långtidseffekterna av PTSD.

PTSD till följd av sexuella övergrepp och andra typer av övergrepp, både fysiska och psykiska, påverkar individens stresshormonnivåer, som i sin tur inverkar på komplexa hjärnfunktioner.⁵³ Allt från minnesfunktioner till inlärningsförmåga påverkas negativt.⁵⁴

Den störda balansen av stresshormoner i kroppen vid PTSD kan leda till en rad olika fysiska symtom och sjukdomar på lång sikt. Kroppens utsöndring av stresshormoner i samband med stressfyllda situationer programmeras om, så att stressen utlöser en kraftigare reaktion än hos människor i allmänhet. Detta leder bland annat till högre puls och högre blodtryck. Även immunförsvarets celler kan påverkas av dessa hormonpåslag, vilket kan ge felaktig aktivering, som vid autoimmuna sjukdomar (reumatisk artrit, psoriasis, insulinberoende diabetes, sköldkörtelinflammation) och inflammatoriska sjukdomar (hjärt-kärlsjukdom, kronisk obstruktiv lungsjukdom (emfysem)), eller försvagad aktivitet, som kan leda till utveckling av infektioner eller cancer.⁵⁵

Flera av de vanligaste kroniska smärttillstånden, till exempel fibromyalgi, kroniska buksmärtor och kroniska underlivssmärtor, har kopplingar till sexuella övergrepp. Fibromyalgi är ett kroniskt smärttillstånd som kännetecknas av smärta och känslighet vid beröring och är en betydande anledning till långtidssjukskrivning och förtidspension, framför allt hos kvinnor. Risken att utveckla fibromyalgi är tre gånger så stor hos kvinnor som har utsatts för våldtäkt än hos kvinnor i den allmänna befolkningen.⁵⁶

Kronisk buksmärta hos både män och kvinnor är en annan åkomma som har förknippats med övergrepp i svenska såväl som internationella studier.⁵⁷ Buksmärta kan finnas som enda symtom eller ingå i sjukdomstillstånd som irriterad tarm (IBS). IBS innefattar konstant eller periodvis återkommande buksmärta med avförings-
trängningar (smärtsamma sammandragningar som ger ett tvingande behov att tömma tarmen) och omväxlande diarré och förstoppning. Besvären kan vara socialt handikappande och leder ofta till stor sjukfrånvaro från skola eller arbete och många kontakter med sjukvården.⁵⁸

Kvinnor som utsatts för våldtäkt utvecklar i mycket stor utsträckning kroniska smärttillstånd i underlivet. Smärtorna kan vara av ihållande karaktär eller komma vid samlag och vanligtvis finner man inte någon medicinsk eller fysisk förklaring, som till exempel cystor på äggstockarna, endometrios, infektion eller hormonella avvikelser.⁵⁹ Besvären kan leda till omfattande svårigheter i kvinnans sexualliv, till exempel att hon undviker samlag eller annan sexuell kontakt som uppfattas som obehaglig.

Människor som lider av PTSD efter att ha utsatts för sexuella övergrepp uppvisar påtagligt sämre livskvalitet än genomsnittet i samhället.⁶⁰ Detta innebär att den tid som offret är arbetsför minskar med två till fem år jämfört med människor som inte varit utsatta.⁶¹ Dessa beräkningar är sannolikt underskattade, då de inte tar hänsyn till den livsförkortning som är förknippad med självmord och drog- och alkoholrelaterade dödsfall.

Nationellt centrum för kvinnofrids arbete med offer för sexuella övergrepp

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK, då under namnet Rikskvinnocentrum) var 1994 först i landet med att starta en mottagning som särskilt riktade sig till kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp. Denna mångåriga erfarenhet togs tillvara i samband med att Justitiedepartementet år 2007 gav NCK i uppdrag att utarbeta ett nationellt program för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp.⁶² Förutom att förbättra omhändertagandet var syftet även att utarbeta rutiner för hur provtagning och dokumentation skulle genomföras för att förse rättsväsendet med ett optimalt bevismaterial.

