

Læknisfræðilegt mat vegna gruns um kynferðisofbeldi gegn stúlkum

Margrét Edda Örnólfsdóttir¹ lækni, Ebba Margrét Magnúsdóttir^{1,2} lækni, Jón R. Kristinsson^{2,3} lækni, Reynir Tómas Geirsson^{1,4} lækni

ÁGRIP

Inngangur: Kynferðisofbeldi gegn börnum hefur verið falið vandamál. Læknisskoðun er æskileg til að leita áverka, útiloka sýkingar, safna réttarlæknisfræðilegum gögnum og tryggja velferð barnsins. Samantekt var gerð á framkvæmd og niðurstöðum læknisfræðilegs mats á Landspítala og í Barnahúsi.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn og lýsandi fyrir árin 2001-2010. Upplýsingum um staðlaðar skoðanir var safnað í Barnahúsi og úr læknafréttum og matsblöðum á Landspítala um aldur, kyn, biðtíma frá tilvísun að skoðun og skráð frábrigði á ytri kynfærum. Lýsingar á frábrigðum voru flokkaðar með tilliti til tengsla við kynferðisofbeldi í samræmi við læknisfræðilegt flokkunarkerfi Adams. Upplýsingar um alvarleikastig meintra kynferðisbrota fengust frá Barnahúsi.

Niðurstöður: Fjöldi læknisskoðana/-mats var 224 hjá 220 stúlkum á aldrinum 1-17 ára. Í gögnum um 218 staðlaðar skoðanir hjá stúlkum voru fullnægjandi skoðanir 201 (92%). Flestar skoðanir fóru fram innan

mánaðar frá tilkynningu (meðalbiðtími 28 dagar; bil 1-166). Meyjarhafts lýsingar voru í 24 tilvikum metnar sem mögulegt kynferðislegt ofbeldi, þar með talið 21 tilvik „rofins meyarhafts“ hjá stúlkum sem var ekki kynferðislega virk. Tvö kynfæravörtutílvik greindust (1%) og ein klamydíusýking (0,5%). Hjá stúlkum sem ekki voru kynferðislega virkar voru skoðanir eðlilegar hjá 85% (165/193); 28 sýndu hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis eða höfðu frábrigði með óljósa/umdeilda þýðingu. Efstalvarleikastigi var lýst hjá 71 stúlkum.

Ályktun: Meirihluti læknisskoðananna voru hjá ókynþroska stúlkum, töldust ekki bráðatilvik, og niðurstaðan innan eðlilegra marka. Hugsanleg ummerki um kynferðisofbeldi voru hjá einni af 8. Frábrigðum frá eðlilegri skoðun var sjaldan lýst og sýkingar sjaldgæfar. Vanda þarf aðferðir og verkferla við valkvæðar og bráðar læknisskoðanir vegna gruns um kynferðisofbeldi.

Inngangur

Engin samræmd og alþjóðlega viðurkennd skilgreining er til á kynferðisofbeldi gegn börnum. Öll kynferðisleg samskipti milli barns og fullorðins aðila má skoða sem ofbeldi, þar sem barn hefur hvorki þroska né skilning til að samþykkja athafnir sem miða að kynferðislegri örvun einstaklings sem hefur yfirburði gagnvart barninu.¹⁻³ Kynferðisbrot gegn börnum eru umfangsmikið vandamál og rötgróið í mannlegu samfélagi.⁴ Vegna eðlis brotanna og leyndar sem oftast hvílir yfir þeim er erfitt að fá rétta mynd af umfangi og tíðni þeirra. Einungis hluti mála kemur til kasta yfirvalda.⁵ Samantektir rannsókna á Vesturlöndum benda til að 15-30% stúlkna og 5-15% drengja verði fyrir einhverri tegund kynferðisofbeldis og 5-10% stúlkna og 1-5% drengja sæti grófara kynferðisofbeldi.^{5,6} Læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki ber að tilkynna allan grun um slík brot til barnaverndarnefnda og telst tilkynningaskyldan æðri lögum um þagnarskyldu (Barnaverndarlög, nr. 80/10. maí 2002, althingi.is).

Á árinu 2010 bárust barnaverndaryfirvöldum 9259 tilkynningar vegna meintra brota á 16., 17. og 18. grein barnaverndarlaga.⁷ Þar af voru 441 tilvik (4,8%) þar sem grunur var um kynferðisofbeldi. Þetta var lægra hlutfall en í Bretlandi, Bandaríkjunum og

víðar.⁵ Í könnun meðal framhaldsskólanema árið 2004 sögðust 13,6% stúlkna og 2,8% drengja hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi fyrir 18 ára aldur.⁸ Stúlkur 7-13 ára voru stærsti þolendahópurinn. Þetta samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna sem benda til að meirihluti þolenda séu ókynþroska stúlkur.⁹ Önnur rannsókn benti til að 17% Íslendinga hefðu sætt einhverri tegund kynferðisofbeldis á barnsaldri.¹⁰ Langur tími getur liðið frá því að kynferðisofbeldi á sér stað uns einstaklingur greinir frá því.¹¹ Afleiðingarnar geta verið alvarlegar fyrir þolendur, bæði í kjölfar ofbeldisins og síðar á ævinni,¹² þar með talið ótti og hegðunarsvandamál,¹³ þunglyndi, kvíðaraskanir, áfengis- og lyfjamisnotkun¹⁴ og erfið meðgöngu- og fæðingarreynsla.¹⁵

