

Rådgivning og behandling af 420 børn og deres familier

**Rapport fra
Team for Seksuelt Misbrugte Børn, Rigshospitalet**

København den 10. november 2003

Rapporten er udarbejdet af:

Psykolog Tina Ierner

Psykolog Birgitte Jørgensen

Chefpsykolog, forskningsleder Svend Aage Madsen

Afdelingslæge Bodil Moltesen

Socialrådgiver Dorthe Nielsen

Psykolog Inge Stage

Udgiver:
Team for seksuelt misbrugte børn
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø

Bidragydere:
Chefpsykolog, forskningsleder,
Svend Aage Madsen (red.)
Psykolog Tina Irner
Psykolog Birgitte Jørgensen
Afdelingslæge Bodil Moltesen
Socialrådgiver Dorthe Nielsen
Psykolog Inge Stage

ISBN: 87-988739-3-8

Forord

Hermed fremlægges rapport over resultater af to og et halvt års arbejde i Team for Seksuelt Misbrugte Børn på Rigshospitalet.

De to og et halvt år har været en forsøgsperiode finansieret af satspuljemidler under det tværministerielle udvalg vedrørende seksuelt misbrug af børn.

I arbejdet med familierne og børnene – og dermed baggrunden for de tal, der her fremlægges – har mange personer været involveret. Fra starten professor og overlæge Niels Michaelsen, sygeplejerske Helle Wiese og socialrådgiver Bodil Borake. I forarbejdet til rapporten deltog psykolog Mimi Strange og psykolog Helle Nielsen, nu Projekt Janus under Socialministeriet.

For selve udarbejdelsen af rapporten har følgende stået: Psykolog Tina Irner, Psykolog Birgitte Jørgensen, Chefspsykolog, forskningsleder Svend Aage Madsen, Afdelingslæge Bodil Moltesen, Socialrådgiver Dorthe Nielsen, Psykolog Inge Stage.

Styregruppen for funktionen er Klinikchef, dr. med. Karen Vitting Andersen, Klinikchef, ph.d. Svend Aage Madsen og Afdelingslæge Bodil Moltesen.

Vi håber at rapporten kan være med til at kaste nyt lys over dette vigtige fagområde og at vi hermed har peget på muligheder i det fremtidige arbejde med seksuelt misbrugte børn og deres familier.

Svend Aage Madsen

Resume

Siden oprettelsen i 2001 er mere end 400 børn og deres familier blevet betjent af Team for Seksuelt Misbrugte Børn (SMB) på Rigshospitalet. Det store antal viser, at en tværfaglig specialbetjening i sundhedsvæsnet gør, at flere familier med problemstillingen får hjælp. Ca. 60% af familierne var ikke før kontakten kendt af de sociale myndigheder.

De børn, der har fået støtte er i alle aldre. $\frac{3}{4}$ er piger og $\frac{1}{4}$ drenge. Noget tyder på, at vi i Danmark mangler kontakt med/ kendskab til alle drenge udsat for seksuelt misbrug.

Familierne har enten selv henvendt sig eller er blevet henvist fra sociale myndigheder, læger, hospitaler eller politiet. Det ser ud til, at familierne har lettere ved at henvende sig på et hospital med problemet, og at de henvisende instanser har behov for den funktion. Henvendelserne har omhandlet seksuelle overgreb inden for familien (30 pct.), voldtægt (og forsøg) mod børn (ca. 20 pct.), overgreb uden for familien (bl.a. pædofili) (15 pct.), børns overgreb mod børn (10 pct.).

Børnene og deres familier har fået en tværfaglig støtte fra børnelæge, psykolog, socialrådgiver, sygeplejerske og (hvis nødvendigt) retsmedicinsk undersøgelse. Formålet er hurtig og effektiv tværfaglig udredning, at være rammen om eventuelle retsmedicinske undersøgelser, undersøgelser ved børnelæge, psykosocial førstehjælp inden for rammerne af et hospital med mulighed for akut ophold (evt. indlæggelse), afklaring af behov for behandling, evt. indledning af behandling, formidling af kontakt til især de sociale myndigheder med forslag til foranstaltninger. Omkring en tredjedel familier blev færdigbehandlet i SMB, som dermed aflaster andre instanser i behandlingssystemet.

