



# **Nýting á sálfræðipjónustu Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis**

Gunnhildur Sveinsdóttir

**Lokaverkefni til Cand. psych. gráðu  
Sálfræðideild  
Heilbrigðisvísindasvið**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**

# **Nýting á sálfræðipjónustu Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis**

Gunnhildur Sveinsdóttir

Lokaverkefni til Cand. psych. gráðu í sálfræði  
Leiðbeinendur: Dr. Berglind Guðmundsdóttir og Dr. Ingunn Hansdóttir

Sálfræðideild  
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands  
Júní 2012

Ritgerð þessi er lokaverkefni til Cand. psych. gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi réttihafa.

© Gunnhildur Sveinsdóttir 2012

Prentun: Háskólaprent  
Reykjavík, Ísland 2012

Neyðarmóttaka fyrir þolendur kynferðisofbeldis var stofnuð á Landspítala í Fossvogi árið 1993 þar sem veitt er lækniþjónusta, ráðgjöf og sálfræðiþjónusta. Slíkar neyðarmóttökur hafa verið stofnaðar víða um heim en lítið er vitað um það hvernig þjónustunýting er á slíkum neyðarmóttökum. Markmiðið með þessari rannsókn var að kanna nýtingu á sálfræðiþjónustu Neyðarmóttökunnar á Landspítala. Þátttakendur voru allir þolendur (n=501) sem leituðu til Neyðarmóttökunnar árin 2007 til 2010 og var rannsóknin unnin út frá upplýsingum úr sjúkraskýrslum þolenda. Helstu niðurstöður voru að meirihluti þátttakenda eða 367 (73%) þáðu símtal frá sálfræðingi Neyðarmóttöku. Af þeim hlaut 141 áfallahjálp en rúmur helmingur þeirra sem þáði áfallahjálp þáði einnig frekari sálfræðimeðferð. Algengast var að þolendur sæktu á bilinu eitt til fjögur viðtöl hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku en 93% þeirra sem þáðu þjónustu hlutu 20 viðtöl eða færri. Í ljós kom að þeir sem voru yngri og þeir sem höfðu fyrri áfallasögu voru líklegri til að þiggja þjónustu sálfræðings eða tilvísun annað. Af niðurstöðunum má ráða að þolendur kynferðisofbeldis eru áhugasamir um þjónustu sálfræðings í kjölfar komu á Neyðarmóttöku en fáir nýta sér þó þjónustuna.

The Rape Trauma Service at The National University Hospital of Iceland was founded in 1993. The services offered include medical check-ups, counseling and psychological services. Similar emergency services have been founded around the globe, however there is scant information to be found regarding the usage of such emergency services. The aim of this study was to examine the utilization of the psychological services of the Rape Trauma Service at The National University Hospital of Iceland. The participants were all victims (n=501) that sought out the services of the Rape Trauma Service during the years of 2007 to 2010 and the results are based on the medical records of participants. The main results showed that the majority of victims (n=367) accepted a phone call from the Rape Trauma Service's residing psychologist. Furthermore, of those who accepted a phone call 141 received trauma care and half of the trauma care recipients accepted further psychological assistance. Most victims received one to four interviews with the Rape Trauma Service's residing psychologist but approximately 93% of those who accepted services received 20 interviews or less. Furthermore, it was revealed that those most likely to accept the service or a referral elsewhere are younger and have a history of trauma. Thus, according to the results it is apparent that the victims of sexual violence are eager to utilize the services of the psychologist when arriving at the facilities of The Rape Trauma Service, yet few fully utilize this service.

## **Þakkir**

Verkefni þetta var unnið sem lokaverkefni til Cand. psych. gráðu við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Höfundur vill þakka Berglindi Guðmundsdóttur fyrir frábæra leiðsögn og hvatningu. Ingunni Hansdóttur fyrir leiðsögn. Eyrúnu Jónsdóttur, Agnesi Gísladóttur, Agnesi B. Tryggvadóttur og Fríði Guðmundsdóttur fyrir vinnu við gagnasöfnun rannsóknarinnar. Auður Sjöfn Þórisdóttir fær sérstakar þakkir fyrir aðstoð og dugnað við gagnasöfnun. Hrefna Guðmundsdóttir fær þakkir fyrir aðstoð á ögurstundu. Loks vil ég þakka Marvini Lee Dupree fyrir þýðingu og þolinmæði.

Bestu þakkir

Gunnhildur Sveinsdóttir

## Efnisyfirlit

Inngangur .....	11
Skilgreiningar á kynferðisofbeldi .....	12
Tíðni kynferðisofbeldis.....	14
Tíðni samkvæmt íslenskum rannsóknum.....	14
Tíðni samkvæmt erlendum rannsóknum .....	15
Tíðni meðal barna og unglunga.....	17
Afleiðingar kynferðisofbeldis.....	18
Þjónusta við þolendur .....	20
Neyðarmóttaka fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Landspítala í Fossvogi .....	24
Komur á Neyðarmóttöku.....	25
Sálfræðiþjónusta Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis .....	27
Aðferð.....	29
Þátttakendur .....	29
Mælitæki.....	29
Skýrsla um réttarlæknisfræðilega skoðun .....	29
Móttökuskýrsla hjúkrunarfræðings .....	30
Skýrsla sálfræðings Neyðarmóttöku .....	31
Gátlisti .....	32
Annmarkar á upplýsingum .....	32
Skilgreiningar .....	33
Kynferðisofbeldi.....	33
Framkvæmd .....	33
Tölfræði .....	34
Niðurstöður.....	35

Komur á Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis.....	35
Vísanir til sálfræðings.....	36
Þjónusta hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku .....	39
Áfallahjálp .....	39
.. Sálfræðimeðferð umfram áfallahjálp.....	40
Forspá fyrir frekari þjónustu.....	43
Umræða .....	44
Samantekt niðurstaðna.....	44
Forspá um þjónustunýtingu og samanburður við erlendar niðurstöður.....	45
Annmarkar rannsóknar og næstu skref.....	48
Heimildir .....	49
Viðauki 1: Gátlisti .....	55



## Töfluyfirlit

Tafla 1. Fjöldi og kyn þolenda sem leituðu til Neyðarmóttöku árin 2007-2010.....	35
Tafla 2. Aldursdreifing þolenda .....	35
Tafla 3. Hjúskaparstaða þolenda .....	36
Tafla 4. Vísanir til fagaðila utan Neyðarmóttökuteymis.....	38
Tafla 5. Fjöldi viðtala við sálfræðing Neyðarmóttöku .....	39
Tafla 6. Fjöldi viðtala veitt í áfallahjálp .....	39
Tafla 7. Skýring á því hversvegna ekki var veitt áfallahjálp.....	40
Tafla 8. Fjöldi viðtala veitt í sálfræði meðferð.....	40
Tafla 9. Skýring á því hversvegna ekki var veitt meðferð umfram áfallahjálp.....	41
Tafla 10. Forspá fyrir líkurnar á þjónustu fagaðila með aðfallsgreiningu hlutfalla .....	43

## **Myndayfirlit**

Mynd 1. Komur á Neyðarmóttöku og vísanir til sálfræðings Neyðarmóttöku eða annarra fagaðila árin 2007 til 2010.....	37
Mynd 2. Meðferð umfram áfallahjálp og skýringar á lokum þjónustu .....	42

Kynferðisofbeldi er alvarlegt samfélagsvandamál en samkvæmt upplýsingum frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni verða milljónir manna fyrir kynferðisofbeldi á ári hverju víðsvegar um heiminn (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi og Lozano, 2002). Auk líkamlegra áverka, er kynferðisofbeldi tengt við aukna hættu á kynsjúkdómum, kynferðislegum vandamálum og alvarlegum og oft langvarandi áhrifum á geðheilsu (Krug o.fl., 2002). Rannsóknir sýna að rúmlega helmingur þolenda kynferðisofbeldis greinist með áfallastreituröskun í kjölfarið og þunglyndi og aðrar geðraskanir eru einnig algengur vandi meðal þolenda kynferðisofbeldis (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders og Best, 1993; Frank og Stewart, 1984; Shalev o.fl., 1998).

Aukinn skilningur á alvarlegum afleiðingum kynferðisofbeldis hefur leitt til þess að þjónusta við þolendur hefur verið aukin og markvisst hefur verið unnið að því að bæta þjónustuna. Sérstakar móttökur fyrir þolendur kynferðisofbeldis hafa verið opnaðar víða um heim síðastliðin ár þar sem boðið er upp á lækniþjónustu og ráðgjöf (t.d. Burgess og Holstrom, 1973; Bramsen, Elklit og Hjort Nielsen, 2009; Nesvold, Friis og Ormstad, 2005). Lítið er hins vegar vitað um nýtingu slíkrar þjónustu og þær rannsóknir sem til eru benda til þess að hún nýtist ekki sem skildi. Þannig benti til dæmis rannsókn Schei, Muus og Moen (1995) til þess að ein af hverjum tíu konum sem verða fyrir kynferðisofbeldi leiti sér hjálpar og rannsókn Resnick o.fl. (2000) til þess að ein af hverjum fimm fullorðnu konum sem verða fyrir kynferðisofbeldi hljóti viðeigandi meðferð eftir nauðgun. Þær niðurstöður sem fyrir liggja á Íslandi og á hinum Norðulöndunum benda einnig til þess að einungis hluti þeirra sem verði fyrir kynferðisofbeldi leiti á neyðarmóttökur. Nesvold, Friis og Ormstad (2008) komust að þeirri niðurstöðu að 4-7% þolenda kynferðisofbeldis á aldrinum 24-55 leiti til neyðarmóttöku kynferðisofbeldis í Osló. Í rannsókn Nesvold, Worm, Vala og Agnarsdóttir (2005) kom jafnframt fram að einungis um 0,2-0,25% 18-25 ára kvenna í Reykjavík og í Osló leituðu til Neyðarmóttöku fyrir kynferðisofbeldi þrátt fyrir að niðurstöður faraldsfræðilegra

rannsókna bendi til þess að mun fleiri konur á þessum aldri verið fyrir kynferðislegu ofbeldi á ári hverju. Þær niðurstöður sem fyrir liggja benda því til þess að lítil hluti þeirra sem verða fyrir kynferðisofbeldi leiti sér hjálpar og á þar til gerðar neyðarmóttökur. Það vantar hins vegar frekari upplýsingar hvernig síkar neyðarmóttökur nýtast og sú þjónusta sem þar er í boði. Markmiðið með þessu verkefni er að kanna hvernig sú sálfræðiþjónusta sem er í boði fyrir þolendur kynferðisofbeldis á höfuðborgarsvæðinu er nýtt. Áður en rannsókninni og niðurstöðum hennar verður lýst verður gerð grein fyrir skilgreiningum á kynferðisofbeldi og tíðni og afleiðingum þess lýst. Einnig verður þróun þjónustu við þolendur kynferðisofbeldis síðustu 50 árin lýst og tilkomu og þjónustu Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Landspítala lýst. Loks verður sálfræðiþjónustu Neyðarmóttökunnar lýst sérstaklega.

## **Skilgreiningar á kynferðisofbeldi**

Ljóst er að kynferðisofbeldi er alvarlegt vandamál en nauðsynlegt er að glöggva sig á því hvað átt er við með kynferðisofbeldi. Finna má margar mismunandi skilgreiningar á kynferðisofbeldi í rannsóknum og ólíka flokkun á því hvers konar athafnir teljast kynferðisofbeldi. Með vaxandi þekkingu hefur þó verið lögð áhersla á lýsandi skilgreiningar sem hluta ofbeldið nákvæmlega niður í þær athafnir sem undir það falla. Það er talið mikilvægt að nota nákvæmar atferlislýsingar og því nákvæmari sem þær eru því betra. Með því að nota nákvæmar atferlislýsingar í stað hugtaka eins og nauðgun er líklegra að það komi fram hvort viðkomandi hefur orðið fyrir kynferðisofbeldi þó að hann skilgreini það ekki sjálfur sem nauðgun (Kilpatrick o.fl., 2003). Með þessum hætti eru meiri líkur á því að ljóst sé um hvað verið er að tala og til hvers tíðnitölur eru að vísa. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur gefið út ítarlega skilgreiningu sem oft er notuð. Hún er eftirfarandi:

Allar kynferðislegar athafnir, tilraunir til að koma á kynferðislegri athöfn, óvelkomnar kynferðislegar athugasemdir eða þreifingar, eða athafnir til að versla með kynlíf eða annað sem beint er gegn kynferði einstaklings með þvingun, framkvæmt af hverjum sem er óháð tengslum við þolanda, í öllum aðstæðum, þar með talið á heimili og vinnustað. (Krug o.fl., 2002, bls. 149).

Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni getur þvingun til kynferðislegra athafna verið mismunandi. Til að mynda getur hún verið líkamleg eða andleg ógnun, fjárkúgun eða annars konar hótun. Þvingun getur einnig falið í sér misnotkun á skertu vitundarástandi þolanda, til dæmis þegar þolandi er undir áhrifum áfengis, lyfja eða annarra vímuefna, sofandi eða þroskaskertur (Krug o.fl., 2002). Samkvæmt Velferðarráðuneyti Íslands er kynferðisofbeldi skilgreint á eftirfarandi hátt:

Allt kynferðislegt samneyti frá káfi yfir í samfarir hvort sem um er að ræða kynfæramök, munnmök eða í endaparm - allt frá því að gerast einu sinni yfir í að standa yfir í mörg ár – allt frá því að vera leyndarmál milli geranda og þolanda yfir í klámiðnað. Gerandi getur verið á öllum aldri, af báðum kynjum og allt frá því að vera nátengdur þolandanum yfir í að vera alls ókunnur. Þolandi getur verið á öllum aldri og af báðum kynjum. (Velferðarráðuneytið, 1998, kafli. 5.5.1).

Enn nákvæmari atferlislýsingar eru þó oft notaðar í rannsóknum og í spurningalista (*Norvold abuse questionnaire*) sem notaður var í samnorænni rannsókn sem Ísland var hluti af má finna mjög nákvæmar atferlislýsingar (Wijma o.fl., 2003). Þar er kynferðisofbeldi skilgreint eftir fjórum alvarleikastigum, frá vægu ofbeldi án kynfærasnertingar til alvarlegs ofbeldis með innþrenginu. Svipuð skipting kemur frá *National Institute of Justice* í Bandaríkjunum sem skiptir kynferðisofbeldi í nauðgun, nauðgunartilraun, kynferðisleg þvingun, tilraun til kynferðislegrar þvingunar, kynferðisleg snerting með valdi eða hótun um vald, kynferðislega snertingu án valds, tilraun til kynferðislegrar snertingar með valdi eða hótun um vald, tilraun til kynferðislegrar snertingar án valds, hótun um nauðgun, hótun um kynferðislega snertingu með valdi eða hótun um vald, hótun um innþrengingu án valds og hótun um kynferðislega snertingu án valds (Fisher, Cullen og Turner, 2000). Sérstaklega kemur fram hvað átt er við með innþrengingu annarsvegar og kynferðislegri snertingu hins vegar. Innþrenging (*e. penetration*) nær yfir eftirfarandi athafnir: „Getnaðarlimur-leggöng, munnur á kynfærum þínum, munnur á kynfærum annars aðila, getnaðarlimur-endaparmur, fingur-leggöng, fingur-endaparmur, hlutur-leggöng og hlutur-endaparmur.” (Fisher, Cullen og Turner, 2000, bls.8). Kynferðisleg snerting (*e. sexual contact*) felur í sér eftirfarandi athafnir: „Snerta, grípa í eða

gæla við brjóst, rass eða kynfæri, annað hvort undir eða yfir fötum þínum; kyssa, sleikja eða sjúga; eða önnur form óvelkominnar kynferðislegrar snertingar.” (Fisher, Cullen og Turner, 2000, bls.8). Hver og ein athöfn er svo skilgreind á einfaldan og skýran hátt þar sem búið er að skilgreina þessi meginhugtök. Til dæmis er nauðgun skilgreind sem „óvelkomin innþrenging með valdi eða hótun um vald.” (Fisher, Cullen og Turner, 2000, bls.8). Þegar niðurstöður rannsókna eru skoðaðar er mikilvægt að hafa í huga hvaða skilgreiningu er notast við hverju sinni. Þannig er til dæmis hætta á vanmati á tíðni vandans þegar einungis er spurt um nauðgun en ekki notast við nákvæmari atferlislýsingar (Kilpatrick o.fl., 2003).