WHO slår fast att användningen av standardiserade protokoll och riktlinjer signifikant ökar kvaliteten på den medicinska vården och det psykologiska stödet för de utsatta och även på det bevismaterial som inhämtas.⁶³ Ett övergripande handlingsprogram för sexualbrottsoffer ska enligt WHO:s kriterier innefatta:

- Fullständig beskrivning av händelseförloppet och dokumentation av allt inhämtat medicinskt bevismaterial.
- Dokumentation av patientens gynekologiska anamnes inklusive uppgifter om preventivmedel.
- Standardiserad dokumentation av fynden vid en fullständig kroppsundersökning
- Värdering av risken för graviditet.
- Provtagning för sexuellt överförbara infektioner, inklusive hiv.
- Tillhandahållande av akut antikonceptionell behandling (akut p-piller) eller abortrådgivning.
- Tillhandahållande av psykosocialt stöd och vidareremittering för samtal vid behov.



NCK:s *Handbok – Nationellt program för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp* uppfyller alla dessa krav.⁶⁴ Tillsammans med den tillhörande *Guide för omhändertagande efter sexuella övergrepp*, avsedd att användas i varje enskilt fall i samband med läkarens undersökning, ger handboken en organiserad handledning i att undersöka, säkra spår och dokumentera all information som är väsentlig för den medicinska vården och för bevisföringen. Arbetet med det nationella handlingsprogrammet genomfördes med insyn från en referensgrupp bestående av huvudansvariga representanter från de berörda myndigheterna (Socialstyrelsen, Åklagarmyndigheten, Sveriges kommuner och landsting, Brottsoffermyndigheten, Rättsmedicinalverket, Polisen och Domstolsverket) och med inhämtande av synpunkter från experter inom hälso- och sjukvården, rättsväsendet och ideella organisationer. Förutom den medicinska handläggningen beskriver handboken också sjukvårdsorganisationens ansvar att tillhandahålla de resurser och den kompetens som krävs för att möta patientens behov samt vikten av samverkan med rättsväsendet för att tillgodose individens rättsliga behov.

Sedan flera år har NCK haft ett samarbete med Statens kriminaltekniska laboratorium, SKL, som ansvarar för analys av de spårsäkringsprover som tas i samband med bland annat sexualbrott. Redan 1995 tog SKL fram en provtagningssats som innehåller allt material (tops, provrör, tejpfolier med mera) som behövs i samband med spårsäkringsundersökningar av både kvinnor och män.

I samband med regeringsuppdraget gjorde SKL och NCK en gemensam omarbetning av denna "Spårsäkringssats efter sexuella övergrepp", som nu även innehåller *Guide för omhändertagande efter sexuella övergrepp*. Spårsäkringssatsen ska finnas tillgänglig på alla polisstationer, sjukhus och vårdcentraler för att tillförsäkra en komplett spårsäkring i varje enskilt fall.

År 2008 erhöll NCK ett nytt regeringsuppdrag att implementera handlingsprogrammet nationellt.⁶⁵ Som ett första steg i implementeringen har handboken, guiden och spårsäkringssatsen under 2009 testats på fem orter i landet. Avsikten

med detta var främst att undersöka hur väl guiden fungerar i det praktiska arbetet med patienten. De fem orterna som ingick i pilotprojektet, Umeå, Karlstad, Uppsala, Skövde och Kalmar, valdes utifrån geografisk spridning och storlek. Eftersom sexualbrott kräver en fungerande samverkan mellan olika myndigheter inbjöds även polismyndigheten och åklagarkammaren på respektive ort att delta i informationsmöten om projektet tillsammans med sjukvårdens representanter. Under det år som pilotprojektet pågick genomförde klinikerna drygt 200 undersökningar med spårsäkringssatsen och guiden och den undersökande personalen kunde bilda sig en uppfattning om materialet utifrån praktisk erfarenhet. De fem deltagande klinikerna fick kontinuerlig handledning genom besök och telefonkontakt och kunde själva söka frågor och svar som publicerats på NCK:s webbplats. På varje pilotort ordnades utbildningstillfällen med fokus på det nya arbetsmaterialet och hälso- och sjukvårdens roll i rättskedjan.