Anbefalinger ud fra erfaringerne og vigtigheden af at sætte barnet og dets behov i centrum:

- At der oprettes yderligere 3-5 sådanne special- teams på hospitaler i landet bestående af psykolog, socialrådgiver, sygeplejerske og børnelæge
- At dette specialteam kan handle akut, yde psykosocial førstehjælp, være rammen om retsmedicinske undersøgelser, have hospitalsfunktionerne som backup, påbegynde behandling og give en grundig og velafbalanceret udredning med henblik på videre forløb
- At teamet sættes i stand til at færdiggøre en vis del af sagerne og til at foretage en højt specialiseret overgivelse til længerevarende behandling under de sociale myndigheder

Anbefalinger ud fra den helt nye viden, som SMB indsamler og de opgaver de rejser:

- Det nationale videnscenter om seksuelt misbrugte børn fortsætter med henblik på bl.a.:
- Udvikling af bedste behandlingsmetoder, specielt behandling af små børn, gruppebehandling og familiebehandling
- Udforskning af specielt de mindste (0-5årige) børn og drenge som ofre
- Udforske og komme med forslag til forløb af sager fra henvendelse til forløb i kommuner og i eventuelle retssager – bl.a.: hvordan undgås dobbelt traumatisering
- Ud fra materialet udforske muligheder for forebyggelse
- Udforske hvad der skal til for at et seksuelt misbrugt barn beder om hjælp, og bliver hørt.

Indholdsfortegnelse

Resume	4
Indholdsfortegnelse	5
Rådgivning og behandling i Teamet for Seksuelt Misbrugte Børn	6
Kønsfordeling	8
Aldersfordeling	9
Barnets boforhold	10
Henvisningsinstanser og årsager til henvendelser	10
Henvisningsinstans	10
Definitioner	11
Henvendelsesårsager	12
Overgrebets karakter	13
Fysisk karakter	13
Psykologisk karakter – relation til gerningsmand	14
Gerningssted	15
Viden om formodet gerningsmand	16
<i>Alder på formodet gerningsmand</i>	16
Politianmeldelse	17
Skader efter overgreb	17
Psykiske følger efter seksuelle overgreb	17
<i>Barnets reaktioner/symptomer</i>	18
Fysiske følger efter seksuelle overgreb	20
Ydelser fra SMB	20
Lægelige indsats	21
Viderehenvisning	23
Barnets vej gennem sektorerne	24
<i>Samarbejde med socialforvaltning</i>	24
<i>Samarbejde med politi</i>	25
<i>Afhøring af børnene</i>	25
<i>Samarbejde med sundhedsvæsenet</i>	26
Udviklings-/forskningsplan for Videnscenter for Seksuelt Misbrugte Børn	27
Opsamling og anbefalinger	29
Henvisninger	29
Forløb af projektperioden	30
Internationale erfaringer	30
Anbefalinger	31
Vidensopsamling, forskning og undervisning	32
Bilag 1: SMBs øvrige funktioner i perioden	33
Bilag 2: De 2-4 årige	35
Bilag 3: Nationale aktiviteter på det sundhedsmæssige område	38
Bilag 4: Databasen	39

Rådgivning og behandling i Teamet for Seksuelt Misbrugte Børn

Team for seksuelt misbrugte børn er et treårigt projekt etableret som opfølgning på redegørelse fra den tværministerielle arbejdsgruppe. Teamet er beliggende på Juliane Marie Centret (JMC) på Rigshospitalet. Det har været muligt at henvise børn fra 0-15 år til SMB. Der er modtaget 422 henvendelser i den tid, projektet har eksisteret (1/3 2001 – 1/9 2003). 254 af disse har været rådgivning og behandling i klinikfunktionen, imens 168 har modtaget telefonisk rådgivning. Tabel 1 og 2 viser fordelingen af henvendelser på landsplan.

Tabel 1

Antal henvendelser fordelt på by og amt

	Antal	%
H:S	104	40,9
Københavns Amt	83	32,7
Frederiksborg Amt	30	11,8
Roskilde Amt	8	3,1
Storstrøms Amt	9	3,5
Vestsjællands Amt	19	7,5
Danmark uspefik.	1	,4
Total	254	100,0

(H:S omfatter København og Frederiksberg kommune)

Som tabel 1 viser, kommer størstedelen af henvendelserne fra hovedstadsområdet. Henvendelserne fra H:S og Københavns amt udgør henholdsvis ca. 40 og 30 % af det samlede antal.

Når det gælder de telefoniske henvendelser er fordelingen, som det fremgår af tabel 2, noget anderledes.

Tabel 2

Antal telefoniske henvendelser fordelt på by og Amt

	Antal	%
H:S	54	32,1
Københavns Amt	51	30,4
Frederiksborg Amt	22	13,1
Roskilde Amt	2	1,2
Storstrøms Amt	1	,6
Vestsjællands Amt	6	3,6
Bornholm	1	,6
Fyn	3	1,8
Jylland	13	7,7
Danmark uspefik.	11	6,5
Udlandet	3	1,8
Grønland	1	,6
Total	168	100,0

Her ses det at cirka 20 % af henvendelserne kommer udenfor hovedstadsområdet. (De 168 telefoniske henvendelser indbefatter ikke dem der er endt med at få rådgivning og/eller behandling i klinikfunktionen). Det, at der er flere telefonhenvendelser fordelt i landet, end det er tilfældet med de personlige henvendelser, er en naturlig konsekvens af, at klinikfunktionen ofte henviser til lokale instanser, der er tættere på barnet/familien.