### **Tíðni kynferðisofbeldis**

*Tíðni samkvæmt íslenskum rannsóknum.* Fáar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar um tíðni kynferðisofbeldis á Íslandi. Þær rannsóknir sem til eru benda til þess að tíðni kynferðisofbeldis sé sambærileg eða heldur hærri en það sem erlendar rannsóknir gefa til kynna. Nýjustu tölur eru úr rannsókn sem Rannsóknarstofnun í barna og fjölskylduvernd vann fyrir Félags- og tryggingamálaráðuneytið árið 2008. Niðurstöðurnar byggja á símakönnun um reynslu af ofbeldi þar sem tekið var 3000 manna slembiúrtak meðal kvenna úr þjóðskrá á aldrinum 18-80 ára. Svarhlutfallið var mjög gott en 2050 konur svöruðu könnuninni eða 68% úrtaksins. Niðurstöður rannsóknarinnar voru að um 24% svarenda hafði orðið fyrir kynferðisofbeldi einhvern tímann eftir 16 ára aldur og að 2% kvennanna hafði orðið fyrir kynferðisofbeldi á síðustu 12 mánuðum. Af þeim sem tóku þátt höfðu 7% verið þvingað til samfara með ofbeldi eða hótun, 8,5% höfðu lent í tilraun til samfara með ofbeldi eða hótun, 4,2% kvennanna hafði verið þvingað eða reynt að þvinga til kynlífs með öðrum, 15,5% hafði lent í kynferðislegri snertingu sem olli vanlíðan og 2,4% hafði lent í öðru kynferðisofbeldi (Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds, 2010). Í alþjóðlegri símakönnun sem framkvæmd var árið 2005 sögðust tæplega 6% þeirra 1900 Íslendinga sem tóku þátt hafa lent í

kynferðisbroti á árunum 2000-2004. Hlutfall kvenna sem hafði lent í kynferðisbroti á þessum árum var þó hærra eða 9%, þar af hafði um helmingur orðið fyrir nauðgun, nauðgunartilraun eða grófri kynferðislegri áreitni (Rannveig Þórisdóttir, Helgi Gunnlaugsson og Vilborg Magnúsdóttir, 2005). Niðurstöður samnorrænnar rannsóknar sem gerð var til þess að meta tíðni andlegs, líkamlegs og kynferðislegs ofbeldis hjá konum sem leituðu til kvensjúkdómalækna á Norðurlöndunum á árunum 1999-2001 benti hins vegar til þess að jafnvel enn fleiri konur verði fyrir kynferðisofbeldi á Íslandi. Rannsóknin sýndi að 33% þátttakenda á Íslandi höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni. Meirihluti kvennanna (22,4%) greindi frá alvarlegu kynferðisofbeldi og 10,4% greindu frá að hafa upplifað kynferðisofbeldi fyrir 18 ára aldur. Þessar tölur eru töluvert hærri en á hinum Norðurlöndunum en þar var hlutfall þeirra kvenna sem lent höfðu í kynferðisofbeldi á bilinu 16,6 til 26,9% (Wijma o.fl., 2003). Þó ber að hafa í huga að rannsóknir hafa sýnt að kynheilbrigðisvandí er algengari meðal þolenda kynferðisofbeldis og þeir því líklegri til að leita til kvensjúkdómalækna en konur sem ekki hafa orðið fyrir slíku ofbeldi. Af þessum sökum er því varhugavert að draga almennar ályktanir af rannsókninni (Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz, E. og Kaniasty, 2002).

*Tíðni samkvæmt erlendum rannsóknum.* Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin bendir á að í flestum löndum skorti rannsóknir á tíðni kynferðisofbeldis. Þær rannsóknir sem gerðar hafa verið eru þó flestar frá Bandaríkjunum, Ástralíu, Bretlandi, Norðurlöndunum og öðrum Evrópulöndum og benda til þess að í sumum löndum verði næstum ein af hverjum fjórum konum fyrir kynferðisofbeldi og að allt að ein af hverjum þremur stúlkum á táningsaldri segja sína fyrstu kynlífsreynslu vera þvingaða (Krug o.fl., 2002). Í úttekt frá árinu 2010 á ofbeldi gagnvart konum í Bandaríkjunum kom í ljós að 18,3% bandarískra kvenna hafði orðið fyrir kynferðisofbeldi einhvern tíman á lífsleiðinni. Það kom í ljós að algengast var að konur hefðu

orðið fyrir alvarlegu kynferðisofbeldi með þvingaðri innþrengingu (12,3%). Um það bil 5% kvennanna hafði orðið fyrir tilraun til þvingaðrar innþrengingar og 8% hafði orðið fyrir þvingaðri innþrengingu tengt áfengis eða vímuefnaneyslu. Eitt prósent kvennanna sagðist hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi á síðustu 12 mánuðum (Black o.fl., 2011). Þetta eru sambærilegar niðurstöður og í yfirgripsmikilli símakönnun þar sem spurt var út í reynslu fólks af ofbeldi í Bandaríkjunum árin 1995 og 1996. Þátttakendur voru um 16 þúsund manns á aldrinum 18 til 80 ára af báðum kynjum. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að 17,6% kvenna og 3% karla sögðust hafa orðið fyrir nauðgun eða tilraun til nauðgunar einhvern tímann á lífsleiðinni. Þegar tíðnitölum um nauðgun og nauðgunartilraun er skipt niður sést að 14,8% kvenna og 2,1% karla hafði orðið fyrir nauðgun og 2,8% kvenna og 0,9% karla fyrir tilraun til nauðgunar (Tjaden og Thoennes, 1998). Í úttekt Tjaden og Thoennes (2000) á ofbeldi í nánnum samböndum kom jafnframt í ljós að 7,7% kvenna hafði verið nauðgað af maka sínum.

Rannsóknir sem gerðar hafa verið í Evrópu benda einnig til þess að stór hluti kvenna verði fyrir kynferðislofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni. Í sænskri úttekt á ofbeldi sem konur verða fyrir af hendi karlanna kom til að mynda í ljós að ein af hverjum þremur konum (34%) hafði upplifað kynferðisofbeldi að minnsta kosti einu sinni eftir 15 ára aldur og 7% kvennanna hafði upplifað kynferðisofbeldi á síðustu 12 mánuðum (Lundgren, Heimer, Westerstrand og Kalliokoski, 2002). Í samskonar finnskri úttekt á ofbeldi sem konur verða fyrir af hendi karlanna kom í ljós að 17% kvenna hafði orðið fyrir kynferðisofbeldi eða hótunum um kynferðisofbeldi af hendi ókunnugra eða kunningja, 6% hafði orðið fyrir kynferðisofbeldi eða hótunum um kynferðisofbeldi af hendi núverandi maka og 19% hafði orðið fyrir kynferðisofbeldi eða hótunum um kynferðisofbeldi af hendi fyrrverandi maka (Heiskanen og Piispa, 1998). Hafa ber í huga þegar þessar tölur eru skoðaðar að sumar kvennanna höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi af hendi margra aðila og því er tíðnin hærrí en fjöldi þolenda í rannsókninni. Niðurstöður úr rannsókn á eðli og tíðni nauðgana og



kynferðisofbeldis í Bretlandi og Wales benda hins vegar til heldur lægri tíðni

kynferðisofbeldis. Í könnun á afbrotum frá árinu 2000 þar sem þátttakendur voru 6944 konur á aldrinum 16 til 59 ára kom í ljós að 9,7% þátttakenda sagðist hafa upplifað kynferðisofbeldi að minnsta kosti einu sinni eftir 16 ára aldur og að 4,9% hafði orðið fyrir nauðgun (þvingaðri innþrengingu í leggöng eða endaparm) eftir 16 ára aldur (Myhill og Allen, 2002).

*Tíðni meðal barna og unglinga.* Kynferðisofbeldi er einnig algengt meðal barna og unglinga.

Í könnun sem gerð var árið 2004 meðal 9085, 16-19 ára nemenda í öllum framhaldsskólum á Íslandi kom fram að 35,7% stúlkna sögðust hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi fyrir 18 ára aldur. Þar af nefndu 7,9% kynferðismök gegn vilja sínum og 25,1% káf á líkama eða kynfærum gegn vilja (Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, 2011). Í víðtækri könnun á líðan og hegðun unglinga á aldrinum 12-17 ára í Bandaríkjunum kom í ljós að 8.1% þátttakenda sagði frá því að hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi að minnsta kosti einu sinni á lífsleiðinni. Talsvert fleiri stúlkur en drengir greindu frá því að hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi en 13% stúlkna hafði orðið fyrir kynferðisofbeldi en 3,4% drengja (Kilpatrick, Saunders og Smith, 2003). Aldur er jafnframt áhættuþáttur varðandi það að verða fyrir kynferðisofbeldi. Yngri konum virðist mun hættara við að verða fyrir kynferðisofbeldi en þeim sem eldri eru. Til að mynda var meirihluti (68,8%) af þeim 1153 sem leitað hafði til Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Landspítala Íslands á árunum 1998 til 2008 yngri en 25 ára (Gisladóttir o.fl., 2011). Í úttekt frá árinu 2010 á ofbeldi gagnvart konum í Bandaríkjunum kom í ljós að meira en helmingur (54%) þátttakenda sem lent höfðu í kynferðisofbeldi voru yngri en 18 ára þegar þeir urðu fyrst fyrir kynferðisofbeldi (Tjaden og Thoennes, 2000). Rannsóknir hafa jafnframt bent til þess að meiri líkur séu á því að konur sem verða fyrir kynferðisofbeldi á barnsaldri verði fyrir kynferðisofbeldi á fullorðinsárum. Þannig komust Tjaden og Thoennes (2000) að því að 18% kvenna sem sagði frá því að hafa verið nauðgað fyrir 18 ára aldur sagði

frá því að hafa einnig verið nauðgað eftir 18 ára aldur samanborið við 9% þeirra sem sögðu að þeim hafi ekki verið nauðgað fyrir 18 ára aldur. Auk aldurs benda rannsóknir til þess að þeir sem eru með fyrri áfallasögu, þeir sem hafa sögu um misnotkun áfengis og fíkniefna og standa illa félagslega eigi það frekar á hættu en aðrir að verða fyrir kynferðisofbeldi (Holmes, Resnick og Frampton, 1998).

Erfitt er að setja fram nákvæmar tölur um hversu algengt kynferðisofbeldi er þar sem talið er að aðeins hluti þolenda greini frá reynslu sinni. Fyrrgreindar rannsóknir renna þó stoðum undir tölur frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni um að í sumum löndum verið allt að því fjórða hver kona fyrir kynferðisofbeldi af hendi maka síns og að allt að því þriðja hver kona verði fyrir kynferðisofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni (Krug o.fl., 2002).

### **Afleiðingar kynferðisofbeldis**

Kynferðisofbeldi getur haft í för með sér alvarlegar afleiðingar og getur meðal annars haft áhrif á líkamlega heilsu, geðheilbrigði, hegðun og notkun á heilbrigðisþjónustu þolenda (Holmes o.fl., 1998). Þolendur kynferðisofbeldis hljóta oft líkamlega áverka sem valdið geta vandkvæðum en auk þess er kynferðisofbeldi tengt við aukna hættu á kynsjúkdómum og kynferðislegum vandamálum (Krug o.fl., 2002). Áhrif á geðheilbrigði geta líka verið mikil og samanborið við konur sem ekki eru þolendur kynferðisofbeldis er þolendum þess marktækt hættara við að glíma við geðræn vandamál eins og áfallastreituröskun, þunglyndi, misnotkun áfengis og fíkniefna og aðrar kvíðaraskanir (Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders og Best, 1997; Kilpatrick o.fl., 2003). Áfallastreituröskun er algeng afleiðing kynferðisofbeldis og hafa faraldsfræðilegar rannsóknir sýnt að um það bil helmingur þolenda nauðgunar greinast með áfallastreituröskun í kjölfarið (Resnick o.fl., 1993). Rannsóknir benda einnig til þess að þolendum nauðgunar eða alvarlegs kynferðisofbeldis sé hættara við að fá áfallastreituröskun en þolendum annars konar áfalla (Resnick o.fl., 1993).

Áfallastreituröskun felur í sér að tiltekin einkenni þróast í kjölfar áfalls þar sem einstaklingur upplifir eða verður vitni að atburði sem ógnaði lífi og/eða olli alvarlegum áverka, að einstaklingi sé misboðið eða líkami hans vanvirtur. Auk þess veldur atburðurinn sálrænum viðbrögðum sem fela í sér ofsaótt, hjálparleysi eða hrylling (Kilpatrick o.fl., 2003)..

Fjölmarginir atburðir geta valdið áfalli og þar á meðal eru ýmsar tegundir kynferðisofbeldis (APA, 2000). Einkennum áfallastreituröskunar er oftast skipt í þrjá flokka. Í fyrsta flokknum eru einkenni sem fela í sér endurupplifun áfallsins, en þau fela í sér óþægilegar og uppáþrengjandi minningar og martraðir um atburðinn og mikla sálræna vanlíðan eða líkamleg viðbrögð þegar eitthvað minnir á atburðinn. Í öðrum flokknum eru einkenni sem fela í sér flóttu frá hugsunum og atburðum tengdum áfallinu eða tilfinningadofi. Þessi einkenni birtast þannig að þolandinn reynir að hugsa ekki eða tala ekki um það sem gerðist eða að forðast staði eða fólk sem minnir á atburðinn (APA, 2000). Í þriðja flokknum eru einkenni ofurárvekni sem fela í sér að einstaklingi líður stöðugt eins og hann verði að vera tilbúinn til að berjast eða flýja, en slík viðbrögð líkjast gjarnan þeim líkamlegu viðbrögðum sem fólk upplifir þegar áfallið átti sér stað. Þegar umhverfið þykir hættulaust og einstaklingur er stöðugt í viðbragðsstöðu og tilbúinn að bregðast við nýjum hættum geta þessi viðbrögð truflað daglega virkni verulega og leitt til ofþreytu. Eins geta einkenni ofurárvekni birst sem svefnvandi, píringur, reiðiköst og einbeitingarerfiðleikar (APA, 2000).

Einkenni áfallastreituröskunar geta verið áberandi hjá þolendum strax í kjölfar áfalls en oft dregur úr einkennum á fyrstu vikunum eftir áfall og þolendur ná bata án nokkurar meðferðar (Valentiner, Foa, Riggs og Gershuny, 1996). Það er þó talsvert stórt hlutfall þolenda kynferðisofbeldis sem hafa viðvarandi einkenni áfallastreituröskunar þegar langt er liðið frá áfalli. Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock og Walsh (1992) fundu til að mynda að 94% þolenda nauðgunar sem tilkynntu glæpin til yfirvalda mættu greiningarskilmerkjum fyrir áfallastreituröskun tveimur vikum eftir atburð og um 50% héldu áfram að mæta

greiningarskilmerkjum þremur mánuðum síðar. Roy-Byrne o.fl. (2004) komust að því að af 46 konum sem leitað höfðu til neyðarmóttöku kynferðisofbeldis í Harborview Medical Center í Seattle á árunum 2000-2001 náðu 56% greiningarskilmerkjum fyrir áfallastreituröskun einum mánuði og einnig þremur mánuðum eftir komu á neyðarmóttökuna. Einkenni áfallastreituröskunar geta einnig verið til staðar mörgum árum eftir að áfall á sér stað. Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best og Von (1987) komust að því að 16,5% þolenda nauðgunar sýndu merki um röskunina 17 árum eftir að nauðgunin átti sér stað.

Þolendum kynferðisofbeldis er hættara við að þjást einnig af að minnsta kosti einni annarri geðröskun, eins og alvarlegu þunglyndi, kvíða eða áfengis- og lyfjamisnotkun, en þeim sem ekki eru þolendur kynferðisofbeldis. Þannig fundu Frank og Stewart (1984) til að mynda að um það bil 43% þolendur nauðgunar mættu greiningarskilmerkjum fyrir þunglyndi innan eins mánaðar frá atburði. Shalev o.fl. (1998) komust að því að 30% þolenda náðu greiningarskilmerkjum fyrir áfallastreituröskun einum mánuði eftir atburð og 17,5% fjórum mánuðum eftir atburðinn. Meðal þeirra sem greindust með áfallastreituröskun náðu rúmlega 40% þeirra einnig greiningarskilmerkjum fyrir þunglyndi á hverjum tímapunkti. Hætta á sjálfsvígum er einnig stóraukin meðal þolenda kynferðisofbeldis. Þannig greindu til að mynda 12-25% þeirra sem leituðu til Stígamóta á árunum 2004-2008 frá að minnsta kosti einni sjálfsvígstilraun eftir atburðinn (Stígamót, 2008). Kynferðisofbeldi getur einnig haft neikvæð áhrif á líkamlegt heilsufar og haft mikil áhrif á hugsun og viðhorf þolenda gagnvart sjálfum sér og öðru fólki og umheiminum sem valdið geta vandkvæðum (Ehlers og Clark, 2000).