Pilotprojektet har utvärderats kvalitativt och kvantitativt med gott utfall. Det som framkommit är att utbildningsinsatser har stor betydelse för att arbetet ska fungera bra, samt att samverkan med rättsväsendet är viktig för att uppnå fungerande rutiner. Nu pågår arbetet med att föra ut handboken i hela landet. Målet är att omhändertagandet efter sexuella övergrepp ska ske på samma sätt oberoende av var i landet patienten söker vård. För de utsattas fortsatta välbefinnande samt för resultatet av rättsprocessen är det viktigt att sexualbrottsoffer får ett värdigt, kompetent och korrekt omhändertagande genom hela förloppet – från det första akuta besöket hos sjukvården till polisanmälan med brottsutredning och eventuellt åtal och efterföljande rättegång.

Sammanfattning

Sexuella övergrepp är kriminella handlingar som kränker de mänskliga rättigheterna och kan ha en långtgående inverkan på den fysiska och psykiska hälsan hos den som drabbats. En samverkan mellan hälso- och sjukvården och rättsväsendet är därför nödvändig för att kunna erbjuda sexualbrottsoffer både den medicinska och den rättsliga hjälp de behöver. För detta måste aktörerna känna till varandras kompetensområden och veta på vilket sätt de gemensamt kan hjälpa den utsatta individen. Hälso- och sjukvården har, förutom det medicinska omhändertagandet, en viktig roll i rättskedjan genom spårsäkring och dokumentation av skador. Resultatet från en korrekt utförd dokumentation och spårsäkring kan utgöra värdefull stödbevisning och leda till att gärningsmän döms för sina brott. Detta har uppmärksammats på regeringsnivå, vilket har lett till utbildningsinsatser för personal inom både hälso- och sjukvården och rättsväsendet. Utöver NCK:s uppdrag som resulterade i *Handbok – Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens*

omhändertagande av offer för sexuella övergrepp har regeringen även gett uppdrag åt Brottsoffermyndigheten med resonemanget att ett bra bemötande kan leda till ökat förtroende för myndigheterna bland allmänheten, vilket i sin tur kan förmå fler personer att anmäla brott.⁶⁶ På så sätt kan mörkertalet när det gäller människor som utsatts för sexualbrott minskas och hjälp erbjudas till fler utsatta.

Karaktäristiskt för offer för sexuella övergrepp är att de ofta är tyngda av skuld-känslor och självanklagelser trots att de utsatts för ett brott. Självanklagelserna inbegriper ofta det egna uppträdandet, det vill säga att man varit ute, haft en viss klädsel på sig eller druckit alkohol. Sexualbrottsoffer anser ofta att de själva har haft ett ansvar för brottet och att de hade kunnat påverka händelseförloppet. Att möta en person som befinner sig i detta tillstånd kräver, som tidigare nämnts, kunskap och empati. Bemötande från omgivningen har en stor betydelse för den utsattas förmåga att bearbeta traumat efter ett övergrepp, och det är viktigt att inte anklaga den drabbade för det som hänt. De som arbetar med våldsutsatta personer har en professionell skyldighet att skaffa sig den kunskap som krävs för att få en nyanserad bild av den utsatta individen och agera utifrån hans eller hennes behov. Det får inte förekomma att sjukvårdspersonal betvivlar att patienter varit med om en våldtäkt på grund av deras beteende i vårdkontakten, och poliser måste vara medvetna om att en krisreaktion kan göra att den som utsatts för ett brott inte minns alla detaljer eller att hon eller han ändrar sig under utredningens gång.

Debatten kring sexuella övergrepp har de senaste åren främst kretsat kring rättsliga perspektiv; vad som anses vara brottsligt, hur bevis ska värderas och hur sexualbrott ska bestraffas. I det perspektivet har påvisande av akuta skador en framskjuten roll. Faktum är att allvarliga skador sällan ses, inte heller i samband med grova våldtäkter. Uppfattningen att ett sexualbrottsoffer per definition ska ha skador i underlivet och sitta gråtande i väntrummet är därför förlegad och ska förpassas till historien.