Tabel 3 viser, hvorvidt familien tidligere har været kendt af socialforvaltningen, hvilket kan være med til at pege på, hvor mange børn/familier der ikke umiddelbart ville være blevet set. Tabellen viser, at socialforvaltningen ikke tidligere har kendt ca. 60 pct. af de børn/familier, der har været til rådgivning eller behandling i SMB. De ca. 40 pct. der i forvejen var kendt af socialforvaltningen, har ikke nødvendigvis med mistanke om seksuelle overgreb at gøre, men kan eksempelvis være i forhold til omsorgssvigt generelt.

Tabel 3

Familier kendt af børne- og familieafdeling i socialforvaltningen før kontakt med SMB

	Antal	%
Ja	103	40,6
Nej	145	57,1
Uoplyst	6	2,4
Total	254	100,0

Cirka 43 % af de telefoniske henvendelser kommer fra familien selv, hvilket tyder på at der bredt har været et behov for en funktion som SMB.

SMB har underrettet de sociale myndigheder i langt de fleste af sagerne. Opgørelserne peger på, at en funktion som SMB har mulighed for at komme tidligt ind i forløbet med henblik på afklaring i forhold til seksuelle overgreb. Følgende er et eksempel på en sag, hvor de sociale myndigheder ikke blev underrettet, før kontakten til SMB, idet de professionelles usikkerhed gør at de ofte henviser til andre instanser og derved undgår selv at handle.

En 3-årig pige, hvor mor henvender sig telefonisk efter råd fra sundhedsplejerske. Pigen er 2 dage før kommet fra samvær hos far med en lille rift ved ydre genitalier. Mor henvendte sig til vagtlæge, der viderehenviste til skadestuen, hvor en skadestuelæge på mors opfordring kiggede på pigens genitalier, og henviste til nærmeste børneafdeling. Dér kiggede man også på pigen og henviste til egen læge følgende dag. Denne rådspurgte sundhedsplejersken, der anbefalede mor at ringe til SMB, hvor pigen blev set samme eftermiddag og atter undersøgt. Man fandt dér forandringer der kunne være følge af overgreb, men ikke bevis herfor. SMB kontaktede socialforvaltningen og anbefalede politianmeldelse.

Denne pige kunnet have undgået gentagne undersøgelser af genitalier, hvis hun var blevet hen-

vist til SMB tidligere i forløbet.

Tværfagligheden synes at være en fordel for brugerne. I forhold til seksuelle overgreb er det vigtigt, at en grundig udredning finder sted, så det undgås at barn og familie lider unødigt overlast. Det sikres, via tværfagligheden, at undersøgelsen bliver flerdimensional, og at antagelser af lægelig, social og psykologisk art integreres og afprøves, og at denne undersøgelse gennemføres på kort tid og som en helhed.

Kønsfordeling

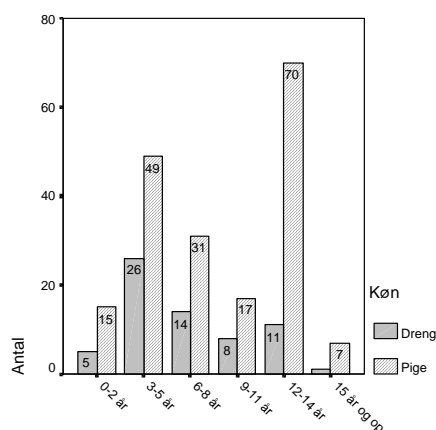
Tallene fra vores opgørelser viser, at der er et markant flertal af piger, der henvises til SMB, hvilket fremgår af tabel 4 og figur 1.

Tabel 4

Kønsfordeling

	Antal	%
Dreng	65	25,6
Pige	189	74,4
Total	254	100,0

Figur 1



Tabellen viser at pigerne udgør 74,4 % og drengene 25,6 % af de 254, der har modtaget rådgivning og behandling i klinikfunktionen. Fordelingen af kønnene adskiller sig ikke betydeligt fra internationale fund¹. I disse undersøgelser er der 2/3 piger og 1/3 drenge. Figur 1 viser at i gruppen af 3-5-årige er der flere drenge, end i andre aldersgrupper. Samtidig er der markant flere piger i 12-14 år (aldersfordelingen kommenteres yderligere i et afsnit nedenfor).

Der kan være flere årsager til fordelingen, sandsynligvis er der et større antal piger der bliver udsat for seksuelle overgreb. Tallene kan imidlertid også dække over et mørketal, hvor drenge der udsættes for seksuelle overgreb ikke i samme omfang bliver opdaget. Et mørketal, det er relevant at forske yderligere i. Retrospektive undersøgelser² peger på, at en del først i voksenalderen beretter om de seksuelle overgreb de blev udsat for som børn, hvilket gælder for begge køn (Russell, 1983; Finkelhor, 1994).