## **Þjónusta við þolendur**

Stóraukin skilningur á alvarlegum afleiðingum kynferðisofbeldis hefur leitt til þess að stofnaðar hafa verið sérstakar móttökur fyrir þolendur kynferðisofbeldis víða um heim (Krug o.fl., 2002). Ljóst er að þolendur þurfa fjölbætta þjónustu og fyrir árið 1970 þurftu þolendur

að leita eftir þjónustu á mörgum mismunandi stöðum. Snemma á áttunda áratugnum urðu hins vegar kaflaskipti í því hvernig álitid var vænlegast að aðstoða þolendur kynferðisofbeldis í Bandaríkjunum. Skilningur varð á því að það væri ekki æskilegt að þolendur þyrftu að leita sér hjálpar á mismunandi stofnunum á mismunandi stöðum. Æskilegra væri að um miðlæga þjónustu væri að ræða þar sem þolendur gætu nálgast sérfræðinga á ólíkum sviðum á sama staðnum (Bramsen, Elklit og Hjort Nielsen, 2009). Fyrsta slíka miðlæga neyðarmóttaka kynferðisofbeldis var stofnsett á neyðarmóttöku Boston City Hospital árið 1972 (Burgess og Holmstrom, 1973). Teymið í Boston hafði mikil áhrif á það hvernig staðið var að aðstoð við þolendur á komandi árum í Bandaríkjunum. Árið 1990 kom San Diego County Sexual Assault Response Team (SART) módelið svo til sögunnar og hefur það haft mikil áhrif á skipulagningu þjónustu við þolendur kynferðisofbeldis víða um heim. SART módelið hefur tvenns konar markmið að leiðarljósi. Í fyrsta lagi að bæta skipulag þjónustu við þolendur kynferðisofbeldis með því að veita nærgætna, markvissa og þverfaglega þjónustu. Í öðru lagi að tryggja nákvæma öflun sönnunargagna til þess að auka líkurnar á að hægt sé að sakfella gerendur (San Diego County Sexual Assault Response Team, 2001). Til þess að tryggja þessi markmið SART módelisins eru lagðar til vinnureglur fyrir alla aðila sem koma að þjónustu við þolendur kynferðisofbeldis þar sem hlutverk allra aðila er skilgreint. Þessar vinnureglur taka til þess hvenær og hvernig læknisskoðanir skulu fara fram, hversu aðgengilegar slíkar skoðanir skulu vera, hver kostnaður á að vera fyrir þolendur, hvernig beri að ákæra og hvernig samskipti skulu vera á milli þeirra sem veita þolendum þjónustu. Lögð er áhersla á að þjónustan skuli vera miðuð að þörfum þolenda kynferðisofbeldis en ekki þeirra aðila sem koma að þjónustunni. Bent er á að æskilegt sé að stuttur tími líði á milli þess að þolendur segja frá kynferðisofbeldi þar til læknisskoðun fer fram. Til þess að tryggja það þarf þjónustan að vera á einum ákveðnum stað í samfélaginu en ekki mismunandi stöðum. Gott samstarf og samskipti þurfa jafnframt að vera á milli lögreglu og annarra aðila sem koma að þjónustunni. Í

leiðbeiningunum er einnig lögð áhersla á friðhelgi einkalífs þeirra sem þjónustunnar njóta. Friðhelgina þarf að tryggja meðal annars með því að hafa neyðarmóttöku kynferðisofbeldis aðskilda frá annarri bráðamóttöku, bæði biðherbergi og skoðunarherbergi. Tryggja ber að allir þeir aðilar sem koma að þjónustunni hafi fengið sérstaka þjálfun í samskiptum við þolendur. Slík þjálfun sé nauðsynleg til þess að þolendum sé sýnd nærgætni þannig að þeir haldi sjálfsvirðingu sinni, hægt sé að takmarka sjálfsásökun og veita viðeigandi stuðning varðandi kærufarli. Nauðsynlegt er að þolendur finni fyrir hlýju og vinsemd við komu á neyðarmóttöku og að tryggt sé að þeir fái viðeigandi stuðning í framhaldinu. Þannig skuli þolendum vísað í áfallahjálp og sálfræðiþjónustu sem einnig er veitt innan neyðarmóttökunnar. Bent er á að halda skuli áfram að þróa slíka þjónustu og að endurskoða þurfti þjónustuna á ári hverju. Módelið leggur til vinnulagsreglur fyrir þær ólíku starfsstéttir sem koma að þjónustunni. Í fyrsta lagi fyrir vinnulag lögreglu sem sinnir móttöku þolenda, rannsókn mála og öflun sönnunargagna. Í öðru lagi fyrir heilbrigðisstarfsfólk sem sinnir móttöku þolenda og söfnun sönnunargagna og í þriðja lagi fyrir starfsfólk sem sinnir áfallahjálp, eftirfylgd og félags- og sálfræðiþjónustu. Einnig er lagt til hvernig réttargæslu þolenda skuli sinnt. Auk þess eru leiðbeiningar varðandi hvar þjónustan skal fara fram og þá aðstöðu sem þar ber að vera (San Diego County Sexual Assault Response Team, 2001).

Markmiðið með samhæftri þjónustu líkt og SART módelið gerir ráð fyrir er að tryggja að þolendum kynferðisofbeldis þyki það vænlegur kostur að leita sér hjálpar í kjölfar áfallsins. Þolendur þurfi ekki að hafa mikið fyrir því að leita sér hjálpar með því að þurfa að fara á marga ólíka staði þar sem þeir sem þjónustuna veita hafi jafnvel ekki þá þekkingu sem þarf til að veita þann stuðning sem að nauðsynlegur er (Campell og Ahrens, 1998). Ljóst þykir að sú nálgun að samhæfa þjónustu líkt og gert hefur verið í San Diego sé til góða fyrir þolendur kynferðisofbeldis. Í rannsókn Campell (1998) þar sem gerð var úttekt á 22 samfélögum í Bandaríkjunum sem sett höfðu á laggirnar sérhæfða þjónustu við þolendur kynferðisofbeldis

kom til að mynda í ljós að þessi þjónusta hjálpaði þolendum að fá þá aðstoð sem þeir þurftu á að halda. Í úttekt Campell og Ahrens (1998) kom jafnframt í ljós að samhæfing þjónustu auðveldar sérfræðingum að veita þolendum viðeigandi þjónustu og vinna að því að gerendur séu gerðir ábyrgir gerða sinna.

Aukin þekking á afleiðingum kynferðisofbeldis og reynsla af stofnun miðlægrar þjónustu fyrir þolendur kynferðisofbeldis hefur leitt til þess að neyðarmóttökur fyrir þolendur hafa verið stofnaðar víða um heim. Á Norðurlöndunum hafa slíkar neyðarmóttökur verið stofnaðar með SART módelið að leiðarljósi (Bramsen o.fl., 2009). Þessar móttökur eru ólíkar í uppbyggingu en hafa þó flestar verið skipulagðar innan spítala eða annarra heilbrigðisstofnana til þess að bregðast sem best við þörfum þolenda kynferðisofbeldis og veita þeim sem víðtækasta þjónustu. Hjá þessum neyðarmóttökum starfa teymi hjúkrunarfræðinga, lækna, félagsráðgjafa og sálfræðinga. Móttökurnar veita flestar gjaldfrjálsa þjónustu allan sólarhringinn þar sem bæði er veitt skammtímaþjónusta eins og lækni skoðun og sálrænn stuðningur en jafnframt langtímaþjónusta eins og eftirfylgd hjá lækni eða hjúkrunarfræðingi og áfallahjálp og sálfræðiþjónusta (Nesvold o.fl., 2005).

Fyrsta neyðarmóttakan fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Norðurlöndunum var stofnuð í Osló í Noregi árið 1986 (Nesvold o.fl., 2005). Neyðarmóttaka fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Íslandi var opnuð á Landspítala Fossvogi árið 1993 að fyrirmynd neyðarmóttökunnar í Osló en henni verða gerð skil í sérstökum kafla síðar. Í kjölfarið á neyðarmóttökum í Osló og Reykjavík opnuðu fyrstu neyðarmóttökurnar í Svíþjóð árið 1995 og í Danmörku árið 1999. Markmið þessara neyðarmóttaka er að viðeigandi sérfræðingar séu staðsettir á sama stað til þess að koma í veg fyrir frekari skaða þolenda, auka bjargráð og aðlögun eftir kynferðisofbeldi og tryggja aukna þekkingu á afleiðingum kynferðisofbeldis með rannsóknum. Auk þess er markmið að þjónustan sé vel þekkt meðal almennings og að auka forvarnir gegn kynferðisofbeldi (Bramsen o.fl., 2009).

Lítið er vitað um það hvernig þjónustunýting á neyðarmóttökum fyrir þolendur kynferðisofbeldis er. Þær fáu rannsóknir sem gerðar hafa verið á þjónustupörf og þjónustunýtingu þolenda kynferðisofbeldis benda til þess að mikil þörf sé á geðheilbrigðisþjónustu fyrir þennan hóp. Í rannsókn Holmes o.fl. (1998) kom til að mynda fram í eftirfylgd á þolendum kynferðisofbeldis sem leitað höfðu á neyðarmóttökur kynferðisofbeldis að 44,3% þolenda hafði hitt ráðgjafa eða sálfræðing frá því þeir komu á neyðarmóttöku. Hins vegar, lýstu 54,1% að þeir hefðu áhuga á eða þörf fyrir að hitta sérfræðing til að hjálpa sér að komast yfir áfallið. Það kom jafnframt fram að 36,9% óskuðu ekki eftir ráðgjöf. Rannsóknir sem skoðað hafa þjónustunýtingu þolenda glæpa almennt benda til þess að einungis lítil hluti þeirra sem verða fyrir árásum sæki sér geðheilbrigðisþjónustu en að þolendur kynferðisofbeldis séu langtum líklegri til að leita sér aðstoðar en þolendur annarra glæpa. Í rannsókn Freddy, Resnick, Kilpatrick, Dansky og Tidwell (1994) kom til að mynda í ljós að einungis 27% þolenda glæpa hafði hlotið ráðgjöf sálfræðings en 63% þolenda kynferðisofbeldis hafði hins vegar hlotið ráðgjöf sálfræðings.

### **Neyðarmóttaka fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Landspítala í Fossvogi**

Neyðarmóttaka fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Landspítala í Fossvogi var stofnuð árið 1993 í kjölfar tillögu nefndar sem stofnuð var af dómsmálaráðuneytinu til að kanna hvernig rannsókn og meðferð nauðgunarmála á Íslandi væri háttáð. Nefndin gerði tillögu um samræmda og markvissa þjónustu og aðstoð við þolendur kynferðisbrota, líkamsárása og annarra ofbeldisbrota á sérstakri neyðarmóttöku í stað þeirrar ófullkomnu og lítt samræmdu þjónustu sem þá var fyrir hendi á Íslandi. Tilgangur þjónustunnar hefur frá upphafi verið að veita þolendum heildræna bráðaþjónustu, aðhlyningu og stuðning í kjölfar kynferðisofbeldis (Guðrún Agnarsdóttir og Eyrún B. Jónsdóttir, 2011). Þjónustan á Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Landspítala Fossvogi er opin allan sólahringinn alla daga



vikunnar. Öll þjónusta Neyðarmóttökunnar er endurgjaldslaus og felur meðal annars í sér viðtal og mat hjúkrunarfræðings, læknisskoðun og réttarlæknisskoðun, lögfræðiaðstoð sé þess óskað og áfallahjálpi og sálfræðiþjónustu. Þjónustan er veitt af hópi sérstaklega þjálfaðs starfsfólks sem kemur á vettvang þegar á þarf að halda. Leitast hefur verið við að gera þjónustuna vel þekkt meðal almennings og aðgengilega fyrir alla sem orðið hafa fyrir kynferðisofbeldi. Þjónustan er veitt óháð því hvort þolandi hafi leitað til lögreglu og sönnunargögnum er safnað óháð því hvort þolendur hafa tekið ákvörðun um hvort þeir munu kæra málið. Friðhelgi einkalífs þolenda er sérstaklega gætt og gögn þjónustunnar eru ekki aðgengileg neinum utan Neyðarmóttökunnar (Gísladóttir o.fl., 2011).

*Komur á Neyðarmóttöku.* Frá opnun Neyðarmóttökunnar 8. mars 1993 til ársloka 2009 hafði starfsfólk móttökunnar sinnt 1813 málum. Langflestir þeirra sem leita til neyðarmóttökunnar eru íslenskir og búsettir á höfuðborgarsvæðinu. Fjöldi koma á ári hverju á þessum árum hefur verið breytilegur en komum hefur jafnt og þétt fjölgað og voru 130 árið 2009. Mikill meirihluti þeirra sem leitar til Neyðarmóttökunnar eru konur en á árunum 1993 til ársloka 2009 voru tæp 97% skjólstæðinga Neyðarmóttökunnar konur. Aldursdreifing þeirra sem leituðu á Neyðarmóttökuna á þessum árum var frá 10 til 78 ára en um tveir þriðju voru yngri en 25 ára. Algengasti vettvangur brota er heimahús en brot eru einnig framin í húsasundum, í bifreiðum, úti á víðavang, á útihátíðum og á skemmtistöðum eða fyrir utan þá. Gerendur eru í langflestum tilvikum karlmenn og í rannsókn Agnesar Bjargar Tryggvadóttur o.fl. (2009) kom í ljós að flestir gerendur (53,8%) voru vinir, kunningjar eða vinnufélagar þolenda en 46,2% voru ókunnugir þolendum eða höfðu þekkt þolanda innan við 24 klukkustundir áður en kynferðisofbeldi átti sér stað. Gerendur voru oftast einir að verki en á árunum 2003-2007 voru gerendur tveir eða fleiri í 18,9% tilfella (Gísladóttir o.fl., 2011).

Flestir leita til Neyðarmóttökunnar innan nokkurra daga frá því að ofbeldi á sér stað en frá upphafi hefur rúmlega helmingur þolenda komið á Neyðarmóttöku innan sólahrings frá því að brot var framið og um tveir þriðju innan einnar viku (Guðrún Agnarsdóttir og Eyrún B. Jónsdóttir, 2011). Meirhluti leitar á Neyðarmóttökuna vegna alvarlegs kynferðisofbeldis, það er nauðgunar af einhverju tagi. Þrjár rannsóknir hafa verið gerðar á komum til Neyðarmóttökunnar og sýna þær nauðgun í 65-71,8% tilfella. Oftast er um það að ræða að getnaðarlimur er settur í leggöng. Einnig er það algengt að limur sé settur í munn eða endaparm þolanda og kynfæri brotþola sleikt eða sogin (Nesvold o.fl., 2005; Agnes Björg Tryggvadóttir, Berglind Guðmundsdótti, Jakob Smári og Eyrún Jónsdóttir, 2009 og Gísladóttir o.fl., 2011). Um 70% þolenda sem leita til Neyðarmóttökunnar hafa sjálfviljugir neytt áfengis þegar kynferðisofbeldi á sér stað en önnur vímuefnaneysla er mun sjaldgæfari. Í rannsókn Agnesar Bjargar Tryggvadóttur o.fl. (2009) kom í ljós að þolandi var í áfengisdái í eða of drukkinn til að vita hvað gerðist í 54,7% tilfella og of drukkinn til að stjórna eigin hegðun í 17,1% tilfella. Þessar niðurstöður sýna að stór hluti þeirra sem leita á Neyðarmóttökuna hafa skert vitundarástand vegna áfengisneyslu þegar kynferðisofbeldi á sér stað sem bendir til þess að gerendur misnoti í mörgum tilfellum skert vitundarástand fórnarlamba sinna. Flestir þeirra sem leita til Neyðarmóttökunnar hafa ekki sótt þjónustu þangað áður en þó höfðu 8,3% þolenda leitað þangað áður síðan móttakan opnaði árið 1993 þegar komur voru skoðaðar á árunum 2003-2007. Auk þess sögðust um 18% áður hafa verið beittir kynferðisofbeldi og 33,9% greindi frá fyrri reynslu af einhverskonar áföllum (Agnes Björg Tryggvadóttir o.fl., 2009). Þessar tölur benda til þess að einn hugsanlegur áhættuþáttur fyrir því að lenda í kynferðisofbeldi sé að hafa áður verið þolandi kynferðisofbeldis. Það er í samræmi við erlendar rannsóknir sem sýnt hafa að þolendur kynferðisofbeldis eru í aukinni áhættu fyrir að verða aftur fyrir kynferðisofbeldi (Fisher, Cullen og Turner, 2000; Krug o.fl., 2002).