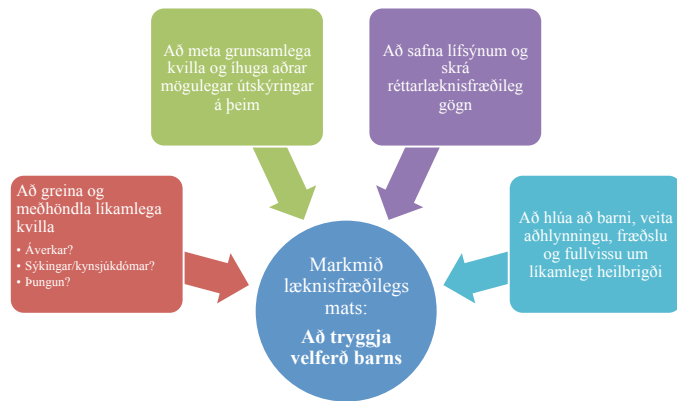
Barnahús hóf starfsemi í nóvember 1998 á vegum Barnaverndarstofu sem fer með stjórn barnaverndarmála í umboði velferðarráðuneytisins. Þar hefur málefnum barna sem grunur leikur á að hafi sætt kynferðisofbeldi verið sinnt, meðal annars með sérhannaðri aðstöðu til læknisskoðana frá 1999.¹⁶ Hluti búnaðarins er ljóslampi með stækkunargleri sem tengdur er myndbandsupptökutæki (*video-colposcope*). Til undantekninga heyrir ef svæfa þarf börn fyrir skoðun, sem áður var venja. Barnalæknir og kvensjúkdómalæknir hafa séð um flestar læknisskoðanirnar í nær aldarfjórðung og þróað hefur verið verkferli í samvinnu lækna og barnaverndaryfirvalda, þar með talin stöðluð skráning kynfæraskoðunar sem þessi rannsókn byggir á. Markmiðum læknisskoðananna er lýst á mynd 1. Slík samræmd vinnubrögð hafa eflst í þróaðri ríkjum og mun meiri áhersla verið lögð á sérfræðikunnáttu.^{17,18}

¹Kvennadeild, ²Barnahúsi Reykjavíkur, ³Barnaspítala Hringins, kvenna- og barnasviði, Landspítala, ⁴læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspegnun svarar Ebba Margrét Magnúsdóttir, ebbamag@landspitali.is

<https://doi.org/10.17992/ibl.2017.0708.145>

Greinin barst blaðinu 15. nóvember 2016, samþykkt til birtingar 20. júní 2017.



Mynd 1. Markmið læknisfræðilegs mats þegar grunur leikur á að barn hafi sætt kynferðisofbeldi. (Samantekt, MEÖ. Byggt meðal annars á óbirtri skýrslu um kynferðisofbeldi gegn börnum eftir Þóru F. Fischer og Jón R. Kristinsson).

Tilgangur rannsóknarinnar var að lýsa starfi lækna í þessari móttöku á 10 ára tímabili og meta hvort og hve oft frábrigði við skoðun hefðu bent til kynferðisofbeldis.

Efniviður og aðferðir

Gerð var afturskyggn rannsókn á niðurstöðum skipulagðra læknisskoðana á Landspítala og í Barnahúsi vegna gruns um kynferðisofbeldi á árunum 2001-2010. Farið var yfir skráningar um læknisskoðanir stúlkubarna á kvenna- og barnasviði Landspítala og skoðuð læknabréf til barnaverndaryfirvalda og matsblöð kvensjúkdómalæknis um niðurstöður kynfæraskoðunar sem safnað hafði verið í læsta skjalageymslu á vegum samstarfslækna Barnahúss á kvenna- og barnadeildum Landspítala. Upplýsingar um fjölda læknisskoðana í Barnahúsi, sem skráðar voru í gögnum á Landspítala, voru bornar saman við ársskýrslur Barnaverndarstofu til að athuga samræmi skráninga milli Landspítala og Barnahúss. Leitað var upplýsinga um biðtíma frá tilvísunum barnaverndarnefnda í Barnahús þar til skoðun var framkvæmd. Skoðaðar voru lýsingar á frábrigðum á ytri kynfærum og endaparmi, þar með talið mat á meyarhafti, og niðurstöður rannsókna. Gagnasöfnun og úrvinnsla fór fram á kvennadeild Landspítala. Upplýsingar um stúlkur <18 ára sem komu á neyðarmóttöku Landspítala vegna nauðgana á tímabilinu, fengust þaðan til fjölda-samanburðar, en rannsóknin tók ekki til meintra brota (nauðgana) hjá stúlkum sem þangað leituðu.