¹ Finkelhors (1994) opgørelse over undersøgelser i USA og Canada viser at prævalensen på seksuelle overgreb var 20-25 % for piger og 5-15 % for drenge. Disse tal er hovedsageligt baseret på befolkningsundersøgelser og er derfor ikke overføres direkte, men kan benyttes til at sammenligne forholdet. I Skandinavien fordeler tallene sig mellem 2 – 31 % for piger og mellem 1-16% for drenge (Helweg – Larsen, 2000).

² Undersøgelser lavet med voksne vedrørende seksuelle overgreb i barndommen.

Aldersfordeling

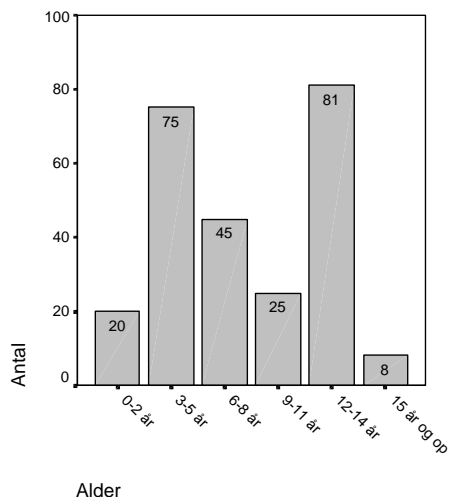
Aldersfordelingen blandt de børn, der har modtaget rådgivning og/eller behandling i SMB har været fra 0-15 år. Hvordan de fordeler sig, ses af tabel 5 og figur 2.

Tabel 5

Aldersfordeling på børn i SMB

	Antal	%
0-2 år	20	7,9
3-5 år	75	29,5
6-8 år	45	17,7
9-11 år	25	9,8
12-14 år	81	31,9
15 år og op	8	3,1
Total	254	100,0

Figur 2



Som det fremgår af tabel 5 er ca. 65% under 12 år, og udgør derved den største gruppe. Gruppen fra 12-14 år udgør 31,9 % af de børn, der rådgives eller behandles i teamet. SMB har et tæt samarbejde med Center for Voldtægtsofre, hvilket blandt andet har resulteret i et gruppetilbud til unge piger i denne aldersgruppe. Ca. 30% af hele gruppen befinder sig i alderen 3-5 år, en forholdsvist stor andel af det samlede antal.

Der foreligger begrænset viden i forhold til yngre børn og seksuelle overgreb, jf. bilag 2. I retsligt regi er det en gruppe, der har været genstand for diskussioner, fordi de yngre børn ofte ikke har udviklet det verbale sprog, og det derfor er vanskeligt at benytte dem som vidner.

Barnets boforhold

Tabel 6 giver et overblik over samlivsformen i familierne, på det tidspunkt de modtog rådgivning og/eller behandling i klinikfunktionen.

Tabel 6

Nuværende boforhold		
	Antal	%
Begge forældre	82	32,3
På skift hos begge forældre	6	2,4
Mor alene	87	34,3
Mor + ny mand	46	18,1
Far alene	6	2,4
Far + ny kvinde	5	2,0
Døgninstitution	9	3,5
Plejefamilie	7	2,8
Krisecenter	3	1,2
Andet	1	,4
Uoplyst	2	,8
Total	254	100,0

Tabellen viser, at størstedelen af familierne er opløst, når det gælder boforhold. Således er det kun ca. 32% af børnene der bor hos begge forældre. En lidt større andel bor hos moderen alene ca. 35%. Ca. 18 % bor hos moderen og ny mand, og kun ca. 2% bor på skift hos begge forældre. Denne fordeling adskiller sig betydeligt fra befolkningen som helhed.

Der kan være flere årsager til, at det forholder sig sådan. Enten skyldes det at seksuelle overgreb forekommer hyppigere i familier, hvor forældrene ikke bor sammen, eller at seksuelle overgreb i højere grad bliver opdaget, når forældrene ikke bor sammen. Således er der en del mistanker der kommer frem, når samkvemsordninger bliver diskuteret.

Henvisningsinstanser og årsager til henvendelser

Henvisningsinstans

SMB modtager henvendelser fra instanser, der kan kategoriseres i seks forskellige grupper: Sociale myndighed, politi/retsmedicin/advokat, medicinsk instans, institution, støtte-center og familie.

Tabel 7

Henvisningsinstans

	Antal	%
Social myndighed	47	18,5
Politi/ Retsmediciner/ Advokat	63	24,8
Medicinsk instans	84	33,1
Privat center	11	4,3
Familie	37	14,6
Institution	5	2,0
Uoplyst	7	2,8
Total	254	100,0

Tabel 7 viser, at størstedelen af de henvendelser, der ender med at modtage rådgivning eller behandling i klinikfunktionen, kommer fra politi, socialforvaltninger og hospitaler/læger, hvilket blandt andet kan skyldes at disse instanser er bedre orienteret om SMB' s eksistens. For eksempel er SMB' s pjece fordelt på flere hospitaler og socialforvaltninger i hovedstadsområdet. Disse instanser er ofte de første, der hører om mistanken. Den medicinske instans anses af mange som en autoritet, hvor råd og vejledning søges.