*Sálfræðiþjónusta Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis.* Flestar neyðarmóttökur fyrir þolendur kynferðisofbeldis bjóða upp á sálfræðiþjónustu í framhaldi af komu og öllum þeim þolendum sem leita til Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Landspítala býðst þjónusta sálfræðings. Þjónustan sem boðið er upp á er áfallahjálp, meðferð og eftirfylgd þolenda. Sálfræðiþjónustan sem veitt er byggist á gagnreyndum aðferðum og alþjóðlegum leiðbeiningum. Annars vegar frá the National Child Traumatic Stress Network and the National Center for PTSD (NCTSN) við að meta afleiðingar áfalls og veita áfallahjálp á sem öruggastan hátt og hins vegar leiðbeiningum The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) við meðferð áfallastreituröskunar. Samkvæmt leiðbeiningum frá NCTSN er mikilvægt að áfallahjálp sé veitt innan nokkurra daga eða vikna frá atburði. Þeir sem veita aðstoðina skulu vera sveigjanlegir og byggja aðstoðina á því sem hver og einn þolandi hefur þörf fyrir. Fyrsta skrefið í áfallahjálp samkvæmt NCTSN er að hafa samband við þolendur sem vilja þiggja ráðgjöf og í framhaldinu er mikilvægt að tryggja að þolendur séu úr hættu og líðan sé bærileg. Einnig er mikilvægt að róa þolendur sem eru í miklu tilfinningalegu uppnámi og hjálpa þeim að ná áttum. Þá er mikilvægt að komast að því hverjar eru þarfir og áhyggjur þolenda og tryggja að þessum þörfum sé mætt og draga úr áhyggjum. Mikilvægt er að komast að því hvernig félagslegum stuðningi þolanda er háttáð og koma á viðeigandi stuðningi ef skortur er á honum. Þetta á við um stuðning frá fjölskyldu og vinum en einnig viðeigandi stuðning frá félagsþjónustu og öðrum stofnunum samfélagsins. Loks þarf að komast að því hvernig viðbrögðum þolanda við streitu er háttáð og hvernig bjargráð hann hefur til að takast á við erfiðar aðstæður (National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006). Sálfræðingur Neyðarmóttökunnar fylgir þessum leiðbeiningum í áfallahjálp handa þeim sem leitað hafa á Neyðarmóttökuna. Hringt er í þá þolendur sem samþykkt hafa að fá símtal frá sálfræðingi og sálfræðiþjónustan útskýrð. Í þessu símtali er jafnframt metið hver þörf og áhugi er fyrir áfallahjálp og/eða meðferð. Hafi þolandi áhuga á þjónustu

sálfræðings er honum gefinn tími og þá er áfram unnið eftir leiðbeiningum NCTSN um áfallahjálp. Sé frekari þörf á meðferð við áfallastreituröskun eftir áfallahjálpinu er unnið eftir leiðbeiningum the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) við meðferð áfallastreituröskunar. NICE gefur út leiðbeiningar um það hvaða meðferð skuli veitt við flestum geðröskunum og sjúkdómum sem byggja á niðurstöðum um hvaða aðferðir skila árangri. Þessar leiðbeiningar eru mikils metnar og notaðar víða um heim. NICE mælir með því að þegar einkenni áfallastreituröskunar eru væg og hafa ekki verið til staðar lengur en fjórar vikur eftir áfall sé í fyrstu beðið með frekari íhlutun vegna þess að bati án meðferðar eigi sér oft stað. Séu einkenni hins vegar alvarleg er mælt með því að þolendum sé boðin hugræn atferlismeðferð með áherslu á áfallið á fyrstu vikunum eftir áfall. Hafi áfallastreitueinkenni verið til staðar lengur en í fjórar vikur er mælt með hugrænni atferlismeðferð með áherslu á áfallið eða sálrænni meðferð með EMDR (*Eye movement desensitisation and reprocessing*; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005). Sálfræðingur Neyðarmóttöku fylgir þessum leiðbeiningum hafi þolandi áhuga á þjónustu sálfræðings og veitir hugræna atferlismeðferð við áfallastreituröskun séu alvarleg einkenni til staðar í fyrstu eftir áfall og þegar einkenni eru til staðar lengur en fjórum vikum eftir áfall.

Áhrif kynferðisofbeldis á geðheilsu þolenda geta verið mikil og alvarleg og þess vegna hefur verið talið nauðsynlegt að veita skjólstæðingum Neyðarmóttökunnar endurgjaldslausu sálfræðiþjónustu. Lítið er hins vegar vitað um það hvernig þjónusta af þessu tagi nýtist þolendum kynferðisofbeldis. Markmið þessa verkefnis var þess vegna að kanna þjónustunýtingu sálfræðiþjónustunnar sem í boði er á Neyðarmóttökunni. Skoðað var hversu margir nýta þjónustuna og hversu margir fá áfallhjálp og meðferð. Skoðað var hversu mörg viðtöl þolendur þiggja og hvaða skýringar er að finna á því að þolendur nýta sér ekki þjónustuna. Einnig var kannað hvaða þættir hafa áhrif á það hvort þolendur þiggja þjónustu sálfræðings eða ekki. Sérstaklega var skoðað hvort aldur þolenda, alvarleiki

kynferðisofbeldisins, fyrri áfengis og/eða vímuefnavandi, fyrri áfallasaga og áfengisneysla þegar atburður átti sér stað hefði áhrif á þjónustunýtingu skjólstæðinga Neyðarmóttöku.

## Aðferð

### Þátttakendur

Þátttakendur voru allir þolendur kynferðisofbeldis sem leituðu á Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldi á Slysa og bráðasviði Landspítala á árunum 2007 til 2010.

Þátttakendur voru alls 501 þolandi kynferðisofbeldis á aldursbilinu 12 til 60 ára og var meðalaldur 23,54 ár. Mikill meirihluti þátttakenda var kvenkyns (96,2%) og með íslenskt þjóðerni (91,4%).

### Mælitæki

Þegar þolandi kynferðisofbeldis leitar til Neyðarmóttökunnar skrá læknar og hjúkrunarfræðingar bakgrunnsupplýsingar um þolandann, lýsingu á atburði og upplýsingar um þá þjónustu sem veitt er á staðlað skýrsluform. Sálfræðingur Neyðarmóttökunnar skráir jafnframt upplýsingar um þá þjónustu sem hann veitir hverjum þeim sem vísað er til sálfræðings. Upplýsingar fyrir rannsóknina voru sóttar í þessar skýrslur frá árunum 2007 til 2010 og gátlisti notaður til að draga upplýsingar úr þessum skýrslum. Skýrslur sálfræðings voru notaðar til að fá upplýsingar um nýtingu sálfræðiþjónustunnar á þessum árum en skýrslur hjúkrunarfræðings og skýrslur um réttarlæknisfræðilega skoðun til þess að fá bakgrunnsupplýsingar um þátttakendur, upplýsingar um eðli og alvarleika kynferðisofbeldis, fyrri áfallasögu og fyrri áfengis- og/eða vímuefna -vanda.

*Skýrsla um réttarlæknisfræðilega skoðun.* Skýrsla um réttarlæknisfræðilega skoðun er sú skýrsla sem læknirinn sem sinnir þolanda fyllir út. Í skýrslunni koma fram

persónuupplýsingar um þolanda og hvort hann hafi komið í fylgd á Neyðarmóttökuna og þá hver sá fylgdarmaður var. Læknir skráir frásögn sjúklings af atburðinum sem leiddi til komu á Neyðarmóttökuna, skráð er hvenær brot var framið hver var vettvangur atburðar, hver eða hverjir gerendur voru, hótanir, þvinguð lyfjataka eða áfengisneysla og ofbeldi. Í skýrslunni er merkt við hvers konar kynferðisofbeldi þolandi varð fyrir, hvort um sáðlát hafi verið að ræða, hvað þolandi gerði eftir árás auk ýmissa læknisfræðilegra upplýsinga. Einnig kemur fram ástand þolanda við læknisskoðun en læknir merkir við þau tilfinningaviðbrögð og líkamlegu kreppuviðbrögð sem eiga við hvern þolanda. Læknir lýsir ástandi fatnaðar, áverkum og öðrum verksummerkjum sem og niðurstöðum kvenskoðunar. Tiltekið er hvaða sakargögn voru tekin við skoðun og í lokin kemur fram stutt samantekt frá lækninum. Skýrslunni fylgja einnig líkamsteikningar sem læknir getur notað til að teikna líkamlega áverka þolanda inn á. Ef þolandi kemur nokkrum dögum eftir ofbeldi er aðeins framkvæmd læknisskoðun sem miðar að velferð þolanda en ekki réttarlæknisfræðileg skoðun sem tekur mið af mögulegum sakargögnum. Ef þolandi fær aðeins venjubundna læknisskoðun þá er skýrslan sambærileg skýrslu um réttarlæknisfræðilega skoðun nema ekki eru skráð sakargögn þar sem of langt er liðið frá atburði.

*Móttökuskýrsla hjúkrunarfræðings.* Hjúkrunarfræðingur tekur fyrst á móti þolanda og fyllir út móttökuskýrslu. Í henni koma fram persónuupplýsingar, upplýsingar um það hvernig þolandi kom á Neyðarmóttökuna, hvort það hafi verið í fylgd einhvers og þá hver sá aðili var og tengsl hans við þolanda. Helstu upplýsingar um kynferðisofbeldið eru skráðar, það er hvenær brotið var framið og hversu lengi það stóð yfir, hvar það gerðist, upplýsingar um árásaraðila, hótanir, ofbeldi og þvingaða og sjálfviljuga neyslu áfengis og lyfja. Hjúkrunarfræðingur merkir einnig við gerð kynferðisofbeldis sem átti sér stað og andlegt ástand þolanda við komu

á Neyðarmóttöku. Loks er skráð almenn lýsing á atburðinum sem leiddi til komu á Neyðarmóttöku.

*Skýrsla sálfræðings Neyðarmóttöku.* Við Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Landspítala er eitt 100% stöðugildi sálfræðings sem starfar innan Landspítala. Fyrir utan stöðugildi sálfræðings Neyðarmóttöku er starfandi teymi sálfræðinga sem jafnast á við 60% stöðugildi. Á árunum 2007 og fram til ársins 2010 var þetta Neyðarmóttökuteymi samsett af sálfræðingum starfandi fyrir utan Landspítala í verktakavinnu fyrir Neyðarmóttökuna. Frá og með árinu 2010 var þetta teymi Neyðarmóttöku samsett af sálfræðingum sem starfa innan Landspítala. Sálfræðingur Neyðarmóttöku vísar um það bil 25% mála áfram til þessa Neyðarmóttökuteymis. Fram til ársins 2010 lágu ekki fyrir frekari upplýsingar um þá þjónustu sem þolendur hlutu hjá öðrum sálfræðingum Neyðarmóttökuteymis. Sálfræðingur í 100% starfi fyrir Neyðarmóttökuna heldur hins vegar skrá um þau samskipti sem hann á við þolendur og skráir þann farveg sem þolandi fer í eftir tilvísun. Ef þolanda er vísað til annars fagaðila er skráð hvert þolandanum er vísað og hvort einhverjar frekari upplýsingar eru til um gang mála. Hljóti þolandi hins vegar frekari þjónustu hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku skráir sálfræðingurinn upplýsingar um andlegt ástand þolanda, hversu oft hann mætir í viðtöl og hvað fram fer í viðtölum. Þar kemur fram hvort þolandinn hlýtur áfallahjálp, meðferð og/eða eftirfylgd og skýring ef þolandi hlýtur ekki þjónustu. Sálfræðingurinn skráir hvort sálfræðileg próf eru lögð fyrir þolanda og niðurstöður úr þeim. Hann skráir jafnframt upplýsingar sem kunna að skipta máli fyrir velferð skjólstaðings líkt og hvort sjálfsvígshugsanir eru til staðar og upplýsingar um fyrri áfallasögu og fyrri áfengis eða vímuefnavanda.

*Gátlisti rannsóknar.* Notast var við gátlista sem var þróaður vegna fyrri rannsókna þar sem unnið var úr gögnum Neyðarmóttöku (sjá viðauka 1). Gátlistanum var skipt í tvo hluta,

annarsveggar til að nálgast upplýsingar úr skýrslum frá lækni og hjúkrunarfræðingum Neyðarmóttöku og hins vegar úr skýrslum sálfræðings Neyðarmóttöku. Þeim hluta gátlistans sem notaður var til að nálgast upplýsingar úr skýrslum frá lækni og hjúkrunarfræðingum Neyðarmóttöku var skipt í nokkra hluta eftir eðli upplýsinganna. Fyrsti hlutinn fjallar um það hvenær og hvernig þolendur komu á Neyðarmóttökuna. Annar hluti fjallar um þolendur og nær yfir margs konar bakgrunnsupplýsingar eins og aldur, kyn, fyrri áföll, fyrri komur á Neyðarmóttöku og sögu um geðræn vandamál. Þriðji hlutinn fjallar um meinta gerendur kynferðisofbeldis. Fjórði hlutinn fjallar um atburðinn sjálfan, það er aðdraganda, vettvang, gerð og alvarleika kynferðisofbeldisins, líkamlegt ofbeldi og áverka og hótanir auk áfengis- og/eða vímuefnaneyslu þolenda. Fimmti hlutinn fjallar um andleg og líkamleg viðbrögð þolenda við ofbeldi og sjötti hlutinn nær yfir þjónustunýtingu þolenda á Neyðarmóttöku. Loks fjallar sjöundi og síðasti hluti gátlistans um kærur og málsmeðferð. Hinn hluti gátlistans sem notaður var til að nálgast upplýsingar úr skýrslum sálfræðings Neyðarmóttöku samanstendur af atriðum sem veita upplýsingar um samskipti sálfræðings og skjólstæðings, tilvísanir annað, atriðum um andlegt ástand þolanda, hversu oft hann mætti í viðtöl og hvað fór þar fram.

*Annmarkar á upplýsingum.* Misjafnt er hversu ítarlegar upplýsingar er að finna í skýrslum frá lækni og hjúkrunarfræðingum Neyðarmóttöku og því er allur gangur á því hversu miklar upplýsingar liggja fyrir um hvern þátttakanda í rannsókninni. Þetta er bæði vegna þess að þolendur hafa mismikinn vilja og getu til að tjá sig um atburðinn, sína líðan eða gefa upp aðrar persónulegar upplýsingar og starfsfólk Neyðarmóttökunnar skráir upplýsingarnar hvert á sinn hátt og er misjafnt hversu ítarleg skráningin er. Því er nokkuð um að upplýsingar vanti fyrir þátttakendur á breytum gátlistans.



## Skilgreiningar

*Kynferðisofbeldi.* Til að flokka alvarleika kynferðisofbeldis er hér notast við skilgreiningu úr *Norvold abuse questionnaire* sem notaður var í samnorrænni rannsókn á ofbeldi (Wijma o.fl., 2003). Í þeirri skilgreiningu er alvarleika skipt í fjögur stig, allt frá vægu kynferðisofbeldi án kynfærasnertingar upp í alvarlegt ofbeldi með innþrengingu. Skilgreiningarnar eru eftirfarandi:

- Vægt, engin kynfærasnerting: Þegar einhver snertir líkamshluta manneskju aðra en kynfærin á kynferðislegan hátt gegn vilja viðkomandi eða neyðir manneskju til að snerta aðra líkamshluta sína á kynferðislega hátt.
- Vægt, tilfinningalegt eða kynferðislegt: Þegar manneskja er á einhvern annan hátt kynferðislega niðurlægð; til dæmis með því að vera neydd til að horfa á klámmynd eða eitthvað álíka gegn vilja sínum, neydd til að taka þátt í klámmynd eða einhverju álíka, neydd til að sýna líkama sinn nakinn eða neydd til að horfa á þegar einhver annar sýnir líkama sinn nakinn.
- Miðlungs, kynfærasnerting: Þegar einhver snertir kynfæri manneskju gegn vilja hennar, notar líkama hennar til að fullnægja sér kynferðislega eða neyðir hana til að snerta kynfæri annarrar manneskju.
- Alvarlegt, innþrenging: Þegar einhver gegn vilja manneskju setur eða reynir að setja getnaðarlim sinn inn í leggöng, munn eða endaparm hennar; setur eða reynir að setja hlut eða aðra líkamshluta í leggöng, munn eða endaparm manneskju.

## Framkvæmd

Þegar rannsóknin hófst lágu þegar fyrir leyfi fyrir rannsókninni hjá lækningaforstjóra Landspítala (Leyfi veitt 25.01.2008 og framlengt 02.03.2011; Tilvísun 16), Siðanefnd Landspítala (Leyfi 10/2008 veitt í febrúar 2008 og framlengingar í nóvember 2010 og mars

2011) og Persónuvernd (Leyfi veitt 25.02.2008, 2008020123RJ og framlengingar árið 2009, 2008020123BRA, 2010100943PPJ og framlenging árið 2011, 2008020123AT).