Varðandi gögn á Landspítala var stuðst við bandarískt flokkunarkerfi (Adams Classification System),¹⁹ sem skapar grundvöll fyrir samræmda túlkun á frábrigðum með tilliti til hugsanlegra, óljósra eða ósértækra tengsla við kynferðisofbeldi. Niðurstöðurnar eru flokkaðar í: 1) eðlilegan fjölbreytileika; 2) ósértækar niðurstöður; 3) niðurstöður með óljósa þýðingu; og 4) hugsanleg ummerki um kynferðisofbeldi. Öll tilvik þar sem læknir mat meyarhaftið sem „rofið“ voru flokkuð sem hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis hjá stúlkum sem voru ekki kynferðislega virkar. Flokkunin var einungis byggð á lýsingum í læknabréfi og matsblaði kvensjúkdómalæknis. Í Barnahúsi er notuð flokkun sem tekur til alvarleikastigs meintra brota. Þau eru 5 og hvert þeirra er skráð sem

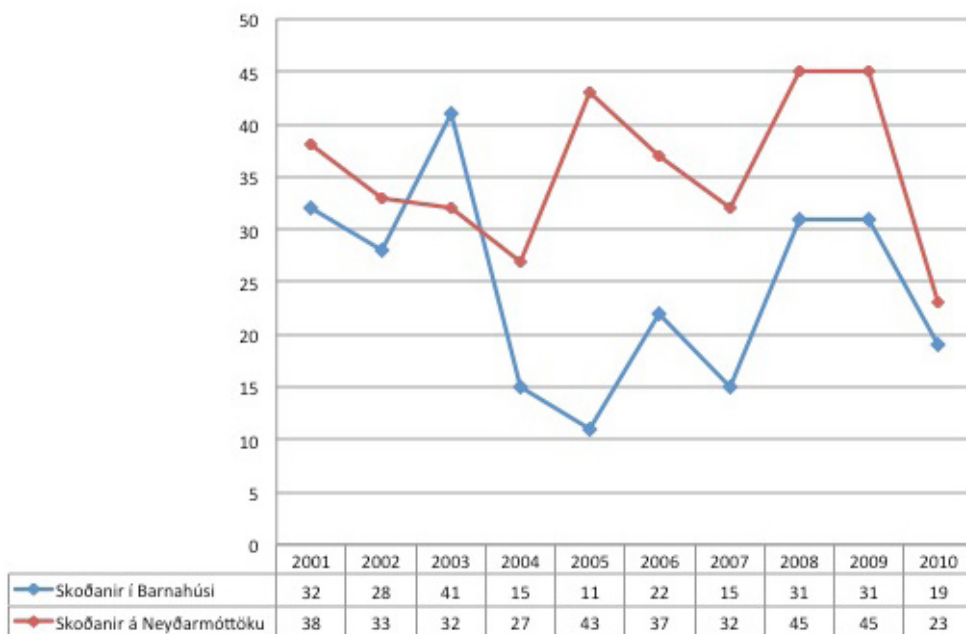
til staðar eða ekki til staðar (mynd 2). Flokkunin var unnin af sálfræðingunum Þorbjörgu Sveinsdóttur og Jóhönnu Kristínu Jónsdóttur og byggir að hluta á eldri flokkun (óbirt) sem gerð var fyrir Barnaverndarstofu í tengslum við rannsókn á afdrifum kynferðisbrotamála gegn börnum á Íslandi árin 1995-1997.²⁰ Brot eru ekki flokkuð þegar barn er yngra en 3½ árs eða þegar grunur um kynferðisofbeldi vaknar af öðrum orsökum en frásögn barnsins sjálfs. Flokkunin er háð huglægu mati á framburði barns og tekur því einungis mið af þeim brotum sem barn lýsir. Grófleiki brota eykst með hækkandi alvarleikastigi á kvarða frá 1-5. Ef barn greinir ekki frá ofbeldi í viðtali er það flokkað sem alvarleikastig 0. Í sumum tilvikum var ekki unnt að flokka brotin, til dæmis ef gerandi var óþekktur eða aldur hans ekki kunnur. Við úrvinnslu gagna var alvarleikastigum skipt í þrjú flokka til einföldunar: væg (stig 1-2), gróf (stig 3) og alvarleg brot (stig 4-5). Einungis var tekið mið af grófasta brotinu þegar brotum á fleiri en einu stigi var lýst. Reynt var að tryggja samræmi í mati á alvarleikastigi fyrir öll árin. Fyrir sum börn fengust ekki upplýsingar um alvarleikastig, þar sem þau fóru einungis í læknisskoðun en ekki í viðtal í Barnahúsi, framburður barnanna lá ekki fyrir eða var ómarktækur vegna ungs aldurs. Nokkur börn voru skráð í læknisskoðun þó ekki væru til gögna um þau á Landspítala. Einungis var stuðst við niðurstöður skoðana sem upplýsingar lágu fyrir um á kvennadeild, kvenna- og barnasviði Landspítala, í samræmi við fengin leyfi.

Leyfi fengust frá vísindasiðanefnd (VSN 11-170), Persónuvernd og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala. Auk þess gerði læknaneminn (MEÖ) sérstakan starfssamning við Barnahús. Upplýsingum var safnað úr skjalageymslu á Landspítala og í Barnahúsi. Engin persónuauðkenni eða atriði úr læknaskýrslum sem tengdust þolanda eða öðrum máláðilum voru vistuð eða notuð við úrvinnslu gagna. Frumgögnum úrvinnslunnar hefur verið eytt.

Niðurstöður

Í Barnahúsi voru tiltæk gögn um alls 245 skoðanir á 237 börnum (þar af 17 hjá drengjum). Meðalfjöldi skoðana á ári var 24,5 (miðgildi 25; 15-41 á ári). Fleiri skoðana í Barnahúsi var getið í gögnum Landspítala en í ársskýrslum Barnaverndarstofu, þó flest árin væri samræmi nokkuð gott, einkum eftir 2005. Meðalaldur við skoðun var 8,1 ár og aldursbil frá eins árs til 17 ára. Flest börnin, bæði drengir og stúlkur, voru á aldrinum 3-5 ára. Aldursdreifing var svipuð fyrir bæði kyn. Fáar stúlkur og engir drengir eldri en 14 ára voru skoðaðir í Barnahúsi eða á kvennadeild Landspítala. Einungis einn drengur undir þriggja ára aldri var skoðaður á tímabilinu. Á neyðarmóttöku Landspítala komu hins vegar fleiri einstaklingar undir 18 ára en í Barnahús á svo til öllum árum tímabilsins (mynd 2).