De telefoniske henvendelser viser at familier i høj grad kontakter SMB, hvis de har en mistanke om seksuelle overgreb. Det er ofte en mor, der har observeret at hendes datter ændrer adfærd, når hun har haft samvær med faren. Moderen ringer til SMB for at få vejledning i forhold til situationen og hendes egen rolle. Oprettelsen af SMB gør det muligt for familier at få kvalificeret råd og vejledning om seksuelle overgreb.

Mange af de henvendelser, SMB modtager fra ovennævnte instanser viser, at både læge, politi og sociale myndigheder har begrænset erfaring i forhold til håndtering af seksuelle overgreb mod børn. Underretninger vedrørende seksuelle overgreb udgør en mindre andel af dem der modtages. Det betyder, at den enkelte sagsbehandler og forvaltning ikke får opbygget solid erfaring i håndteringen af sådanne sager. Instanserne udtrykker ofte lettelse over at kunne ringe/henvisse til et sted, hvor personalet har erfaring med mistanker om seksuelle overgreb.

Definitioner

Definitioner af begreber der anvendes i forbindelse med seksuelle overgreb kan med rette diskuteres, eksempelvis benyttes incest og pædofili ofte ukritisk i dagspressen, mens begreberne sjældent anvendes i faglige kredse.

I det følgende beskrives centrale begreber som de anvendes i SMB.

Kempe (1978) om *seksuelle overgreb* eller *seksuelt misbrug*³:

”Seksuelle overgreb er, når udviklingsmæssigt umodne børn og unge involveres i seksuelle aktiviteter, som de ikke fuldt ud kan forstå eller overskue konsekvenserne af og derfor ikke er i stand til at give samtykke til. Handlingerne bryder med familierollernes sociale tabuer”.

Denne definition er udgangspunktet når der i rapporten refereres til seksuelle overgreb.

Intrafamiliære seksuelle overgreb: Referer til seksuelle overgreb der er begået af slægtninge; såsom forældre /stedforældre, bedsteforældre-/sted bedsteforældre, onkler, tanter, brødre, søstre og stedsøskende. Incest vil således kategoriseres under Intrafamiliære overgreb.

Ekstrafamiliære seksuelle overgreb: Referer til seksuelle overgreb begået af en ger-ningsmand der ikke er familiært relateret til offeret. Pædofili vil bl.a. kategoriseres under ekstrafamiliære overgreb.

Voldtægt: Defineres som tilfælde, hvor der har været penetration eller forsøg på penetra-tion og barnet er 12 år eller derover.

Denne definition er udgangspunktet, når der refereres til seksuelle overgreb. Incest herved hører under *intrafamiliært* overgreb og pædofili under *ekstrafamiliært* overgreb. Voldtægt defineres som tilfælde, hvor der har været penetration eller forsøg herpå og hovedsageligt hvor barnet er 12 år og derover.

Henvendelsesårsager

Tabel 8 er en opgørelse over henvendelsesårsagerne i SMBs samlede periode.

Tabel 8

Årsag til henvendelse i klinikfunktionen

	Antal	%
Voldtægt/forsøg	56	22,0
Overgreb fra barn	26	10,2
Intrafamiliært overgreb fra ung/voksen	79	31,1
Ekstrafamiliært overgreb fra ung/voksen	38	15,0
Seksualiseret adfærd	6	2,4
Gynækologiske symptomer	20	7,9
Overværet overgreb	4	1,6
Andet	25	9,8
Total	254	100,0

³ Leth, i ”Pædofili” (1999), s. 11. Pædofili kommer af græsk (pædo = børne - + fil = ven eller elsker). Incest er blevet brugt til at dække over det samme, og betyder oprindeligt: uren (latin). Der er dog enighed om, at det er hensigtsmæssigt at begrænse begrebet incest til at beskrive seksuelt misbrug begået af slægtninge (både sted –og biologiske forældre).

Heraf fremgår det, at det største antal af henvendelsesårsagerne udgøres af mistanke om intrafamiliære overgreb eller incest (ca. 30%). Blandt telefonhenvendelserne udgør ca. 40% af mistankerne omhandler intrafamiliære overgreb.

Tabel 9

Årsag til telefonhenvendelse

	Antal	%
Overgreb fra barn	6	3,6
Overgreb fra intrafamiliær ung/voksen	74	44,0
Overgreb fra ekstrarfamiliær ung/voksen	37	22,0
Erindring om overgreb	8	4,8
Overværet overgreb	1	,6
Seksualiseret adfærd	7	4,2
Gynækologiske symptomer	4	2,4
Generel rådgivning	19	11,3
Andet	12	7,1
Total	168	100,0

Tabellerne viser også, at det hovedsagelig er voksne, der mistænkes for at begå overgreb, især når det handler om intrafamiliære overgreb (65,8 %, jf. tabel 14).