Sjúkraskrár Neyðarmóttöku Landspítala eru geymdar í læstum skjalaskápum á pappírformi. Frá og með árinu 2009 voru nótur sálfræðings vistaðar á sérstöku læstu svæði í rafrænum sjúkraskráum Landspítalans. Notaður var gátlisti (sjá viðauka 1) sem útbúinn hafði verið út frá þeim upplýsingum sem ættu að vera til um þolendur. Í gátlistanum eru allar þær spurningar sem reynt var að leita svara við í skýrslunum og valmöguleikar fyrir svörin, en auk þess var yfirleitt valmöguleiki sem hægt var að haka við þegar viðkomandi upplýsingar fundust ekki um þátttakandann. Skýrslur hjúkrunarfræðings, skýrslur um réttarlæknisfræðilega skoðun og skýrslur sálfræðings Neyðarmóttöku voru lesnar og upplýsingar skráðar jafnóðum á gátlistann. Gögnin voru skráð undir rannsóknarnúmerum. Þeir sem lásu skýrslur og skráðu upplýsingar voru Agnes Gísladóttir og Auður Sjöfn Þórisdóttir, framhaldsnemar við Háskóla Íslands, Agnes B. Tryggvadóttir og Fríður Guðmundsdóttir sálfræðingar, Eyrún Jónsdóttir verkefnastjóri Neyðarmóttöku, Berglind Guðmundsdóttir sálfræðingur Neyðarmóttöku og Gunnhildur Sveinsdóttir Cand. psych. nemi í sálfræði. Þegar útfyllingu gátlista var lokið voru rannsóknargögn slegin inn í tölfræðiforritið SPSS fyrir Windows stýrikerfi á ópersónugreinanlegan hátt. Þar sem aðeins var unnið með sjúkraskrárupplýsingar var ekkert beint samband haft við þátttakendur og urðu þeir því ekki fyrir óþægindum vegna rannsóknarinnar.

## **Tölfræði**

Tölfræðiforritið SPSS var notað við úrvinnslu gagnanna og var lýsandi tölfræði beytt til að skoða breytur rannsóknarinnar. Til að athuga hvort að einhverjir þættir spá fyrir um þjónustu innan teymis sálfræðinga Neyðarmóttöku eða annarra fagaðila var gerð aðfallsgreining hlutfalla (*e. logistic regression*). Fyrir nokkrar breytur voru flokkar felldir saman til að

auðvelda greiningu gagnanna og auka skýrleika í framsetningu niðurstaðna. Í allri tölfræðiúrvinnslu var miðað við marktæktarmörkin  $\alpha=0,05$ .

## Niðurstöður

### Komur á Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis

Á árunum 2007 til 2010 leitaði 501 á Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis. Í töflu 1 má sjá fjölda þolenda sem leituðu til Neyðarmóttökunnar á þessum árum. Langflestir þeirra sem leituðu á Neyðarmóttökuna öll árin voru kvenkyns eins og sjá má í 1. töflu.

**Tafla 1.** Fjöldi og kyn þolenda sem leituðu til Neyðarmóttöku árin 2007-2010

Ár komu á Neyðarmóttöku	Konur	Karlar	Alls
2007	130	6	136
2008	140	4	144
2009	103	1	104
2010	109	8	117
Samtals	482	19	501

Þolendur voru á aldrinum 12 til 60 ára og meðalaldur var 23,54 ára. Aldursdreifingu þolenda á þessu fjögurra ára tímabili má sjá í töflu 2. Athygli vekur hversu ungir þeir eru sem leita til Neyðarmóttökunnar en 60% þolenda var yngri en 25 ára. Algengast var að þolendur væru á aldrinum 18 til 24 ára eða 38% þolenda. Það var einnig algengt að þolendur væru yngri en 18 ára en 21% þolenda var á aldrinum 15 til 17 ára og 8,8% var 14 ára eða yngri.

**Tafla 2.** Aldursdreifing þolenda

Aldursbil	Kvk	Kk	Alls
12-14 ára	42	2	44
15-17 ára	102	3	105
18-24 ára	184	7	191
25-34 ára	92	5	97
35-44 ára	37	1	38
45 ára og eldri	25	1	26
Samtals	482	19	501

Stærsti hluti þolenda var af íslensku þjóðerni, eða 92,8%. Þeir sem voru af öðru þjóðerni en íslensku komu flestir frá Norðulöndunum, austur Evrópu og ýmsum Afríkuríkjum en einnig frá Asíu, Ameríku og öðrum Evrópuríkjum.

Bakgrunnur þolenda var skoðaður eftir því sem upplýsingar leyfðu. Tafla 3 sýnir hjúskaparstöðu þolenda sem leituðu á Neyðarmóttökuna á tímabilinu. Flestir þátttakendur voru einhleypir eða 43,8% en 31,6% áttu maka.

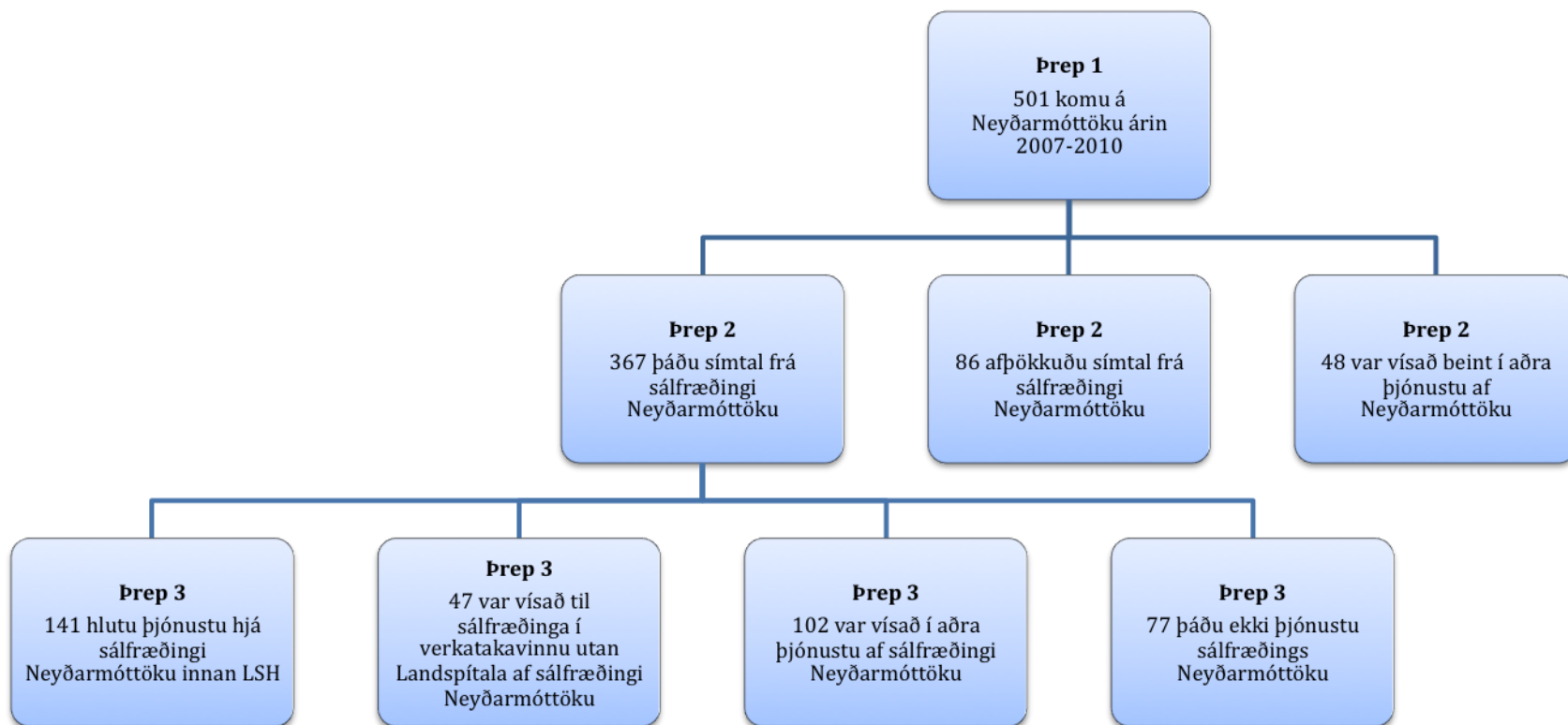
**Tafla 3.** Hjúskaparstaða þolenda

Hjúskaparstaða	Fjöldi (%)
Einhleyp/ur	219 (43,8%)
Gift/ur	55 (11,0%)
Í föstu sambandi/sambúð	103 (20,6%)
Fráskilin/n eða ekkja	6 (1,3%)
Samtals	475

Nokkuð stór hluti þolenda eða 37,6 % greindi frá fyrri áföllum og alls greindu 16,4% þátttakenda frá því að hafa áður orðið fyrir nauðgun eða nauðgunartilraun og 6,8% frá því að hafa áður orðið fyrir kynferðislegri misnotkun. Alls höfðu 6,4% þolenda leitað áður á Neyðarmóttökuna.

### Vísanir til sálfræðings

Af þeim 501 sem leituðu til Neyðarmóttökunnar á árunum 2007 til 2010 þáðu 367 (73,3%) þolendur að fá símtal frá sálfræðingi Neyðarmóttöku. Á mynd 1 má sjá hvort þolendum var vísað til sálfræðings eftir komu á Neyðarmóttökuna og hvernig þjónustu þeir þáðu. Á fyrsta þrepi má sjá komur á Neyðarmóttöku á þessum árum, á öðru þrepi hversu mörgum var vísað til sálfræðings Neyðarmóttöku eða í aðra þjónustu og á þriðja þrepi hvort þolendur þáðu þjónustu hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku eða var vísað í aðra þjónustu.



**Mynd 1.** Komur á Neyðarmóttöku og vísanir til sálfræðings Neyðarmóttöku eða annarra fagaðila árin 2007 til 2010

Eins og sjá má á mynd 1 er þolendum í sumum tilfellum vísað til annarra fagaðila sem sinna meðferð við þolendur kynferðisofbeldis. Annars vegar er um það að ræða að sálfræðingur Neyðarmóttöku vísar þolendum stundum til teymis sálfræðinga sem sinna sálfræðipjónustu við skjólstæðinga Neyðarmóttöku í verktakavinnu utan Landspítala en á árunum 2007 til 2010 var 47 þolendum vísað til þessa teymis. Hins vegar var um það að ræða að þolendum væri vísað til fagaðila utan Neyðarmóttökuteymis og í töflu 4 má sjá til hvaða aðila þolendum var vísað. Alls var 150 þolendum vísað til annarra fagaðila utan Neyðarmóttökuteymis án þess að hljóta frekari þjónustu innan teymisins. Þar af var 48 vísað til annarra fagaðila beint eftir komu á Neyðarmóttöku en 102 var vísað til annarra fagaðila af sálfræðingi Neyðarmóttöku. Algengast var að þolendum væri vísað í úrræði á vegum Barnaverndarnefnda en þolendum yngri en 18 ára er í flestum tilfellum vísað beint í Barnahús eða önnur úrræði á vegum Barnaverndarnefnda. Tilvísanir á Geðdeild Landspítala voru einnig algengar. Vísanir til Stígamóta og í Kvennaathvarf voru hins vegar fáar og ekki var heldur mörgum vísað í áfengis eða vímuefna meðferð. Eins og sjá má í töflu 4 var þolendum einnig vísað til annarra aðila. Þegar þolendum var vísað annað var algengast að um væri að ræða sálfræðinga utan Landspítala sem að þolendur höfðu áður sótt þjónustu til en þolendum var einnig vísað til annarra sálfræðinga, hjúkrunarfræðinga og geðlækna, í fjölskylduráðgjöf og til Geðhjálp. Þá sinnti mansalsnefnd einnig þjónustu við skjólstæðinga Neyðarmóttöku.

**Tafla 4.** Vísanir til fagaðila utan Neyðarmóttökuteymis

Fagaðili	Fjöldi (%)
Geðdeild LSH	39 (26,0%)
Stígamót	4 (2,6%)
Kvennaathvarf	6 (4,0%)
Áfengis/vímuefna meðferð	10 (6,7%)
Úrræði á vegum barnaverndar	62 (41,3%)
Annar aðili	29 (19,3%)
Samtals	150

Ekki liggja fyrir upplýsingar um hvaða þjónustu þolendur hlutu hjá verktökum innan Neyðarmóttökuteymis né þeim fagaðilum sem þeim var vísað til utan Neyðarmóttökuteymis. Því verður í framhaldinu einungis unnið úr upplýsingum um þjónustu hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku innan Landspítala.

### Þjónusta hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku

Allir þeir 141 sem fengu þjónustu hjá sálfræðingi hlutu áfallahjálp en 73 þolendur hlutu sálfræðimeðferð umfram áfallahjálp. Flestir sem þáðu þjónustu hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku hlutu á bilinu 1 til 5 viðtöl eða 68,8% þátttakenda. Í töflu 5 má sjá upplýsingar um fjölda viðtala veitt í áfallahjálp og/eða frekari sálfræðimeðferð.

**Tafla 5.** Fjöldi viðtala hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku

Fjöldi viðtala	Fjöldi (%)
1 viðtal	37 (26,2%)
2 viðtöl	24 (17,0%)
3 viðtöl	13 (9,2%)
4 viðtöl	14 (9,9%)
5 viðtöl	9 (6,4%)
6 til 10 viðtöl	17 (12,1%)
11 til 20 viðtöl	17 (12,1%)
21 eða fleiri viðtöl	10 (7,1%)
Samtals	141

*Áfallahjálp.* Af þeim 141 sem þáðu þjónustu hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku hlutu allir áfallahjálp og var fjöldi viðtala þar sem veitt var áfallahjálp á bilinu 1 til 4. Í töflu 6 má sjá upplýsingar um fjölda viðtala sem veitt voru í áfallahjálp.

**Tafla 6.** Fjöldi viðtala veitt í áfallahjálp

Fjöldi viðtala	Fjöldi (%)
1 viðtal	61 (43,3%)
2 viðtöl	52 (36,9%)
3 viðtöl	19 (13,5%)
4 viðtöl	9 (6,4%)
Samtals	141

Í töflu 7 má sjá skýringu sem gefin var á því hvers vegna þeim sem þáðu símtal frá sálfræðingi Neyðarmóttöku var ekki veitt áfallahjálp.

**Tafla 7.** Skýring á því hvers vegna ekki var veitt áfallahjálp

Skýring	Fjöldi (%)
Ekki þörf á áfallahjálp	7 (3,1%)
Boðið en afþakkað	37 (16,4%)
Náðist ekki í eða mætti ekki í viðtal	31 (13,7%)
Vísað til sálfræðinga í verktakavinnu	47 (20,8%)
Vísað til annarra fagaðila	102 (45,1%)
Ekki vitað	2 (0,9%)
Samtals	226

*Sálfræðimeðferð umfram áfallahjálp.* Af þeim 141 sem þáðu þjónustu hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku hlutu 73 sálfræðimeðferð umfram áfallahjálp og var fjöldi viðtala á bilinu 1 til 64. Í töflu 8 má sjá upplýsingar um fjölda viðtala sem veitt voru í sálfræðimeðferð umfram áfallahjálp.

**Tafla 8.** Fjöldi viðtala veitt í frekari sálfræðimeðferð

Fjöldi viðtala	Fjöldi (%)
1 viðtal	11 (15,1%)
2 viðtöl	10 (13,7%)
3 viðtöl	8 (11,0%)
4 viðtöl	7 (9,6%)
5 viðtöl	1 (1,4%)
6 til 10 viðtöl	13 (17,8%)
11 til 20 viðtöl	13 (17,8%)
21 til 32 viðtöl	5 (6,8%)
33 til 64 viðtöl	5 (6,8%)
Samtals	73

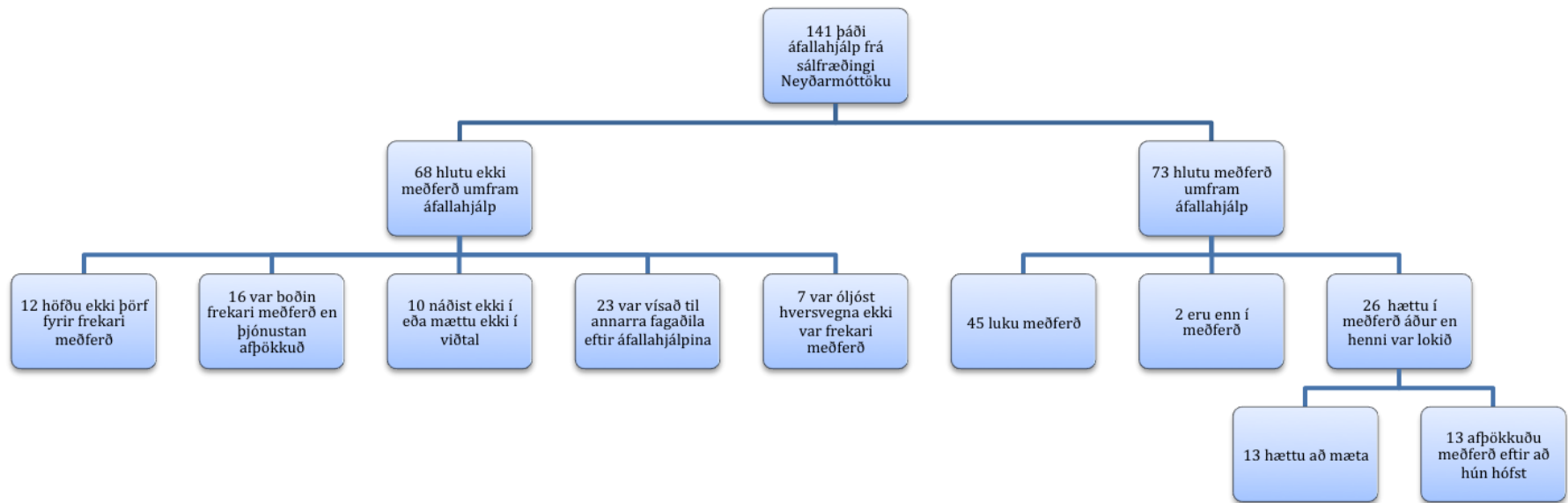
Ástæður fyrir því að þolendur sem þáðu þjónustu sálfræðings Neyðarmóttöku hlutu ekki sálfræðimeðferð umfram áfallahjálp voru margvíslegar en algengast var að þolendum væri vísað í aðra þjónustu eftir áfallahjálpinu eða að þeir afþökkuðu frekari þjónustu. Í töflu 9 má sjá skýringu sem gefin var á því hvers vegna þeim sem þáðu þjónustu hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku var ekki veitt sálfræðimeðferð umfram áfallahjálp.