Alls voru 220 stúlkur skoðaðar á tímabilinu í 224 læknisskoðunum (fjórar stúlkur skoðaðar á ólíkum árum rannsóknartímabilsins en einungis ein skoðun á ári talin, n=224 tilvik). Aldur var þekktur í 223 tilvikum og var meirihluti stúlkanna 3-14 ára. Fjöldi skoðana hjá yngstu stúlkunum nærri tvöfaldaðist á tímabilinu, en færri skoðanir voru gerðar hjá eldri stúlkum á síðari 5 árunum, einkum í aldurshópnum 12-14 ára. Biðtími eftir læknisskoðun var skráður hjá 205 stúlkum og var í flestum tilvikum innan við mánuður



Mynd 2. Samanburður á fjölda skoðana á börnum vegna gruns um kynferðisofbeldi í Barnahúsi og vegna nauðgana/kynferðisofbeldis á neyðarmóttöku Landspítala á rannsóknartímabilinu 2001-2010.

(131/205=64%, miðgildi 21 dagur, bil 0-166), en í 12% tilvika liðu meira en tveir mánuðir.

Gögn um niðurstöður úr 218 stöðluðum skoðunum barnalæknis og kvensjúkdómalæknis hjá 213 stúlkum voru tiltæk. Skoðun taldist fullnægjandi í 201/218 skipti (92%). Í 17 tilvikum tókst fullnægjandi skoðun ekki í Barnahúsi vegna tíðablaðinga eða samvinnuerfiðleika við stúlkuna. Í 5 tilvikum var þörf á frekari skoðun. Tvær stúlkur voru skoðaðar í svæfingu, ein á Barnspítala Hringins og ein var endurmetin utan Landspítala, en niðurstöður þessara skoðana voru ekki tiltækar. Bestur árangur náðist í framkvæmd skoðana hjá aldurhópnum 6-8 ára (100%). Andstaða við skoðun var algengari hjá eldri stúlkum.

Fyrir fullnægjandi skoðanir (201) voru frekari lýsingar á læknis-skoðun metnar. Lýsingar á meyarhafti voru skoðaðar á matsblaði kvensjúkdómalæknis. Í 179/201 tilviki var lögun meyarhafts lýst. Algengast var skeifu/U-laga meyarhaft (n=82), 20 stúlkur voru með hringlaga meyarhaft og í 39 tilvikum var meyarhaft talið lokað. Annarri lögun var lýst í 9 skoðunum: það er að segja fell-ingaríku, V-laga eða óreglulegu eða það sást ekki vegna samvaxta ytri skapabarma.

Fjölbreytileika/frábrigðum á meyarhafti var lýst í 8 skoðunum (8/201=4%). Í tveimur tilvikum var getið um ójöfnu (1%), hringlaga gat á meyarhafti sást í einni skoðun (0,5%), þrisvar var skarð í meyarhafti (1,5%), þar af einnig separ í einni skoðun. Örvefs-

myndanir í neðri hluta meyarhafts sáust hjá tveimur stúlkum (1%). Í 8 tilvikum var meyarhaftsopi lýst sem áberandi víðu og í þremur þeirra tilvika var jafnframt getið um þunna (n=2) eða horfna (n=1) aftari brún meyarhafts. Í einu tilviki voru brúnir sagðar óreglulegar auk þess sem skarð og separ sáust, en í fjór-um tilvikum var frekari lýsing ekki til staðar. Rofnu meyarhafti var lýst í 29 skoðunum (14,5%). Í 8 tilvikum var um kynferðislega virkar stúlkur að ræða en í 21 tilviki (21/201=10,5%) var meyarhaft metið sem rofið að fullu eins og eftir samfarir eða innþrengingu hjá stúlkum sem sögðust ekki vera kynferðislega virkar.

Öðrum frábrigðum á ytri kynfærum og endaparmi var lýst í 47 tilvikum (47/201=23%), svo sem roða á ytri kynfærum (n=28), sári (n=4) og sprungum (n=2). Í einu tilviki var greint frá mari en hvergi lýst bólgu, húðbreytingum eða óeðlilegri endaparmspennu. Í 21 tilviki voru önnur frábrigði skráð, svo sem fæðingarblettir og valbrá, hvítleit útferð og grunur um sveppasýkingu, samvöxtur á ytri skapabörnum (n=3) eða merki um örvef og/eða gamla áverka (n=6). Tvisvar staðfesti vefjagreining kynfæravörtur (*Condyloma acuminata*) (1%, n=2/201). Þvagransókn reyndist óeðlileg í 6 tilvikum, þar með talin þvagfærasýking hjá þremur stúlkum (3/201=1,5%). PCR-mælingar voru gerðar á 192 þvagsýnum (192/201=95,5%). Engin tilfelli lekanda (*Neisseria gonorrhoea*) greindust, en eitt sýni var jákvætt fyrir klamydíu (*Chlamydia trachomatis*) (1/201=0,5%). Skeiðarsýklun (*bacterial vaginosis*) var greind hjá einni stúlku og sveppasýking hjá tveimur. Aðrar rannsóknir, svo sem húðstrok (n=5), blóðsýni (n=2) og þungunarpróf (n=1), gáfu eðlilega/neikvæða niðurstöðu (tafla I).