Overgrebets karakter

Det kan være problematisk at afgøre, hvad der præcist er foregået i en situation, hvor der er mistanke om et seksuelt overgreb. Karakteren af overgrebet er også svær at vurdere, fordi fysiske mén forsvinder forholdsvist hurtigt. Langt størstedelen af de børn, SMB har kontakt med er primært psykologisk belastet.

Fysisk karakter

Af de 254 børn, der er blevet behandlet i klinikfunktionen, er der 101 der sandsynligvis har været udsat for enten vaginal, anal eller oral penetration (indtrængen). Der kan være flere, der har været udsat for samme, men hvor der enten ikke er blevet fundet spor i undersøgelsen, fordi der er gået lang tid siden overgrebet har fundet sted, eller hvor det ikke er blevet formuleret af ofret, jf. i øvrigt afsnit om lægelig indsats.

Tabel 10

Aldersfordeling på børn udsat for penetration eller penetrationsforsøg (vaginalt/analt/oralt)

	Antal	%
0-2 år	2	2,0
3-5 år	21	20,8
6-8 år	11	10,9
9-11 år	7	6,9
12-14 år	56	55,4
15 år og op	4	4,0
Total	101	100,0

Tabel 10 viser, at der i aldersgruppen fra 12-14 år er en øget hyppighed for penetration (55,4%). Dog udgøres en tredjedel af tilfældene af aldersgruppen 0-5 år (22,8%), hvilket er en stor andel, taget deres alder i betragtning. Denne aldersgruppe har oftest sværest ved at formulere sig. Det er også denne aldersgruppe, hvorom der er mindst faglig viden om i forhold til seksuelle overgreb. Der er derfor behov for at der forskes yderligere indenfor denne aldersgruppe.

Psykologisk karakter – relation til gerningsmand

Ofrets relation til gerningsmanden har stor indflydelse på konsekvenserne af et overgreb. Jo tættere barnet er følelsesmæssigt knyttet til gerningsmanden, des mere alvorligt er det, når det bliver svigtet. Et sådan svigt har afgørende indflydelse på barnets psykologiske tilstand (udddybes i afsnittet om psykologiske følgevirkninger). Opgørelserne over relationen mellem offer og gerningsmand viser, at i langt de fleste tilfælde, kender offer og krænker hinanden. Tabel 11 viser relationen imellem offer og krænker, i de tilfælde hvor SMB har oplysninger om den gerningsmand.

Tabel 11**Ofrets relation til formodet gerningsmand**

	Antal	%
Far	50	25,5
Stedfar/mors kæreste	6	3,1
Mor	1	,5
Bedsteforældre	6	3,1
Bror	4	2,0
Fætter/kusine	6	3,1
Farbror/morbror	4	2,0
En ukendt person	17	8,7
En bekendt der ikke er en ven	33	16,8
En ven/kammerat	23	11,7
Pædagog	7	3,6
En voksen bekendt	17	8,7
Chatven	2	1,0
Andet	20	10,2
Total	196	100,0

**Uoplyst og irrelevant udeladt*

Tabel 11 viser at de fleste seksuelle overgreb sker indenfor familien. Således er faderen den formodede gerningsmand i ca. 25 % af tilfældene. Kun i ca. 9 % af tilfældene er det en ukendt person der formodes at have begået overgrebet. Omkring 1 %, af kontakterne mellem gerningsmand og offer er sket i relation til internettet. Det er et område, der kan forskes mere i.

Gerningssted

I de tilfælde, hvor der er oplysninger om det sted, overgrebet har fundet sted, viser det sig at størstedelen finder sted i barnets eller gerningsmandens bolig. Herunder ses hvilke steder, det seksuelle overgreb har fundet sted.

Tabel 12**Gerningssted**

	Antal	%
Egen bolig	34	17,6
Gerningsmands bolig	81	42,0
Anden bolig	8	4,1
Til fest	7	3,6
Skole/institution	28	14,5
Andet indendørs	12	6,2
Andet udendørs	20	10,4
I udlandet	3	1,6
Total	193	100,0

**uoplyst og irrelevant er udeladt*

Af tabel 12 fremgår det at 17,6 % af overgrebene har fundet sted i barnets egen bolig, og at 42 % er sket i gerningsmandens bolig. 14,5 % af overgrebene finder sted i skoler/institutioner, men som det fremgår af tabel 11 er der kun mistanke til en pædagog i ¼ af disse sager. Årsagen til de få institutionssager kan skyldes at socialforvaltningerne i Københavns kommune henviser direkte til St. Stefans Rådgivningen i København, hvilket SMB også har gjort med enkelte sager.