**Tafla 9.** Skýring á því hversvegna ekki var veitt meðferð umfram áfallahjálpi

Skýring	Fjöldi (%)
Ekki þörf á meðferð	12 (17,6%)
Boðið en afþakkað	16 (23,5%)
Náðist ekki í eða mætti ekki í viðtal	10 (14,7%)
Vísað annað	23 (33,8%)
Ekki vitað	7 (10,3%)
Samtals	68

Af þeim sem hlutu sálfræðimeðferð umfram áfallahjálpi eru 2 enn í meðferð hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku, 45 luku við meðferðina en 26 hættu í meðferð áður en henni var lokið. Af þeim sem ekki luku meðferð hættu 13 að mæta en 13 afþökkuðu frekari meðferð eftir að hún hófst. Á mynd 2 má sjá samantekt á upplýsingum um hversu margir hlutu meðferð umfram áfallahjálpi og skýringar á því hversvegna þjónustu frá sálfræðingi Neyðarmóttöku lauk.



**Mynd 2.** Meðferð umfram áfallahjálp og skýringar á lokum þjónustu

## Forspá fyrir frekari þjónustu

Athugað var hvort að einhverjir þættir spá fyrir um þjónustu innan teymis sálfræðinga Neyðarmóttöku eða annarra fagaðila. Skoðað var hvort aldur þolenda, alvarleiki kynferðisofbeldisins, fyrri áfengis og/eða vímuefnavandi, fyrri áfallasaga og áfengisneysla þegar atburður átti sér stað spáði fyrir um það hvort þolendur hlutu þjónustu innan teymis sálfræðinga Neyðarmóttöku eða var vísað til annarra fagaðila eða hvort þeir afþökkuðu þjónustu, mættu ekki eða náðist ekki í. Forspárlíkanið má sjá í töflu 10 en líkanið í heild sinni var tölfræðilega marktækt,  $\chi^2(5) = 20,87, p < 0.01$ , sem bendir til þess að það greini á milli þolenda sem hlutu þjónustu innan teymis sálfræðinga Neyðarmóttöku eða öðrum fagaðila eða ekki. Í töflunni sést að tvær breytur hafa lítið en marktækt einstakt framlag til líkansins eða aldur þolenda og það hvort að þolendur höfðu fyrri áfallasögu. Það voru 0,98 sinnum meiri líkur á því að þolendur sem voru yngri hlytu þjónustu en þeir sem voru eldri og það voru 2,27 sinnum meiri líkur á því að þolendur sem höfðu áður lent í áfalli eða áföllum hlytu þjónustu innan teymis sálfræðinga Neyðarmóttöku eða væri vísað til annarra fagaðila en þeim þolendum sem ekki höfðu fyrri áfallasögu.

**Tafla 10.** Forspá fyrir líkurnar á þjónustu fagaðila með aðfallsgreiningu hlutfalla

	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	95% öryggismörk fyrir Odds Ratio		
						<i>Odds Ratio</i>	<i>Neðri</i>	<i>Efri</i>
Aldur	-0,03	0,01	6,17	1	0,01	0,98	0,96	1,00
Fyrri áföll	-0,81	0,21	14,59	1	0,00	0,44	0,29	0,67
Fyrri áfengis/vímuefnavandi	0,16	0,24	0,47	1	0,5	1,18	0,74	1,88
Alvarleiki kynferðisofbeldis	0,00	0,00	0,9	1	0,77	1,00	1,00	1,00
Áfengisneysla þolanda	0,00	0,00	0,25	1	0,62	1,00	1,00	1,00

## Umræða

Megintilgangur rannsóknarinnar var að lýsa nýtingu á þeirri sálfræðipjónustu sem er í boði fyrir þolendur kynferðisofbeldis sem leita til Neyðarmóttöku á Landspítala. Skoðað var hvernig þjónustunýtingin var árin 2007 til 2010. Einnig var kannað hvort munur væri á þeim sem þáðu einhverja þjónustu fagaðila í framhaldi af komu á Neyðarmóttöku og þeirra sem afþökkuðu frekari þjónustu fagaðila.

### Samantekt niðurstaðna

Niðurstöður sýndu að 501 leitaði til Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Landspítala árin 2007 til 2010 og meirihluti þeirra þáði símtal frá sálfræðingi Neyðarmóttöku. Hins vegar afþökkuðu 86 að fá símtal frá sálfræðingi og 48 var vísað beint til annarra fagaðila í framhaldi af komu á Neyðarmóttökuna. Af þeim 367 sem þáðu símtalið hlutu alls 141 áfallahjálp frá sálfræðingi Neyðarmóttöku en 77 afþökkuðu frekari þjónustu sálfræðings. Hins vegar var 47 vísað til annarra sálfræðinga sem sinntu þjónustu við skjólstæðinga Neyðarmóttöku í verktakavinnu utan Landspítala og 102 var vísað til annarra fagaðila af sálfræðingi Neyðarmóttöku. Algengast var að þolendum væri vísað í úrræði á vegum Barnaverndarnefnda eða á geðdeild Landspítala.

Þegar skoðað var hvaða þjónustu þeir 141 sem þáðu þjónustu sálfræðings Neyðarmóttöku hlutu kom í ljós að helmingur þeirra þáði einungis á bilinu 1 til 3 viðtöl hjá sálfræðingi. Allir hlutu áfallahjálp en ríflega helmingur þeirra sem hlutu áfallahjálp hlutu einnig frekari sálfræðimeðferð hjá sálfræðingi Neyðarmóttöku. Þegar þolendur hlutu frekari sálfræðimeðferð var algengast að þeir væru að þiggja 1 til 5 viðtöl í meðferð en ríflega 35% þáðu þó á bilinu 6 til 20 viðtöl og tæplega 14% þáðu á bilinu 21 til 64 viðtöl. Langflestir af þeim sem hlutu sálfræðimeðferð umfram áfallahjálp luku við meðferðina en 26 hættu þó í

meðferðinni áður en henni var lokið. Þolendur hættu ýmist að mæta í bókuð viðtöl eða afþökkuðu meðferð eftir að hún hófst.

Þegar athugað var hvort aldur þolenda, alvarleiki kynferðisofbeldisins, fyrri áfengis og/eða vímuefnavandi, fyrri áfallasaga og áfengisneysla þegar atburður átti sér stað spáði fyrir um það hvort þolendur hlutu þjónustu innan teymis sálfræðinga Neyðarmóttöku eða öðrum fagaðila eða ekki kom í ljós að aldur þolenda og saga um fyrri áföll spáði fyrir þjónustunýtingu. Það voru meiri líkur á því að þolendur sem voru yngri hlutu þjónustu en þeir sem voru eldri og að þolendur sem höfðu áður lent í áfalli eða áföllum hlutu þjónustu innan teymis sálfræðinga Neyðarmóttöku eða væri vísað til annarra fagaðila en þeim þolendum sem ekki höfðu fyrri áfallasögu.

### **Forspá um þjónustunýtingu og samanburður við erlendar niðurstöður**

Flestar neyðarmóttökur fyrir þolendur kynferðisofbeldis bjóða upp á sálfræðiþjónustu í framhaldi af komu en lítið er vitað um það hvernig sú sálfræðiþjónusta sem er í boði er nýtt. Talið er að vegna þess hversu hætt er við að fólk sem verður fyrir kynferðisofbeldi glími í kjölfarið við áfallastreituröskun eða aðra sálræna erfiðleika þurfi að huga sérstaklega að geðheilbrigðisþjónustu fyrir þennan hóp. Þær fáu rannsóknir sem gerðar hafa verið erlendis á þjónustupörf og þjónustunýtingu þolenda kynferðisofbeldis benda til þess að mikil þörf sé á geðheilbrigðisþjónustu fyrir þennan hóp (Holmes o.fl., 1998; Freddy o.fl., 1994). Niðurstöður erlendra rannsókna eru því í fullu samræmi við niðurstöður rannsóknarinnar sem sýndi að mikill meirihluti þolenda kynferðisofbeldis hefur áhuga á þjónustu sálfræðings eða annarra fagaðila í kjölfar komu á Neyðarmóttöku og þiggja símtal frá sálfræðingi eða tilvísun til annarra fagaðila. Það er hins vegar ljóst af niðurstöðunum að talsvert margir þiggja ekki símtal frá sálfræðingi eða þiggja mjög takmarkaða þjónustu. Athyglisvert er að margir þiggja símtal og jafnvel eitt eða tvö viðtöl hjá sálfræðingi en ekki meira en það. Talsvert margir nýta

sér ekki þjónustu umfram áfallahjálp þó að hún sé í boði. Vert er að huga að því hvað veldur því að nýting þjónustunnar er ekki meiri en raun ber vitni. Það ber þó að hafa í huga að í mörgum tilfellum jafnar fólk sig eftir áföll án þess að hljóta meðferð sálfræðings (Valentiner o.fl., 1996) og það er jafnvel mælt með því að ekki sé gripið inn í bataferli fólks ef það er að nýta sér góð og gagnleg eigin bjargráð (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005). Sálfræðingur Neyðarmóttöku fylgir þessum leiðbeiningum og í mörgum tilfellum er það metið sem svo að þolendur þurfi ekki áfallahjálp eða frekari meðferð. En það er engu að síður ljóst að talsvert margir afþakka þjónustu sálfræðings, hætta að mæta í boðuð viðtöl eða ekki er hægt að ná í viðkomandi í síma.

Þegar skoðað var hvort að ákveðnir þættir einkenndu þá sem afþakka þjónustu sálfræðings, hætta að mæta í boðuð viðtöl eða ekki er hægt að ná í, kom í ljós að einungis aldur og fyrri áfallasaga spáðu fyrir um þjónustunýtingu. Þegar hugað er að því hvers vegna meiri líkur eru á því að þeir sem yngri eru nýti sér frekar þjónustu sálfræðings eða þiggi tilvísun til annarra fagaðila ber að hafa í huga að langflestum yngri en 18 ára er vísað í Barnahús eða í önnur úrræði á vegum Barnaverndarnefnda. Ekki er ljóst hvaða þjónustu þessir ungu þolendur eru að þiggja í öðrum úrræðum en ljóst er að það að þeim er nær undantekningarlaust vísað til fagaðila sökum ungs aldurs hefur áhrif á þessar hærri líkur þar sem þeim sem eldri eru er að sjálfsögðu í sjálfsvald sett að neita tilvísun annað hafi þeir ekki áhuga á þjónustu. Það er þó einnig sérlega áhugavert að rannsóknir hafa sýnt að aldur þegar áfall á sér stað er þáttur sem aukið getur líkur á áfallastreituröskun. Það hefur ítrekað verið sýnt fram á að yngra fólki er hættara við að fá áfallastreituröskun í kjölfar áfalls en þeim sem eldri eru. Það hefur jafnframt komið í ljós að auknar líkur eru áfallastreituröskun eftir því sem áfallið er alvarlegra og saga um fyrri áföll eykur einnig líkur á áfallastreituröskun (Brewin, Andrews og Valentine, 2000). Þetta er áhugavert í ljósi þess að í rannsókn Freddy o.fl. (1994) og rannsókn New og Berliner (2000) kom fram að greining á áfallastreituröskun hjá þolendum

glæpa spáði fyrir um aukna notkun geðheilbrigðisþjónustu. Sem rennir stoðum undir þá kenningu að áfallastreituröskun geti haft áhrif á aukna þörf þolenda kynferðisofbeldis á sálfræðiþjónustu og að sá vandi sem þolendur kynferðisofbeldis geta glímt við kalli á aukna geðheilbrigðisþjónustu við þennan hóp. Þannig auki ungur aldur og fyrri áföll líkur á áfallastreituröskun sem svo aftur auki líkur á að þolandi þiggi þjónustu sálfræðings.

Það er athyglisvert að áfallastreituröskun getur einnig hugsanlega verið einn þáttur í því að skýra að margir þolendur kynferðisofbeldis afþakka þjónustu sálfræðings og hátt brottfall úr sálfræðimeðferð. Einkenni áfallastreituröskunar eins og forðun, afneitun og óskipulag hugsunar geti þannig forðað þolendum frá því að takast á við erfiðleika sína og leita sér hjálpar (Holmes, Resnick og Frampton, 1998). Einnig er hugsanlegt að þolendur geri sér ekki fyllilega grein fyrir þörf sinni fyrir hjálp eða þeim langtímaáhrifum sem kynferðisofbeldi getur haft (Holmes, Resnick og Frampton, 1998). Varðandi það hversvegna alvarleiki kynferðisofbeldisins hafði ekki forspárgildi fyrir meiri þjónustunýtingu eins og gera mætti ráð fyrir samkvæmt fyrri rannsóknum má benda á að kynferðisofbeldið var alvarlegt eða miðlungs alvarlegt í miklum meirihluta tilfella og því mjög fáir sem leituðu til Neyðarmóttöku sem lent höfðu í vægu kynferðisofbeldi. Þetta gerir það að verkum að hæpið er að gera samanburð á þeim sem lentu í alvarlegu eða miðlungs alvarlegu kynferðisofbeldi og þeim sem lentu í vægu kynferðisofbeldi og því verður forspáin um þjónustunýtingu út frá þessari breytni vart marktæk.

## **Anmarkar rannsókna og næstu skref**

Helstu anmarkar á rannsókninni voru að oft var mjög misskipt í hópa og enginn samanburðarhópur var til staðar enda úrtakið hentugleikaúrtak þeirra sem leitað höfðu á Neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis á árunum 2007 til 2010. Það var því ekki hægt að stjórna fyrir misskiptingu í hópa heldur var unnið með þau gögn sem fyrir lágu. Það var einnig anmarki að stundum vantaði talsvert af upplýsingum um þolendur í skýrslum lækna og hjúkrunarfræðinga Neyðarmóttöku. Oft var aðeins hægt að fá tilteknar upplýsingar fyrir hluta þolenda, ýmist vegna slakrar skráningar á Neyðarmóttöku eða lítilla upplýsinga frá þolendunum sjálfum. Einkum vantaði oft upplýsingar um bakgrunn þolenda og önnur einkenni en ekki er spurt markvisst út í alla þá þætti í þeim skýrslum sem rannsóknin var unnin út frá. Mikilvægt er að skráningu upplýsinga á Neyðarmóttöku verði haldið áfram en jafnframt að nákvæmni og stöðlun í skráningu verði aukin enn frekar þar sem þessi gögn gefa mikilvægar upplýsingar um eðli kynferðisofbeldis og nýtingu á þjónustunni sem í boði er.

Í framhaldinu af þessari rannsókn er talið mikilvægt að skoðað verði hvort og þá hvernig einkenni áfallastreituröskunar og annarra geðraskana hafa áhrif á nýtingu þolenda kynferðisofbeldis á sálfræðiþjónustu Neyðarmóttöku. Líklegt þykir að greining á áfallastreituröskun geti aukið ásókn þolenda í sálfræðiþjónustu en jafnframt að einkenni röskuninnar líkt og það að vilja forðast hugsanir sem tengjast áfalli geti haft áhrif á brottfall úr meðferð. Fyrir liggja upplýsingar úr sálfræðilegum prófum sem skima fyrir áfallastreituröskun sem sálfræðingur Neyðarmóttöku hefur lagt fyrir skjólstæðinga sína. Það væri því áhugavert næsta skref að kanna hvort að niðurstöður prófanna geti gefið skýrari mynd af því hvernig og hverjum sálfræðiþjónustan er að nýtast.