Växande kunskap har gjort det allt tydligare att sexuella övergrepp kan ha djup och långtgående inverkan på individens hälsa och i ett större perspektiv påverka folkhälsan. Framtida forskning bör läggas på att ytterligare belysa följderna av sexuella övergrepp, vilka kopplingar övergreppen har till ohälsa och vilka faktorer som kan minska skadeverkningarna. Genom regeringsuppdragen har NCK tagit ett första steg för att förbättra omhändertagandet av sexualbrottsoffer genom att förse hälso- och sjukvården med ett konkret hjälpmedel. Alla inom vården som kan komma att möta personer som utsatts för sexuella övergrepp ska kunna göra rätt insatser på rätt sätt. Det ska gälla oavsett om undersökningen sker på någon av landets specialkliniker för sexuella övergrepp eller på en vårdcentral i glesbygden. Om ett förbättrat omhändertagande av dem som varit utsatta kan leda till en bearbetning av traumat kan det på sikt leda till läkning hos individen och få positiva hälsoeffekter.

- 1 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- 2 *Clinical management for rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons – Revised ed*, Geneva, World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees, 2004
- 3 Hälso- och sjukvårdslagen 1982:753
- 4 Andreasson C, Stenson K, Björck A, Heimer G "Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensrådet våld mot kvinnor. Nationell kartläggning" 2006-2 ISSN 1652-3484
- 5 Campbell R, Raja S. Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence Vict.* 1999;14(3):261–75.
- 6 World Health Organization. Dept. of Gender and Women's Health., World Health Organization. Dept. of Injuries and Violence Prevention. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
- 7 Bandler R, Keay K, Floyd N, Price J. Central circuits mediating patterned autonomic activity during active vs. passive emotional coping. *Brain Res Bull.* 2000 Sep;53(1):95–104
- 8 Perski A. *Ur balans: om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv*. Stockholm: Bonnier fakta: 2002.
- 9 Hurlley M, Parker H, Wells DL. The epidemiology of drug facilitated sexual assault. *J Clin Forensic Med.* 2006; 13(4):181–5 + Hindmarch I, ElSohly M, Gambles J, Salamone S. Forensic urinalysis of drug use in cases of alleged sexual assault. *J Clin Forensic Med.* 2001;8(4):197–205
- 10 Sugar N, Fine D, Eckert L. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Jan;190(1):71–6.
- 11 Hilden M, Schei B, Sidenius K. Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 2005 Nov 25;154(2–3):200–5.
- 12 Sommers M. Defining patterns of genital injury from sexual assault: a review. *Trauma Violence Abuse.* 2007 Jul;8(3):270–80.
- 13 Levin R, van Berlo W. Sexual arousal and orgasm in subjects who experience forced or non-consensual sexual stimulation – a review. *J Clin Forensic Med.* 2004 Apr;11(2):82–8.
- 14 Palmer CM, et al: Genital injuries in women reporting sexual assault. *Sex Health.* 2004;1(1):55–9.
- 15 Burgess A, Holmstrom L. Coping behavior of the rape victim. *Am J Psychiatry.* 1976 Apr;133(4):413–8.
- 16 Slaughter L, Brown CR, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol.* 1997 Mar;176(3):609–16.
- 17 Sommers M. Defining patterns of genital injury from sexual assault: a review. *Trauma Violence Abuse.* 2007 Jul;8(3):270–80.
- 18 Adams J, Girardin B, Faugno D. Signs of genital trauma in adolescent rape victims examined acutely. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000 May;13(2):88.
- 19 Poulos C, Sheridan D. Genital injuries in postmenopausal women after sexual assault. *J Elder Abuse Negl.* 2008;20(4):323–35.
- 20 Rambow B, Adkinson C, Frost TH, Peterson GF. Female sexual assault: medical and legal implications. *Ann Emerg Med.* 1992 Jun;21(6):727–31.
- 21 Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics.* 2005 Dec;116(6):1565–8.
- 22 Freeman A, Senn D, Arendt D. Seven hundred seventy eight bite marks: analysis by anatomic location, victim and biter demographics, type of crime, and legal disposition. *J Forensic Sci.* 2005 Nov;50(6):1436–43.