Upplýsingar um alvarleikastig voru skráð hjá 181 stúlkum en þar af átti alvarleikastig ekki við hjá 62, til dæmis sökum aldurs, óþekktis geranda eða kynferðislegs leiks. Af 120 stúlkum þar sem alvarleikastig átti við og lá fyrir, greindu 24 frá brotum á fleiri en einu stigi, þar af á tveimur alvarleikastigum hjá 20, en fjórar stúlkur skýrðu frá brotum af öllum stigum. Í 21 tilviki þar sem stúlkur greindu ekki frá eða neituðu að hafa sætt kynferðisofbeldi var

Tafla I. Óeðlilegar niðurstöður rannsókna úr 201 skoðun vegna gruns um kynferðisofbeldi.

	(n)	(%)
Þvagfærasýking	3	1,5
Klamydíusýking (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	1	0,5
Kynfæravörtur (<i>Condyloma acuminata</i>)	2	1
Sveppasýking í skeið	2	1
Skeiðarsýklun (<i>bacterial vaginosis</i>)	1	0,5

Tafla II. Aldursdreifing hjá 181 stúlku fyrir hvert alvarleikastig kynferðisbrota á rannsóknartímanum.

Alvarleikastig	0	1-2	3	4-5	Óflokkað	Alls (n)	(%)
<3 ára	0	0	0	0	11	11	6
3-5 ára	7	2	7	5	30	51	28
6-8 ára	5	2	3	14	7	31	17
9-11 ára	5	3	6	17	10	41	23
12-14 ára	3	1	1	28	4	37	20
15-17 ára	0	1	2	7	0	10	6
Alls (n)	20	9	19	71	62	181	
%	11	5	10	39	34		

samt talin ástæða til læknisskoðunar. Hlutfallsdreifing þekktra alvarleikastiga er sýnd á mynd 3, en algengast var að stúlkur greindu frá broti á alvarleikastigi 4-5, sem tekur til munnmaka og innþrengingar, alls 71 stúlka. Tafla II sýnir aldursdreifingu fyrir hverja alvarleikaflokk hjá 181 stúlku en upplýsingar vantaði um aldur einnar. Eldri stúlkur greindu oftast frá grófari brotum.

Mat samkvæmt flokkunarkerfi Adams¹⁹ var gert hjá 193 stúlkum sem voru ekki kynferðislega virkar. Mat á lýsingum á meyjarafti sýndi að í 24 tilvikum var um að ræða mögulegt kynferðislegt samneyti eða lýsingarnar studdu grunsemdir úr frásögn barnsins. Í þeim flokki voru meðal annars öll tilvik þar sem meyjaraft var sagt „rofið“.²¹ Í tveimur skoðunum voru tengsl meyjaraftsfrábrigða við kynferðisofbeldi óljós (skörð í meyjarafti). Engin skoðunarlýsing á ytri kynfærum og endaparmi flokkaðist sem „hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis“ en tvö tilvik voru flokkuð sem „óljós/umdeild þýðing“. Við mat á heildarniðurstöðu skoðunar voru þannig 24 tilvik þar sem um hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis var að ræða (24/193=12,5%), en hjá 2% (4/193) voru frábrigði með óljósa/umdeilda þýðingu (tafla III).

Af stúlkum þar sem niðurstaða læknisskoðunar var talin óeðlileg og að ummerki kynferðisofbeldis gætu verið til staðar, höfðu flestar greint frá brotum af alvarleikastigi 4-5 (15/19=79%), en alvarleikastig lá ekki fyrir í öllum tilvikum. Frábrigði sem hugsanlega gátu bent til kynferðisofbeldis eða höfðu óljósa þýðingu, fundust þó einnig hjá stúlkum sem ekki höfðu greint frá ofbeldi eða þar sem ekki var unnt að ákvarða alvarleikastig, en hjá engri þeirra stúlkna, sem greindi frá brotum á alvarleikastigum 1-3, reyndist skoðun óeðlileg.

Umræða

Á áratugnum 2001-2010 voru árlega framkvæmdar í Barnahúsi 11-41 læknisskoðun vegna gruns um kynferðisofbeldi, flestar á ókynþroska stúlkum. Langoftast sýndi skoðunin eðlilegar niðurstöður. Frábrigði sem hugsanlega tengdust kynferðisofbeldi, voru fá. Sýnatökur og áþekkar rannsóknir voru flestar eðlilegar og sýkingar sjaldgæfar. Orsakir misræmis við samanburð gagna um læknisskoðanir á Landspítala og í Barnahúsi má rekja til of- eða vanskráninga á báðum stöðum, en ætla má að gögn um allar skoðanir sem gerðar voru hafi verið að finna á Landspítala. Rannsóknin ætti því að gefa nokkuð raunsanna mynd af umfangi og

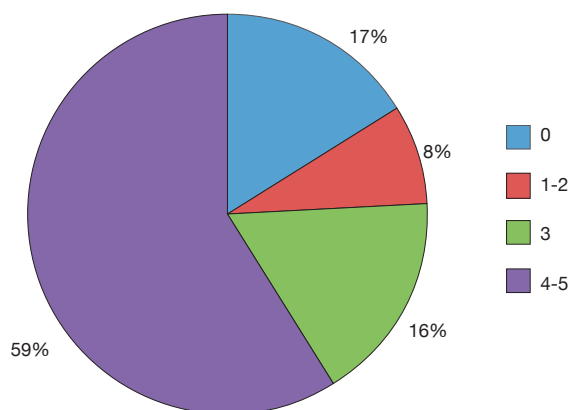
eðli læknisskoðana sem tengjast grun um kynferðislegt ofbeldi gagnvart stúlkubörnum.