## Heimildir

- Agnes Björg Tryggvadóttir, Berglind Guðmundsdóttir, Jakob Smári og Eyrún Jónsdóttir (2009). Eðli kynferðislegs ofbeldis hjá þolendum sem leita til Neyðarmóttöku Landsspítala: Er munur á áfengis-/vímuefnatengdu og öðru kynferðislegu ofbeldi? *Sálfræðiritið*, 14, 25-38.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 bindi). Washington , DC: Höfundur.
- Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T. o.fl. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Summary Report*. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Bramsen, R.H., Elklit, A. og Hjort Nielsen, L. (2009). A Danish model for treating victims of rape and sexual assault: The multidisciplinary public approach. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18, 886-905.
- Brewin, C.R., Andrews, B. Og Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bryndís Björk Ásgeirsdóttir. (2011). Kynferðislegt ofbeldi gegn börnum sem áhættuþáttur tilfinninga- og hegðunarvandamála: Rannsókn meðal framhaldsskólanema á Íslandi. Í Svala Ísfeld Ólafsdóttir (ritstjóri), *Hinn launhelgi glæpur: Kynferðisbrot gegn börnum* (bls. 269-295). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Burgess, A.W. og Holmstrom, L.L. (1973). The rape victim in the emergency room. *American Journal of Nursing*, 73, 1740-1745.

- Campell, R. (1998). The community response to rape: Victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Journal of Community Psychology*, 26, 355-379.
- Campell, R. og Ahrens, C.E. (1998). Innovative community services for rape victims: An application of multiple case study methodology. *American Journal of Community Psychology*, 26, 537-571.
- Ehlers, A. og Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elísabet Karlsdóttir og Ásdís A. Arnalds (2010). *Rannsókn á ofbeldi gegn konum: Reynsla kvenna á aldrinum 18-80 ára á Íslandi*. Reykjavík: Rannsókastofnun í barna- og fjölskylduvernd.
- Fisher, B.S., Cullen, F.T. og Turner, M.G. (2000, desember). *The sexual victimization of college women*. U.D. Department of Justice, National Institute of Justice, Office of Justice Programs. Sótt 21. mars 2012 af <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/182369.pdf>.
- Frank, E., & Stewart, B. D. (1984). Depressive symptoms in rape victims: A revisit. *Journal of Affective Disorders*, 7, 77-85.
- Freddy, J.R., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S. og Tidwell, R.P. (1994). The psychological adjustment of recent crime victims in the criminal justice system. *Journal of Interpersonal violence*, 9, 450-468.
- Gísladóttir, A., Guðmundsdóttir, B., Guðmundsdóttir, R., Jónsdóttir, E., Guðjónsdóttir, G.R., Kristjánsson, M.o.fl. (2011). Increased attendance rates and altered characteristics of sexual violence. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 134-142.
- Guðrún Agnarsdóttir og Eyrún B. Jónsdóttir. (2011). Neyðarmóttaka vegna nauðgunar. Í Svala Ísfield Ólafsdóttir (ritstjóri), *Hinn launhelgi glæpur: Kynferðisbrot gegn börnum* (bls. 415-438). Reykjavík: Háskólaútgáfan.

- Heiskanen, M. og Piispa, M. (1998). *Faith, hope, battering: a survey of men's violence against women in Finland*. Helsinki: Statistics Finland.
- Hembree, A.H. og Foa, E.B. (2003). Interventions for trauma-related emotional disturbances in adult victims of crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 187-199.
- Holmes, M.M., Resnick, H.S. og Frampton, D. (1998). Follow-up of sexual assault victims. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 179*, 336-342.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H.S., Saunders, B.E. og Best, C.L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationship between violent assault and substance abuse in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 834-847.
- Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Schurr, P., Saunders, B.E. og Best, C.L. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 19-30.
- Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acierno, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S. og Best, C.L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 692-700.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Veronen, L.J., Best, C.L. og Von, J.M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency, 33*, 479-489.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E. og Smith, D.W. (2003). *Youth victimization: Prevalence and implications, research in brief*. U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, Office of Justice Programs.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. og Lozano, R. (ritstjórar). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J. og Kalliokoski, A.M. (2002). *Men's violence against women in "equal" Sweden : a prevalence study*. Umeo: Brottsoffermyndigheten.
- Myhill, A. og Allen, J. (2002). *Rape and sexual assault of women: the extent and nature of the problem: Findings from the British Crime Survey*. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. (2006, júlí). *Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition*. Sótt 24. apríl 2012 af <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005, mars). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Sótt 24. apríl 2012 af <http://publications.nice.org.uk/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-cg26>.
- Nesvold, H., Friis, S. og Ormstad, K. (2008). Sexual assault centers: Attendance rates, and differences between early and late presenting cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 87, 707-715.
- Nesvold, H., Worm, A.M., Vala, U. og Agnarsdóttir, G. (2005). Different Nordic facilities for victims of sexual assault: A comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84, 177-183.
- New, L. og Berliner, M. (2000). Mental health service utilization by victims of crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 693-707.
- Norris, F.H., Kaniasty, K.Z. og Scheer, D.A. (1990). Use of mental health services among victims of crime: Frequency, correlates, and subsequent recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 538-547.
- Rannveig Þórisdóttir, Helgi Gunnlaugsson og Vilborg Magnúsdóttir. (2005). *Brotáþolar, lögreglan og öryggi borgaranna*. Reykjavík: Ríkislögreglustjórn og Háskólaútgáfan.

- Resnick, H., Acierno, R., Waldrop, A.E., King, L., King, D., Danielson, C., Ruggiero J.R. og Kilpatrick, D. (2007). Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2432-2447.
- Resnick, H.S., Holmes, M.M., Kilpatrick, D.G., Clum, G., Acierno, R., Best, C.L. o.fl. (2000). Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 214-219.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B.S., Saunders, B. E. og Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Rothbaum B.O., Foa, E.B., Riggs, D., Murdock, T., og Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Roy-Byrne, P.P., Russo, J., Michelson, E., Zatzick, D., Pitman, R.K. og Berliner, L. (2004). Risk factors and outcome in ambulatory assault victims presenting the acute emergency department setting: Implications for secondary prevention studies in PTSD. *Depression and Anxiety*, 19, 77-84.
- San Diego County Sexual Assault Response Team. (2001, apríl). *Standards of practice*. Sótt 14. mars 2012 af [http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/phs/emergency\\_medical\\_services/sexual\\_assault\\_response\\_team.html](http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/phs/emergency_medical_services/sexual_assault_response_team.html).
- Schei, B., Muus, K.M. og Bendixen, M. (1994). Occurrence of sexual abuse among students in Trondheim. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 114, 2491-2494.
- Schei, B., Muus, K.M. og Moen, M.H. (1995). Medical and legal implication of rape. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 115, 30-33.

- Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D. Sahar, T., Orr, S.P. o.fl. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155, 630-637.
- Stígamót. (2008). *Ársskýrsla Stígamóta 2008*. Reykjavík.
- Tjaden, P. og Thoennes, N. (2000). *Full report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings From the National Violence Against Women Survey*. Washington DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Tjaden, P. og Thoennes, N. (2000). *Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence: Findings From the National Violence Against Women Survey*. Washington DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Valentiner, D.P., Foa, E.B., Riggs, D.S., og Gershuny, B.S. (1996). Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 455-458.
- Velferðarráðuneytið. (1998, október). *Stefnumótun í málefnum geðsjúkra: Skýrsla starfshóps sem Ingibjörg Pálmadóttir heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra skipaði*. Sótt 25. apríl 2012 af <http://www.velferdarraduneyti.is/media/Gedskyrsla/55kafli.pdf>.
- Wijma, B., Schei, B., Swahnberg, K., Hilden, M., Offerdal, K., Pikarinen, U. o.fl. (2003). Emotional, physical and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: A Nordic cross-sectional study. *The Lancet*, 361, 2107-2113.

# Viðauki 1

## GÁTLISTI

Agnes Björg Tryggvadóttir, Berglind

Guðmundsdóttir og Eyrún Jónsdóttir

Pátttakandi nr.: \_\_\_\_\_ Dagsetning brots: \_\_\_\_\_ Dagsetning komu: \_\_\_\_\_

### Um komu á Neyðarmóttöku

<b>1. Mánuður</b> 1. Janúar 2. Febrúar 3. Mars 4. Apríl 5. Maí 6. Júní 7. Júlí 8. Ágúst 9. September 10. Október 11. Nóvember 12. Desember	<b>2. Vikudagur</b> 1. Mánudagur 2. Þriðjudagur 3. Miðvikudagur 4. Fimmtudagur 5. Föstudagur 6. Laugardagur 7. Sunnudagur	<b>3.a Tímasetning árásar</b> 1. Morgni dags (08-12) 2. Eftir hádegi (12-16) 3. Síðdegis (16-20) 4. Að kvöldlagi (20-00) 5. Snemma nætur (00-04) 6. Seinni hluta nætur/Árla morguns (04-08) 7. Að næturlagi (00-08) 8. Upplýsingar vantar  <b>3.b Tímasetning komu á NM</b> 1. Morgni dags (08-12) 2. Eftir hádegi (12-16) 3. Síðdegis (16-20) 4. Að kvöldlagi (20-00) 5. Snemma nætur (00-04) 6. Seinni hluta nætur/Árla morguns (04-08) 7. Upplýsingar vantar	<b>4. Tími frá árás að komu</b> 1. 0-6 klst 2. 6-12 klst 3. 13-24 klst 4. 25-48 klst 5. 49-72 klst 6. 3-4 sólarhringar 7. 4-5 sólarhringar 8. 5-7 sólarhringar 9. 1-2 vikur 10. 2-4 vikur 11. 4 vikur – 3 mánuðir 12. 3 – 6 mánuðir 13. 6 mánuðir – 1 ár 14. Meira en 1 ár 15. Upplýsingar vantar	<b>5. Kom á NM...</b> 1. Ein/n 2. Í fylgd 3. Upplýsingar vantar  <b>a. Ef í fylgd, með hverjum? (Merkja við allt sem við á)</b> 1. Móður 2. Föður 3. Vini/Vinkonu 4. Maka 5. Ættingja 6. Lögreglu 7. Sjúkrabíl 8. Öðrum <b>b. Hverjum: _____</b>
--	--	--	--	--

### Um þolanda

<b>6. Aldur: _____</b>  <b>7. Kyn</b> 1. Karl 2. Kona	<b>10. Forsaga um sjálfsvígstílaun/ir</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað	<b>12. Fyrri áföll</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar  <b>a. Ef já, hvers konar áfall?</b> 1. Nauðgun/nauðgunartilraun 2. Kynferðisleg misnotkun 3. Líkamlegt ofbeldi 4. Heimilisofbeldi (búið við ofbeldi, vitni af) 5. Annars konar áfall (t.d. slys, dauðsfall, skilnaður) 6. Upplýsingar vantar  <b>b. Ef 12a er 1, varð þolandi þunguð í kjölfar fyrri nauðgunar?</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar  <b>c. Ef já, fóstureyðing eftir fyrri nauðgun?</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>13. Leitað áður til NM</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar  <b>14. Greind fötlun hjá þolanda</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar  <b>a. Hver er fötlunin?</b> 1. Þroskaskerðing 2. Líkamleg fötlun 3. Langvarandi líkamlegur sjúkdómur 4. Upplýsingar vantar
<b>8. Þjóðerni þolanda</b> 1. Íslenskt 2. Annað: <b>a. Land: _____</b> 3. Upplýsingar vantar	<b>11. Lyfjanotkun við komu</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar  <b>a. Ef já, hvers konar lyf?</b> 1. Verkjalyf 2. Geðlyf 3. Annað <b>b. Lyf: _____</b> 4. Upplýsingar vantar		
<b>9. Saga um sjálfvígshugsanir</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað			

<b>15. Starf</b> 1. Full starf 2. Hlutastarf 3. Heimavinnandi 4. Öryrki 5. Námsmaður 6. Í námi og hlutastarfi 7. Atvinnulaus 8. Annað <b>a. Hvað:</b> _____ 9. Upplýsingar vantar	<b>17. Saga um geðræn vandamál</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>25. Tengsl þolanda við geranda</b> ( <i>Merkja tengsl við alla gerendur ef margir</i> ) 1. Ókunnug/ur 2. Kannast við (<24 klst) 3. Kunningi 4. Vinur/vinkona 5. Faðir/móðir 6. Systkin 7. Blóðskyld/ur (aðrir en foreldrar/systkin) 8. Tengd/ur (s.s. fósturfaðir/móðir, stjúpfaðir/móðir, mágur/mágkona) 9. Kærasti/a 10. Maki (eiginmaður/kona, sambýlismaður/kona) 11. Fyrrverandi maki 12. Yfirboðari (s.s. kennari, læknir, prestur, yfirmaður) 13. Samstarfsmaður/kona 14. Skólafélagi 15. Upplýsingar vantar
	<b>18. Saga um áfengisvanda/-meðferð</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	
	<b>19. Saga um vímuefnavanda/-meðferð</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	
	<b>20. Fyrri meðferð hjá sálfræðingi eða geðlækni</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	
	<b>21. Mansal</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	
<b>16. Hjúskaparstaða</b> 1. Gift/ur 2. Einhleyp/ur 3. Í föstu sambandi 4. Í sambúð 5. Fráskilin/n 6. Ekkja/ekkill 7. Upplýsingar vantar	<b>22. Vændi</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	
	<b>23. Nýtur félagslegrar þjónustu</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	
	<b>24. Þekkt neylusaga foreldra/fjölskyldu</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	

1

### Um geranda

<b>26. Kyn</b> 1. Karl 2. Kona 3. Upplýsingar vantar	<b>27. Þjóðerni</b> 1. Íslenskt 2. Erlent <b>a. Ef erlent, skrá land:</b> _____ 3. Upplýsingar vantar	<b>28. Framdi gerandi sjálfsvíg?</b> 1. Já 2. Nei	<b>29. Fjöldi gerenda</b> 1. 1 2. 2 3. 3-4 4. 5 eða fleiri 5. Ekki vitað	<b>a. Virkir gerendur</b> 1. 1 2. 2 3. 3-4 4. 5 eða fleiri 5. Ekki vitað	<b>b. Áhorfendur</b> 1. 1 2. 2 3. 3-4 4. 5 eða fleiri 5. Ekki vitað
---	--	--	---	---	--



## Um árásina

<p><b>30. Hvar var brotið framið?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Á Íslandi</li> <li>2. Erlendis</li> </ol> <p><b>a. Ef Ísland, hvar á landinu?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Höfuðborgarsvæðinu</li> <li>2. Reykjanesinu</li> <li>3. Vesturlandi</li> <li>4. Vestfjörðum</li> <li>5. Suðurlandi</li> <li>6. Austurlandi</li> <li>7. Norðurlandi</li> <li>8. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>i. Ef á Höfuðborgarsvæðinu, þá nánar hvar?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Miðbæ Reykjavíkur</li> <li>2. Annars staðar í Reykjavík</li> <li>3. Seltjarnarnesi</li> <li>4. Kópavogi</li> <li>5. Garðabæ</li> <li>6. Hafnarfirði</li> <li>7. Álftanesi</li> <li>8. Mosfellsbæ</li> <li>9. Kjalarnesi</li> <li>10. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>b. Ef erlendis, hver var ástæða dvalar erlendis?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ferðamaður</li> <li>2. Námsmaður</li> <li>3. Au-pair</li> <li>4. Skiptinemi</li> <li>5. Atvinna</li> <li>6. Annað</li> </ol> <p><b>i. Hvað:</b> _____</p>	<p><b>31. Vettvangur árásar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Heima hjá þolanda</li> <li>2. Heima hjá geranda</li> <li>3. Á öðru heimili</li> <li>4. Á vinnustað</li> <li>5. Í bíl</li> <li>6. Á götu í miðbæ Reykjavíkur</li> <li>7. Á víðavangi</li> <li>8. Á útihátíð</li> <li>9. Á skemmtistað</li> <li>10. Fyrir utan skemmtistað</li> <li>11. Annars staðar</li> </ol> <p><b>a. Hvar:</b> _____</p> <li>12. Upplýsingar vantar</li> <p><b>32. Aðdragandi árásar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Óvænt árás</li> <li>2. Innbrot</li> <li>3. Stefnumót</li> <li>4. Tengdist skemmtun</li> <li>5. Samskipti á undan önnur en skemmtun</li> <li>6. Annað</li> </ol> <p><b>a. Hvað:</b> _____</p> <li>7. Óvíst</li> <p><i>Ef 5, hvernig samskipti?</i></p> <p><b>32.b Í persónu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Ekki vitað</li> </ol> <p><b>32.c Netsamskipti (e-mail, msn)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Ekki vitað</li> </ol> <p><b>32.d Símasamskipti (símtöl, sms)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Ekki vitað</li> </ol> <p><b>33. Myndataka af þolanda</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol>	<p><i>Hvers konar kynferðisofbeldi varð þolandi fyrir?</i></p> <p><b>34. Kynmök um leggöng</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>35. Kynmök um endaparm</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>36. Kynfæri þolanda sogin</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>37. Þolandi neydd/ur til að sjúga kynfæri geranda</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>38. Sáðlát</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Ekki vitað</li> </ol> <p><b>39. Aðskotahlutur í leggöng eða endaparm</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>40. Fingur settur í leggöng eða endaparm</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>41. Snerting með getnaðarlim án innþrengingar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>42. Káfað á kynfærum</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>43. Káfað á brjóstum</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>44. Káfað á rassi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>45. Smokkur notaður</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>45.a Nauðgunartilraun</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>46. Annað</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>a. Ef já, hvað:</b> _____</p> <p><b>47. Alvarleiki kynferðisofbeldis (skv. NorVold)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vægt – engin kynfærasnerting</li> <li>2. Vægt – tilfinningalegt eða kynferðislegt</li> <li>3. Miðlungs - kynfærasnerting</li> <li>4. Alvarlegt – innþrenging</li> <li>5. Upplýsingar vantar</li> </ol>
---	--	---