Viden om formodet gerningsmand

SMB er oprettet til at varetage de rådgivnings –og behandlingsbehov, der knytter sig til ofre udsat for seksuelle overgreb. Information om gerningsmand er derfor begrænset, ikke mindst fordi der er tale om formodede gerningsmænd. Ud fra de oplysninger SMB har opnået, kan der kun siges noget om køn og alder, hvilket fremgår af tabel 13 og 14

Tabel 13

Formodet gerningsmands køn

	Antal	%
Mand	190	99,0
Kvinde	2	1,0
Total	192	100,0

**irrelevant er udeladt*

Af tabel 13 fremgår det, at så godt som alle gerningsmænd er mænd. Således er kun 2 kvinder blevet registreret i SMB regi. Denne fordeling adskiller sig ikke overvældende fra internationale undersøgelser, der også viser at op til 90% af dem der begår overgreb er drenge eller mænd⁴. Der er sandsynligvis langt færre kvinder, men vi ved ikke om der faktisk er flere kvinder end tallene viser, for eksempel fordi de ikke bliver afsløret i samme grad, og at det kan være sværere at mistænke en kvinde for at have begået seksuelle overgreb.

Alder på formodet gerningsmand

Af tabel 14 fremgår det, at størstedelen af de gerningsmænd, SMB har oplysninger om, er voksne (65,8%), dvs. over 18 år.

Tabel 14

Formodet gerningsmands alder

	Antal	%
< 12 år	16	8,4
12-14 år	22	11,6
15-18 år	27	14,2
Voksen	125	65,8
Total	190	100,0

⁴ jf. fodnote 1

Udfra børnenes (m.fl.) vurdering af gerningsmændene, er ca. 12% 12-14år og ca. 14% er 15-18år. Gerningsmænd under 18 år, udgør således cirka 34,2 % af dem, vi har oplysninger om. Der kan være forskel på oplevelsen af et seksuelt overgreb, afhængigt af hvor gammel gerningsmanden er, og i hvilken sammenhæng overgrebet har fundet sted. For eksempel beretter en af pigerne fra SMB, at det værste ikke var det seksuelle overgreb, men det at blive svigtet af sin gode (jævnaldrende) ven, der havde væddet med kammeraterne om at få den seksuelle debut. Således kan det ikke udledes, at det er mindre slemt at blive udsat for seksuelle overgreb af jævnaldrende, men at der sandsynligvis er forskel på karakteren.

Politianmeldelse

I de tilfælde, hvor et overgreb anmeldes til politiet, sker det oftest inden første konsultation i SMB. Af tabel 15 fremgår antallet af politianmeldelser, samt tidspunktet for anmeldelsen.

Tabel 15

Politianmeldelse af overgrebet

	Antal	%
Inden ankomst	120	47,2
Under konsultation i SMB	7	2,8
Efter 1. konsultation	15	5,9
Ikke anmeldt	108	42,5
Andet	4	1,6
Total	254	100,0

**Uoplyst er udeladt*

Heraf fremgår det at omkring halvdelen har politianmeldt inden SMB er kontaktet og at meget få anmelder efter kontakten med SMB. En ligeså stor andel bliver aldrig politianmeldt, hvilket kan være af flere årsager. Nogle familier vælger ikke at anmelde, fordi de vurderer, at konsekvenser er for store for barnet.

I klinikfunktionen afklares det altid om sagen er politianmeldt eller ej, idet barnet ikke kan modtage psykologbehandling i perioden mellem anmeldelse og afhøring hos politiet.

Skader efter overgreb

Psykiske følger efter seksuelle overgreb

Et seksuelt overgreb på et barn involverer altid den voksnes misbrug af magt og en krænkelse af barnets ret til tillid til, at omsorgspersonerne, og voksne generelt, lever op til deres ansvar. Reaktionen på dette svigt adskiller sig ikke fra, hvordan børn reagerer på belastende situationer i det hele taget. Dette betyder, at det ikke er muligt at opstille "checklister" med forudsigelige reaktio-

ner på seksuelle overgreb.

Ethvert barns forståelse af og reaktioner på et seksuelt overgreb er subjektivt. De specifikke faktorer og karakteristika, der gør sig gældende for barnet såvel som for overgrebet, har betydning for graden af en efterfølgende krisereaktion. Imidlertid er det erfaringen i klinikken, at visse faktorer generelt synes at påvirke de psykiske skader/ følgevirkninger af seksuelle overgreb.

Faktorer der har indflydelse på graden af psykisk overlast/skade:

- Især forældrenes reaktion og netværkets reaktion på overgrebet at påvirke efterforløbet.
- Psykisk sygdom og/eller personlighedsforstyrrelse hos forældrene.
- Barnets oplevelse af konsekvenserne af at have fortalt om overgrebet - hvad enten det nu gælder de reelle konsekvenser eller blot forestillingen om dem.
- Forløbet i det professionelle system efter overgrebet.
- Graden af forstyrrelse i barnets omsorgssituation både før og efter overgrebet, spiller en central rolle for de psykiske følgevirkninger.
- Barnet og forældrenes relation og tilknytning.
- Rygter og chikane fra jævnaldrende og/eller gerningsmanden efter overgrebet af stor betydning for de 12-15årige.