Tilkynningar ríflega fjórfölduðust á tímabilinu sé horft til undanfarandi áratugar,⁷ sem endurspeglar vaxandi vitund um vandann. Á rannsóknaráratugnum varð meiri þungi í samfélags- umræðu um kynferðisofbeldi og skilningur á eðli, tilgangi, markmiðum og takmörkunum skoðana hjá börnum jókst hjá fagfólki. Fæst þeirra barna sem sinnt er í Barnahúsi hafa náð kynþroska og kynferðisofbeldið sem þau eru talin hafa sætt er misgróft. Rannsóknin tók hins vegar ekki til stúlkna sem leituðu á neyðarmóttöku Landspítalans. Þau brot eru annars eðlis og oftast bráð, stúlkurnar eru flestar eldri og kynþroska. Þar er tilgangur læknisskoðunar að miklu leyti réttarlæknisfræðilegur,⁷ en í Barnahúsi er umönnun barnsins og sögutakan forgangsatríði. Vægi framburðar barnsins er nú talinn mikilvægasti greiningarþátturinn, enda eru áverkar, sýkingar og aðrar líkamlegar afleiðingar kynferðisofbeldis sjaldgæfar, bæði í okkar og erlendum rannsóknum.^{21,22} Að öllum líkindum hefur of mikil áhersla verið lögð á læknisfræðilegu greininguna áður,²² en sem betur fer er þess sjaldnast krafist af læknum að þeir sanni eða afsanni hið meinta ofbeldi.

Að frátöldum nauðgunum eru ókynþroska stúlkubörn meginþolendur kynferðisofbeldis.^{5,9,10} Fjögur af hverjum 5 skoðuðum börnum voru á aldrinum 3-14 ára. Jákvætt var að langflestar skoðanirnar voru gerðar með stöðluðum hætti og af barnalækni og kvensjúkdómalækni sameiginlega. Æskilegt er að læknisskoðun fari fram við bestu mögulegu aðstæður við fyrsta tækifæri og sú var oftast raunin. Áverkar á svæðinu gróa hins vegar á nokkrum dögum og skilja sjaldan eftir sig ummerki.²³⁻²⁵ Þetta gerir staðhæfingum um orsakasamband erfiðar. Varanlegar breytingar af völdum

Tafla III. Mat á heildarniðurstöðu skoðunar með tilliti til tengsla við kynferðisofbeldi.

	Fjöldi (n)	Hlutfall (%)
Engin frábrigði	119	62
Eðlilegur fjölbreytileiki	12	6
Ósértæk frábrigði	34	18
Óljós þýðing	4	2
Hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis	24	12
Alls	193	



Mynd 3. Hlutfallsdreifing alvarleikastiga hjá 120 stúlkum sem fóru í lækni skoðun í Barnahúsi (hver stúlka er talin einu sinni og miðað við grófasta brot sem lýst var).

gamalla áverka geta þó sést og rennt stöðum undir fullyrðingar um kynferðislegt ofbeldi, en skortur á sjáanlegum ummerkjum eða jákvæðum rannsóknarniðurstöðum útilokar slíkt ekki.²⁵ Samræmdar aðferðir í viðtölum og við skoðun stúlkna, eins og gert er í Barnahúsi, skipta því miklu. Aðeins í undantekningartilvikum ætti að þurfa að svæfa stúlku, svo sem ef grunur er um aðskotahlut í leggöngum.²

Margt sem áður var talið styðja fullyrðingar um kynferðisofbeldi hefur reynst vera eðlilegur líffærafræðilegur fjölbreytileiki.²¹ Á fyrri áratugum var oft talið að lögum meyarhafts gæfi vísbendingu um að innþrenging eða samfarir hefðu átt sér stað. Nú er talið að lítið sé upp úr því að leggja, enda lögum og stærð meyarhafts mjög mismunandi. Fjölbreytileiki meyarhafts hefur reynst áþekktur við grun um kynferðisofbeldi og hjá öðrum stúlkum.²⁶⁻²⁸ Meyjarhaftsopi var í 8 tilvikum í okkar rannsókn lýst sem „óeðlilega eða áberandi víðu“, en mælingar á því teljast ekki nothæfar til mats á því hvort kynferðisofbeldi hafi átt sér stað.^{25,28,29} Þó lögum meyarhaftsins hafi þannig ekki sértækt gildi við mat á kynferðisofbeldi, er það hluti heildarmats þar sem taka þarf tillit til aldurstengdra breytinga.^{30,31} „Rofnu meyarhafti“ var lýst í 21 skoðun þar sem þetta útlit var talið merki um innþrengingu hjá stúlkum sem sögðust ekki kynferðislega virkar. Þar sem staðla vantar í lækni skoðun er erfitt að meta hvað felst í lýsingunni „rofnið meyarhaft“ en í rannsókninni var það túlkað sem hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis. Til að framkvæma skoðunina sem best þarf fullkomna aðstöðu og sérþjálfað starfsfólk til að hámarka líkur á réttmætri túlkun.³¹ Lýsingar á frábrigðum geta einnig verið misjafnar eftir skoðunarstillingu.³² Kynfæravörtur eða klamydíusýking eru ótvíræðari einkenni, en sjaldgæf hjá ókynþroska börnum.³³ Þau sáust hér í minni mæli en í erlendum rannsóknum.³⁴