<p><b>48. Líkamlegt ofbeldi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>49a. Haldið</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>49b. Hindruð för</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>50. Bundið/handjárn</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>51. Lokað inni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>52. Föt rifin, skemmd</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>53. Rispað, klórað (með nöglum)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>54. Slegið með flötum lófa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>55. Hnefahögg</b></p>	<p><b>56. Hrint</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>57. Sparkað</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>58. Notar vopn/áhald</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>a. Ef já, hvað:</b> _____</p> <p><b>59. Bitið, rispað, stungið (m. áhaldi/vopni)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>60. Kverkatak</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>61. Beinbrot</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>62. Bruni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>63. Annað</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Já</li> <li>2. Nei</li> <li>3. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>a. Ef já, hvað:</b> _____</p>	<p><b>64. Líkamlegir áverkar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Engir áverkar</li> <li>2. Minniháttar áverkar (ekki þörf á frekari lækniástoð, t.d., mar, roði, eymslu, rispur)</li> <li>3. Meðal áverkar (þörf fyrir lækniástoð en ekki þörf á innlögn, t.d., grunur um beinbrot, grunnir skurðir, víðtæk eymslu á kynfærum)</li> <li>4. Alvarlegir áverkar (innlögn á sjúkrahús, ekki þörf á skurðaðgerð, t.d. alvarlegir áverkar á kynfærum, beinbrot, höfuðáverkar, útbreitt mar)</li> <li>5. Mjög alvarlegir áverkar (þörf á skurðaðgerð)</li> <li>6. Upplýsingar vantar</li> </ol> <p><b>a. Lýsing:</b> _____</p>
--	--	--

1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar		
<b>65. Hótun</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>75. Áfengisneysla þolanda</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar  <b>a. Ef já, hvert var vitundarástand þolanda?</b> 1. Áfengisdá 2. Of drukkin/n til að vita hvað var að gerast 3. Of drukkin/n til að stjórna eigin hegðun 4. Undir áhrifum en með fulla vitund 5. Ekkert af ofangreindu 6. Upplýsingar vantar	<b>78. Vímuefnaneysla þolanda</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar  <b>a. Ef já, vitundarástand þolanda</b> 1. Vímuefnadá 2. Of mikil víma til að vita hvað hún/hann væri að gera 3. Of mikil víma til að stjórna eigin hegðun 4. Undir áhrifum en með fulla vitund 5. Ekkert af ofangreindu 6. Upplýsingar vantar
<i>Ef já, hvernig hótun?</i>		
<b>66. Hótun með sms</b> 1. Já 2. Nei		
<b>67. Hótun með síma</b> 1. Já 2. Nei		
<b>68. Hótun gegnum netið (e-mail, msn)</b> 1. Já 2. Nei		
<b>69. Hótun í eigin persónu</b> 1. Já 2. Nei		
<b>70. Annað</b> 1. Já 2. Nei <b>a. Ef já, hvað:</b> _____		
<i>Ef hótun í eigin persónu, hvernig?</i>		
<b>71. Hótun með líkamlegu látbragði</b> 1. Já 2. Nei		
<b>72. Hótun með vopnum</b> 1. Já 2. Nei		
<b>73. Hótun með orðum</b> 1. Já 2. Nei	<b>76. Ef misneyting vegna áfengisneyslu, eðli neyslu?</b> 1. Sjálfviljug áfengisneysla 2. Þvinguð áfengisneysla 3. Áfengi haldið að viðkomandi 4. Upplýsingar vantar	<b>79. Ef misneyting vegna vímuefnaneyslu, hvers eðlis var neyslan?</b> 1. Sjálfviljug vímuefnaneysla 2. Þvinguð vímuefnaneysla 3. Vímuefnum haldið að viðkomandi 4. Upplýsingar vantar
<b>74. Annað</b> 1. Já 2. Nei <b>a. Ef já, hvað:</b> _____		
	<b>77. Misneyting vegna fötlunar</b> 1. Misneyting v/líkamlegs sjúkdóms 2. Misneyting v/andlegs sjúkdóms 3. Á ekki við 4. Upplýsingar vantar	<b>80. Grunur um lyfjabyrlun</b> 1. Já 2. Nei
		<b>81. Þungun í kjölfar nauðgunar</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar <b>a. Ef já, fóstureyðing í kjölfar nauðgunar</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar

### Andleg og líkamleg viðbrögð þolanda

<i>Viðbrögð þolanda við árás</i>	<i>Tilfinningalegt ástand við komu á NM</i>	<i>Líkamleg kreppuviðbrögð þolanda</i>
<b>82. Frjósa</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>92. Í losti</b> 1. Já 2. Nei	<b>107. Skjálfti</b> 1. Já 2. Nei
<b>83. Berjast líkamlega á móti</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>93. Fjarræn/n</b> 1. Já 2. Nei	<b>108. Hrollur</b> 1. Já 2. Nei
	<b>94. Óraunveruleikatengd/ur</b> 1. Já 2. Nei	<b>109. Vöðvaspenna/stíf/ur</b> 1. Já 2. Nei
<b>84. Berjast á móti með orðum (reyna að tala til)</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>95. Tilfinningalegt jafnvægi</b> 1. Já 2. Nei	<b>110. Kaldur sviti</b> 1. Já 2. Nei
	<b>96. Yfirvegð/aður</b> 1. Já 2. Nei	<b>111. Föl/ur</b> 1. Já 2. Nei
<b>85. Annað</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar <b>a. Ef já, hvað:</b> _____	<b>97. Eirðarlaus/óróleg/ur</b> 1. Já 2. Nei	<b>112. Stækkuð sjáöldur</b> 1. Já 2. Nei
	<b>98.a Grætur</b> 1. Já 2. Nei	<b>98.b Tárast</b> 1. Já 2. Nei
<i>Vitundarástand við komu á NM</i>	<b>99. Óttaslegin/n eða kvíðin/n</b> 1. Já 2. Nei	<b>114. Of hröð öndun</b> 1. Já 2. Nei
	<b>86. Vímuáhrif</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>100. Endurlifun árásar</b> 1. Já 2. Nei
<b>87. Man lítið/ekkert</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>101. Hvumpin/n</b> 1. Já 2. Nei	<b>116. Svimi</b> 1. Já 2. Nei
<b>87.a Tjáir sig um smáatriði árásar</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>102. Árásargjörn/gjarn</b> 1. Já 2. Nei	<b>117. Ógleði/uppköst</b> 1. Já 2. Nei
<b>88. Skýr frásögn</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>103. Í hnipri</b> 1. Já 2. Nei	<b>118. Magaverkir</b> 1. Já 2. Nei

<b>89. Samhengislaus frásögn</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>104. Þolir ekki snertingu</b> 1. Já 2. Nei	<b>119. Tíð þvaglát</b> 1. Já 2. Nei
<b>90. Í sjálfsvígshugleiðingum</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>105. Þreytt/ur eða uppgefin/n</b> 1. Já 2. Nei	<b>120. Niðurgangur</b> 1. Já 2. Nei
<b>91. Annað</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar <b>a. Ef já, hvað:</b> _____	<b>106. Annað</b> 1. Já 2. Nei <b>a. Ef já, hvað:</b> _____	<b>121. Annað</b> 1. Já 2. Nei <b>a. Ef já, hvað:</b> _____

3

### Þjónusta á Neyðarmóttöku

<i>Þjónustunýting á NM</i>	<i>Til hvaða aðila kom viðkomandi?</i>	<i>Kæur/Málsmeðferð</i>
<b>122. Læknisskoðun/meðferð</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>134. Hjúkrunarfræðings</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>145. Kærði þolandi?</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar
<b>123. Réttarlæknisskoðun</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>135. Læknis</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>146. Ef já, hver var meðferð málsins hjá lögreglu?</b> 1. Kæra afturkölluð 2. Mál fellt niður hjá lögreglu 3. Mál sent frá lögreglu 4. Mál enn í vinnslu 5. Upplýsingar vantar
<b>124. Áverkaskýrsla/komuskýrsla á slysa- og bráðamóttöku</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>136. Ráðgjafa (sálfræðingur/ félagsráðgjafi/ hjúkrunarfræðingur)</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	
<b>125. Innlög á gæsludeild/sjúkradeild</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>137. Sálfræðileg meðferð</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar <i>Ef já, hjá hverjum?</i>	
<b>126. Samtal við hjúkrunarfræðing</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>138. Innan NM-teymis</b> 1. Já 2. Nei <b>a. Ef já, fjöldi viðtala:</b> _____	<b>147. Ef mál sent frá lögreglu, ákærði saksóknari?</b> 1. Já 2. Nei – mál fellt niður 3. Mál enn í vinnslu 4. Upplýsingar vantar
<b>127. Vísad til ráðgjafa (sálfræðingur/ félagsráðgjafi/ hjúkrunarfræðingur)</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>139. Utan NM-teymis</b> 1. Já 2. Nei	<b>148. Hver var dómur Héraðsdóms?</b> 1. Sakfelling 2. Sýkna 3. Dómur ekki fallinn 4. Upplýsingar vantar
<b>128. Samtal við réttargæslumann (lögfræðing)</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>140. Þolanda vísad til annarra fagaðila:</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	
<b>Endurkomur</b>	<b>140.a Ef já, hvert?</b> 1. Geðdeild LSH <b>i. Ef já, bráðainnlög?</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað 2. Stígamót 3. Kvennaathvarf 4. SÁÁ/Teigur LSH/Stuðlar 5. Barnahús 6. Annar aðili <b>a. Ef já, hvaða:</b> _____ 7. Upplýsingar vantar	<b>149. Hver var dómur Hæstaréttar?</b> 1. Sakfelling 2. Sýkna 3. Dómur ekki fallinn 4. Upplýsingar vantar
<b>129. Kom í fyrstu endurkomu (1 mán.)</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar		<b>150. Fékk þolandi miskabætur?</b> 1. Já 2. Nei 3. Mál enn í vinnslu 4. Upplýsingar vantar
<b>130. Kom í aðra endurkomu (3 mán)</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar		
<b>131. Kom í þriðju endurkomu (6 mán)</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar		
<b>132. Kom oftár</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar <b>a. Ef já, fjöldi endurkoma:</b> _____		
<b>133. Haft samband símleiðis</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>141. Mál tilkynnt Barnaverndarnefnd?</b> 1. Já 2. Nei 3. Á ekki við 4. Upplýsingar vantar	<b>151. Aukalega um kæur:</b> a. Sakargögn sótt dags: _____ b. Sakargögnum hent dags: _____ c. Mál sent frá RLR dags: _____ d. Læknir kom fyrir rétt dags: _____ e. Hjúkrunarfræðingur kom fyrir rétt
	<b>142. Sjálfsvígshugsanir eftir atburð</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað	

	<b>143. Sjálfsskaði eftir atburð</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað	dags: _____ f. Ráðgjafi kom fyrir rétt dags: _____
	<b>144. Sjálfsvígstílaun/ír eftir atburð</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað	

**Sálfræðiþjónusta NM - ath úr skýrslu sálfræðings**

<b>Þjónustunýting á NM</b>		
<b>127. Vísað til sálfræðings (hjúkrunarfr.)</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	<b>f. Tímabil áfallahjálpar/meðferðar?:</b> 1) dags. Fyrst tímans/upphaf áfallahjálpar(ÁH) _____ 2) lok ÁH/eftirfylgdar _____ 3) dags. upphaf meðferðar _____ 4) dags. loka meðferðar _____	
<b>128. Samtal við réttargæslumann (lögfræðing)</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar		
<b>137. Sálfræðileg meðf./áfallahj/eftirfylgd</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar (ath þ.e. var einhver þjónusta hjá sálfr.) <i>Ef já, hjá hverjum?</i>		
<b>138. Innan NM-teymis (sjá lista)</b> 1. Já 2. Nei <b>b. Ef já, fjöldi viðtala:</b> _____  <b>c. 1) Hlaut áfallahjálpar</b> 1. Já 2. Nei. Ef já, fjöldi viðtala _____ <b>b2) Ef Nei, skýring:</b> 1. Ekki þörf á meðferð 2. Boðið en afþakkað 3. Náðist ekki í/mætti ekki 4. Vísað áfram/annað 5. Ekki vitað  <b>c. Hlaut eftirfylgd án formlegrar meðferðar?</b> 1. Já 2. Nei. <i>Ef já, form eftirfylgdar:</i> <b>c.1) Símtal</b> 1. Já 2. Nei. Ef já, fjöldi viðtala _____ <b>c.2) Tölvupóstur</b> 1. Já 2. Nei. Ef já, fjöldi viðtala _____ <b>c.3) Viðtal</b> 1. Já 2. Nei. Ef já, fjöldi viðtala _____ <b>c4) Ef Nei, skýring:</b> 1. Ekki þörf á meðferð 2. Boðið en afþakkað 3. Náðist ekki í/mætti ekki 4. Vísað áfram/annað 5. Ekki vitað  <b>d. Hlaut sálfræðilega meðferð umfram áfallahjálpar og eftirfylgd?</b> 1. Já 2. Nei. Ef já, fjöldi viðtala _____ <b>d2) Ef Nei, skýring:</b> 1. Ekki þörf á meðferð 2. Boðið en afþakkað 3. Náðist ekki í/mætti ekki 4. Vísað áfram/annað 5. Ekki vitað	<b>138 g) Spurningalistar</b> já ____ nei ____ <b>Fjöldi skipta</b> _____ <i>Ef já hvaða, spurningalistar:</i> <b>138g1) PDS/PSS-SR</b> fj. Skipta _____ <b>138g2) IES</b> fj.skipta _____ <b>138g3) BDI (BDI-II)</b> fj.skipta _____ <b>138g4) Aðrir PTSD listar:</b> _____  Ef já: sjá bakhlið til að fylla út skorin.	
	<b>140. Polanda vísað til annarra fagaðila (þ.m.t. aðrir sálfræðingar utan NM-teymis):</b> 1. Já 2. Nei 3. Upplýsingar vantar	
	<b>140.a Ef já, hvert?</b> 8. Geðdeild LSH <b>ii. Ef já, bráðainnlögn?</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað 9. Stígamót 10. Kvennaathvarf 11. SÁÁ/Teigur LSH/Stuðlar 12. Barnahús 13. Annar aðili <b>a. Ef já, hvaða:</b> _____ Upplýsingar vantar	
	<b>141. Mál tilkynnt Barnaverndarnefnd?</b> 1. Já 2. Nei 3. Á ekki við 4. Upplýsingar vantar	
	<b>142. Sjálfsvígshugsanir eftir atburð</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað <b>143. Sjálfsskaði eftir atburð</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað <b>143b. Fyrri áfengis/vímuefnavanda tilgreindur</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað <b>143c. Fyrri áfallasaga</b> 1. Já 2. Nei 3. Ekki vitað	

4

<p><b>e. Lauk meðferð?</b> 1. Já 2. Nei.</p> <p><b>Ef nei, ástæða loka meðferðar:</b></p> <p>1) Hætti að mæta? 1. Já 2. Nei.</p> <p>2) Af þakkaði meðferð eftir að hún byrjaði? 1. Já 2. Nei</p>	<p><b>Sálfræðingar innan teymis:</b></p> <p>Berglind Guðmundsdóttir</p> <p>Sjöfn Evertsdóttir</p> <p><b><i>Ath Innan teymis en utan spítala:</i></b></p> <p>Ragna Ragnarsdóttir</p> <p>Heiðís Sigurðardóttir</p> <p>Þórunn Finnsdóttir</p> <p>Erla Grétarsdóttir</p> <p>Gyða Eyjólfsdóttir</p>
--	--