- 23 Sugar N, Fine D, Eckert L. *Am J Obstet Gynecol.* 2004.71–6. Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus K. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med.* 2000 Apr;35(4):358–62.
- 24 Stermac L, Del Bove G, Addison M. Stranger and acquaintance sexual assault of adult males. *J Interpers Violence.* 2004 Aug;19(8):901–15.
- 25 Pesola GR, Westfal RE, Kuffner CA. Emergency department characteristics of male sexual assault. *Acad Emerg Med.* 1999 Aug;6(8):792–8.
- 26 Reeves I, Jawad R, Welch J. Risk of undiagnosed infection in men attending a sexual assault referral centre. *Sex Transm Infect.* 2004 Dec;80(6):524–5. Stermac L, Del Bove G, Addison M. *J Interpers Violence.* 2004. 901–15.
- 27 Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banar A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 2003 Jan 28;131(2–3):125–30.
- 28 Walker J, Archer J, Davies M. Effects of rape on men: a descriptive analysis. *Arch Sex Behav.* 2005 Feb;34(1):69–80.
- 29 Houston E, McKirran D. Intimate partner abuse among gay and bisexual men: risk correlates and health outcomes. *J Urban Health.* 2007 Sep;84(5):681–90. Greenwood G, Relf M, Huang B, Pollack L, Canchola J, Catania J. Battering victimization among a probability-based sample of men who have sex with men. *Am J Public Health.* 2002 Dec;92(12):1964–9.
- 30 Hobbs C, Wynne J. The sexually abused battered child. *Arch Dis Child.* 1990 Apr;65(4):423–7.
- 31 Schmidt P, Madea B. Rape homicide involving children. *J Clin Forensic Med.* 1999 Jun;6(2):90–4.
- 32 Kim JC, Martin LJ, Denny L. Rape and HIV post-exposure prophylaxis: addressing the dual epidemics in South Africa. *Reprod Health Matters.* 2003 Nov;11(22):101–12. Kim JC, Askew I, Muvhango L, Dwane N, Abramsky T, Jan S, et al. Comprehensive care and HIV prophylaxis after sexual assault in rural South Africa: the Refentse intervention study. *BMJ.* 2009;338:b515.
- 33 Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007 Jun;20(3):163–72.
- 34 Steinberg J, Russo N. Abortion and anxiety: what's the relationship? *Soc Sci Med.* 2008 Jul;67(2):238–52.
- 35 Tavara L. Sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006 Jun;20(3):395–408.
- 36 Holmes M, Resnick H, Kilpatrick D, Best C. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Aug;175(2):320–4; discussion 4–5.
- 37 Krug EG et al (2002).
- 38 Krug EG et al (2002).
- 39 Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders : a step-by-step treatment manual. 4th ed. New York: Guilford Press; 2008.
- 40 Lundin T, Lotfi M. Posttraumatic stress disorder in DSM-III-R, DSM-IV, and ICD-10: A comparison and evaluation of the significance of the respective diagnostic criteria. *Nord J Psychiatry.* 1996;50:11–5. Harvey A, Bryant R. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2-year prospective evaluation. *J Consult Clin Psychol.* 1999 Dec;67(6):985–8.
- 41 Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *J Trauma Stress.* 2001 Apr;14(2):369–89.
- 42 Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry.* 2004 Aug;161(8):1483–5
- 43 Sexualbrottsutredningen SOU 1981:64, s 210
- 44 Michel P, Johannesson K, Ahmad A, Lundin T. Post-traumatic stress syndrome more and more in focus. Diagnosis and risk factors well defined but still unclear how common the condition is. *Lakartidningen.* 2006;103(44):3369–72.
- 45 Krakow B, Artar A, Warner T, Melendrez D, Johnston L, Hollifield M, et al. Sleep disorder, depression, and suicidality in female sexual assault survivors. *Crisis.* 2000;21(4):163–70. Belleville G, Guay S, Marchand A. Impact of sleep disturbances on PTSD symptoms and perceived health. *J Nerv Ment Dis.* 2009 Feb;197(2):126–32.
- 46 Dinwiddie S, Heath A, Dunne M, Bucholz K, Madden P, Slutske W, et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychol Med.* 2000 Jan;30(1):41–52.
- 47 Nelson E, Heath A, Madden P, Cooper M, Dinwiddie S, Bucholz K, et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2002 Feb;59(2):139–45.