Einungis var tiltækt alvarleikastig fyrir 120 af þeim 220 stúlkum (55%) sem skoðaðar voru í Barnahúsi á tímabilinu. Þetta skýrist bæði af takmörkunum flokkunarkerfisins og ágöllum í skráningu skoðananna. Rannsóknir hafa sýnt að stúlkur sem greina frá innþrengingu fá frekar lækni skoðun en aðrar³⁵ og skoðunarniðurstaða er oftár óeðlileg hjá þeim.²³ Í okkar rannsókn var 71 stúlka skoðuð sem greint hafði frá tilraun til innþrengingar eða munnmökum. Því má fullyrða að að minnsta kosti þriðjungur stúlkna sem fóru í lækni skoðun hafi greint frá grófu ofbeldi, og þá oftár eldri stúlkurnar, eins og erlendis.²³ Í 14,5% tilfella voru frábrigði metin sem hugsanleg ummerki kynferðisofbeldis eða höfðu óljósa/umdeilda þýðingu þó stúlkna greindi ekki frá slíku, sem er hærra hlutfall en í áþekktum erlendum rannsóknum.²³ Þó áverkar og ummerki um kynferðisofbeldi í valkvæðum skoðunum greinist ekki oft, dregur það ekki úr mikilvægi staðlaðra lækni skoðana við bestu aðstæður.^{17,18}

Árið 2007 var kynferðislegur lögaldur barna hækkaður í 15 ár, en með því var lagt bann við kynferðismökum við börn undir þeim aldri (lög nr. 61/27, mars 2007, um breytingar á almennum hegningarlögum nr. 19/140). Kynferðisbrot gegn eldri börnum geta þannig átt meira skylt við nauðgun eða kynferðisofbeldi gegn fullorðnum einstaklingi. Oft er sterk krafa af hálfu fjölskyldu barnsins um að skoðun fari fram án tafar,³⁶ enda fylgir frásögn barns af kynferðisofbeldi gjarnan mikil geðshræring. Þrátt fyrir það er í mörgum tilvikum ráðlegt að bíða átekt, enda niðurstöður skoðunar áreiðanlegri ef hún er framkvæmd af sérfræðilæknum við bestu aðstæður.^{17,18,37} Erlendar rannsóknir benda til þess að önnur heilsufarsvandamál barna, sem koma í skoðanir sem þessar, séu algeng og ekki alltaf meðhöndluð sem skyldi.³⁸ Lækni skoðanirnar geta í þessu sambandi haft mikið gildi fyrir börnin og forráðamenn þeirra, sem fá staðfestingu á því að barnið sé líkamlega heilbriggt og að varanlegur líkamlegur skaði hafi ekki orðið. Þá geta þær einnig útilokað sjúkdóma og meðfæddir gallar greinst.¹⁹ Jafnframt gefst tækifæri til sérfræðimats á líkamlegum og tilfinningalegum þroska og heilsufari barnsins. Læknirinn getur því verið hlutlaus rannsakandi og matsaðili og skoðun falið í sér greiningu og meðhöndlun, mat, gagnasöfnun og aðhlyningu. Reynslan á Íslandi hefur sýnt að Barnahús gegnir lykilhlutverki við að tryggja besta mögulega ferli við þessar erfiðu kringumstæður. Það er gleðiefni að barnahús hafa verið opnuð víða erlendis að íslenskri fyrirmynd á undanföllum árum.

Þakkarorð

Starfsfólki og forráðamönnum Barnahúss er þökkun margvísleg hjálpsemi og liðsinni.

Heimildir

- Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17: 191-7.
- Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005; 116: 506-12.
- Heimasíða umboðsmanns barna. barn.is/adalsida/mala-flokkar/ofbeldi/kynferðisofbeldi/ - júní 2012.
- Kaplan R. The Medical Response to Child Sexual Abuse: An Historical Overview, in Medical Response to Child Sexual Abuse: A Resource for Professionals Working with Children and Families, STM Learning, Inc. USA 2011: 1-8.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373: 68-81.
- Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 328-38.
- Ársskýrsla Barnaverndarstofu 2008-2010. Barnaverndarstofa, Reykjavík 2010.
- Könnun á kynhegðun ungs fólks á Íslandi og kynferðislegri misnotkun á börnum. Samstarfsverkefni Barnaverndarstofu og Rannsóknar og greiningar 2006. bvs.is/files/file425.pdf - ágúst 2012.
- Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl* 2009; 33: 331-42.
- Ólafsdóttir H. Börn þvinguð til kynlífs - Rannsókn á kynferðislegri misnotkun á börnum. Í: Hinn launhelgi glæpur - kynferðisbrot gegn börnum. Ólafsdóttir SÍ ritstj. Háskólaútgáfan, Reykjavík 2011.
- Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 111-23.
- Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004; 364: 462-70.
- Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993; 113: 164-80.
- Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse, Comparative Quantification of Health Risks. Í: Comparative Quantification of Health Risks, Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL ritstjórar. World Health Organization, WHO, Genf, Sviss, 2004: 1851-941.
- Gisladóttir A, Guðmundsdóttir B, Bjarnadóttir RI, Jónsdóttir E, Aspelund T, Cnattingius S, et al. Risk factors and health during pregnancy among women previously exposed to sexual violence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93: 351-8.
- Skýrsla um starfsemi Barnaverndarstofu og barnaverndarnefnda 1995-1999, fjórði hluti. Barnaverndarstofa. Reykjavík 2000. bvs.is/files/file57.pdf.
- Gavril AR, Kellogg ND, Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics* 2012; 129: 282-9.
- Adams JA, Starling SP, Frasier LD, Palusci VJ, Shapiro RA, Finkel MA, et al. Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse Negl* 2012; 36: 383-92.
- Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse: 2011 update. *J Child Sex Abus* 2011; 20: 588-605.
- Sveinsdóttir P. Framburður barna í Barnahúsi og lyktir mála. Hvað hefur áhrif á birtingu ákæra og sakfellingar í málum barna sem grunur leikur á að hafi sætt kynferðislegu ofbeldi. Háskóli Íslands, Reykjavík 2011.
- Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loiseau J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 2000; 106: 100-4.
- Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 645-59.
- Berkowitz CD. Healing of genital injuries. *J Child Sex Abus* 2011; 20: 537-47.
- Finkel MA. Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics* 1989; 84: 317-22.
- Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA* 2008; 300: 2779-92.
- Heger AH, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T, McConnell G, Morahan M. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: Review of hymenal morphology and nonspecific findings. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15: 27-35.
- Adams JA, Botash AS, Kellogg N. Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 280-5.
- Stewart ST. Hymenal characteristics in girls with and without a history of sexual abuse. *J Child Sex Abus* 2011; 20: 21-36.
- Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics* 2002; 109: 228-35.
- Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr* 2002; 140: 600-7.
- Adams JA. Basic Anatomy of the Genitalia and Anus, in Medical Response to Child Sexual Abuse: A Resource for Professionals Working with Children and Families. STM Learning, Inc. USA 2011: 9-40.
- Boyle C, McCann J, Miyamoto S, Rogers K. Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: a descriptive study. *Child Abuse Negl* 2008; 32: 229-43.
- Unger ER, Fajman NN, Maloney EM, Onyekwuluje J, Swan DC, Howard L, et al. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study. *Pediatrics* 2011; 128: e658-65.
- Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM, et al. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics* 2009; 124: 79-86.
- Walsh WA, Cross TP, Jones LM, Simone M, Kolko DJ. Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination? The impact of Children's Advocacy Centers. *Child Abuse Negl* 2007; 31:1053-68.
- Anderst J, Kellogg N, Jung I. Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. *Pediatrics* 2009; 124: e403-9.
- Kellogg ND. Non-Emergent Medical Examination Procedures and Techniques, in Medical Response to Child Sexual Abuse: A Resource for Professionals Working with Children and Families. 2011, STM Learning, MO, USA: 75-84.
- Girardet R, Giacobbe L, Bolton K, Lahoti S, McNeese M. Unmet health care needs among children evaluated for sexual assault. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160:7 0-3.

ENGLISH SUMMARY

Medical evaluation for suspected sexual violence against girls

Margrét Edda Örnólfsdóttir¹, Ebba Margrét Magnúsdóttir^{1,2}, Jón R. Kristinsson^{2,3}, Reynir Tómas Geirsson^{1,4}

Introduction: Sexual violence against children is a hidden problem. Medical examination and evaluation is needed to search for possible injuries, exclude infections, procure legal evidence and ensure the child's welfare. We assessed medical evaluations done at Landspítali University Hospital and in the Reykjavik Children's House, a specialized clinic for childhood abuse cases.

Material and methods: Retrospective descriptive analysis was performed on the standardized medical examinations. Age, sex, waiting time from reported violence until examination and recorded aberrant external genitalia findings were noted, and classified by the medically-oriented Adams system. Offence severity stages were assigned.

Results: Medical examination cases numbered 224 for 220 girls aged 1-17 years. Records were available on 218 standardized examinations

among girls; 201 were adequate (92%). Most were conducted within a month (medium waiting-time 28 days; range 1-166). Hymenal changes were in 24 cases possibly associated with sexual violence, including 21 in a girl not sexually active. Two girls had human papillomavirus warts (1%) and one chlamydial infection (0.5%). Medical examination was normal in 85% (165/193) of girls who were not sexually active; 24 had possibly experienced sexual violence and four results were uncertain/controversial. For 71 offence severity was serious.

Conclusion: Most examinations were conducted on prepubertal girls, were not a matter of urgency and showed normal results. Possible relation to sexual violence was described for one in eight. Infections were rare. When child sexual abuse is suspected, care with methodology and procedures is needed, both for elective and acute medical examinations.

¹Women's Clinic, ²Children's House, Reykjavik, ³Children's Hospital, Division of Women and Children, Landspítali University Hospital, 101 Reykjavik, ⁴Faculty of Medicine, University of Iceland.

Key words: Violence, child sexual abuse, children, external genitalia, injuries, severity grading.

Correspondence: Ebba Margrét Magnúsdóttir, ebbamag@landspitali.is