- ⁴⁸ Beck-Sague CM, Solomon F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. *Clin Infect Dis*. 1999 Jan;28 Suppl 1:S74–83. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Fam Plann Perspect*. 2001 Sep–Oct;33(5):206–11. Hillis S, Anda R, Felitti V, Nordenberg D, Marchbanks P. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*. 2000 Jul;106(1):E11.
- ⁴⁹ Kaltman S, Krupnick J, Stockton P, Hooper L, Green BL. Psychological impact of types of sexual trauma among college women. *J Trauma Stress*. 2005 Oct;18(5):547–55.
- ⁵⁰ Dube S, Anda R, Whitfield C, Brown D, Felitti V, Dong M, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med*. 2005 Jun;28(5):430–8.
- ⁵¹ Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 12:10–5.
- ⁵² Sarchiapone M, Jaussent I, Roy A, Carli V, Guillaume S, Jollant F, Malafosse A, Courtet P. Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior - via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry*. 2009 Jan;24(1):57–62.
- ⁵³ Anda R, Felitti V, Bremner J, Walker J, Whitfield C, Perry B, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Apr;256(3):174–86.
- ⁵⁴ Chivers-Wilson K. Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *McGill J Med*. 2006 Jul;9(2):111–8.
- ⁵⁵ Lemieux A, Coe CL, Carnes M. Symptom severity predicts degree of T cell activation in adult women following childhood maltreatment. *Brain Behav Immun*. 2008 Aug;22(6):994–1003. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, Wallaschofski H, John U, Freyberger H, et al. Association of posttraumatic stress disorder with low-grade elevation of C-reactive protein: Evidence from the general population. *J Psychiatr Res*. 2009 Jul. von Känel R, Hepp U, Kraemer B, Traber R, Keel M, Mica L, et al. Evidence for low-grade systemic proinflammatory activity in patients with posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Res*. 2007 Nov;41(9):744–52. Altemus M, Dhabhar FS, Yang R. Immune function in PTSD. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Jul;1071:167–83. Woods A, Page G, O'Campo P, Pugh L, Ford D, Campbell J. The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN-gamma levels. *Am J Community Psychol*. 2005 Sep;36(1–2):159–75. Bob P, Raboch J, Maes M, Susta M, Pavlat J, Jasova D, et al. Depression, traumatic stress and interleukin-6. *J Affect Disord*. 2009 Apr.
- ⁵⁶ Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK, Nayak S, Raphael KG. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. *Clin J Pain*. 2005 Sep–Oct;21(5):378–86.
- ⁵⁷ Alander T, Heimer G, Svärdsudd K, Agréus L. Abuse in women and men with and without functional gastrointestinal disorders. *Dig Dis Sci*. 2008 Jul;53(7):1856–64. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009 Aug 5;302(5):550–61.
- ⁵⁸ Alander T, Svärdsudd K, Agréus L. Functional gastrointestinal disorder is associated with increased non-gastrointestinal healthcare consumption in the general population. *Int J Clin Pract*. 2008 Feb;62(2):234–40.
- ⁵⁹ Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. *JAMA*. 550–61. Mark H, Bitzker K, Klapp BF, Rauchfuss M. Gynaecological symptoms associated with physical and sexual violence. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008 Sep;29(3):164–72. Chandler HK, Ciccone DS, Raphael KG. Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Med*. 2006 Jul–Aug;7(4):344–52.
- ⁶⁰ Thulesius H, Alveblom A, Håkansson A. Post-traumatic stress associated with low self-rated well-being in primary care attenders. *Nord J Psychiatry*. 2004;58(4):261–6. Danielsson I, Blom H, Nilsson C, Heimer G, Högberg U. Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(5):528–35.
- ⁶¹ Corso P, Edwards V, Fang X, Mercy J. Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *Am J Public Health*. 2008 Jun;98(6):1094–100.
- ⁶² Jn2007/2177/KRIM
- ⁶³ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- ⁶⁴ Nationellt centrum för kvinnofrid. Handbok: nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2008.
- ⁶⁵ Skr2007:08:39
- ⁶⁶ Ju2007/4690/KRIM.