Disse faktorer og deres indbyrdes relation vil være væsentligt at få belyst i fremtidig forskning indenfor området.

Barnets reaktioner/symptomer

De mest markante reaktioner hos børnene har været:

Ekstrem angst: Måden, hvorpå det kommer til udtryk varierer alt efter barnets alder. For førskolebørnenes vedkommende kommer angsten ofte til udtryk non-verbalt i form af diffuse eller markante adfærdsmæssige reaktioner.

*Traumatiseret leg:*⁵ Herunder seksualiseret leg. Fremtrædende i førskolealderen, mens angsten typisk verbaliseres eller ageres ud i 12-15årsalderen, for eksempel ved selvmordsforsøg.

Uønskede påtrængende tanker og erindringsbilleder af overgrebet, regression, tab af glæde ved ting og aktiviteter, de før havde glæde ved, og *søvnforstyrrelser,* plager en del af de børn, vi har set i SMB. En del børn klager også over psykosomatiske symptomer.

Endelig er *skyldfølelse* udbredt blandt børnene. Det kan endvidere vække stærk skyldfølelse hos barnet, hvis det enten selv eller dets omgivelser (pårørende, myndigheder etc.) har mangelfuld forståelse for normale traume- og angstreaktioner, herunder forståelse for, hvorfor barnet ikke kunne råbe om hjælp eller kæmpe imod i overgrebssituationen. Fundene i SMB stemmer overens med de fund, der er gjort i internationalt regi, hvor depressivitet, angst og selvbeprejdelser udgør nogle af de væsentligste reaktioner på seksuelle overgreb⁶.

⁵ Den traumatiserede leg adskiller sig markant fra normal udviklende leg (Terr,1990), idet der ikke ses udvikling, fornøjelser eller lettelse i eller ved legen. Barnet gentager traumet ubearbejdet med risiko for, at barnet forulemper andre børn. Barnet forsøger på denne måde at mestre og skabe mening med det skete, og genoprette kontrollen med sig selv.

⁶ Berliner & Elliott i Handbook on Child Maltreatment, 2002.

Forældres reaktioner på mistanke om seksuelle overgreb

Forældres og andre omsorgspersonernes reaktion på et overgreb, har betragtelig indflydelse på, hvordan barnet selv forstår hændelsen, og hvor præget barnet efterfølgende vil være.

Flere faktorer gør sig gældende i forhold til forældrenes reaktioner på den ekstreme stresssituation, som et seksuelt overgreb skaber. Nogle forældre reagerer med voldsom frygt, dramatik og bekymring, hvilket gør barnet usikkert på, om forældrene er i stand til at tage vare på det. Barnet oplever sig ofte ansvarligt for forældrenes smerte og uro - eksempelvis kan der være tale om, at forældrene truer med selvmord eller mord, skælder barnet ud, afhører det eller anklager barnet for at lyve.

Forældrenes ressourcer - i bred forstand - synes afgørende for, hvordan de evner at varetage barnets behov i den akutte krise. De familier der i forvejen er socialt og emotionelt belastede kan ofte ikke bære denne yderligere belastning. Hvis barnet derimod oplever, at dets forældre har hensigtsmæssige strategier til at magte en sådan krise, kan det hjælpe barnet til også selv at kunne mestre smerten.

Generelt er forældre - uanset forudgående ressourcer - præget af chok. De fremtræder grådlabile, vrede på gerningsmanden og hjælpeapparatet⁷, de er skyldbetyngende, forvirrede, fortvivlede og evner ikke *akut* at rumme barnets beretning. Forældrene forsøger typisk at få mening i børnenes ytringer og adfærd med fare for, at barnets normale og almindelige reaktioner kan blive tilskrevet det seksuelle overgreb.

Mange forældre kan fortælle, at deres opfattelse af deres barn er ændret, efter mistanken om et seksuelt overgreb er opstået, eller overgrebene er kommet frem. De er tilbøjelige til at forstå og tolke barnets adfærd og ytringer i lyset af de(t) seksuelle overgreb, og de kan have vanskeligt ved at se deres barn som andet og mere end seksuelt misbrugt.

Endvidere er især forældre til børn under skolealderen præget af ikke at vide, hvad deres barn har oplevet, da barnet ikke kan give en fyldestgørende redegørelse. I mange sager, er der bestandig tvivl om, hvorvidt det seksuelle overgreb har fundet sted og i hvilket omfang. Denne tvivl er for mange forældre belastende, idet de har behov for afklaring og vished for at kunne bearbejde og forstå hændelsen. For de 12-15årige, der i forvejen er i gang med en ofte konfliktfyldt løsningsproces fra forældrene, er relationen mellem barnet og dets forældre samt omgivelsernes reaktioner meget vigtig for barnets helingsproces. En del af de store piger vælger således primært at berette om overgrebet til deres veninder, idet de er bekymrede for forældrenes reaktion, sorg såvel som vrede.

Gruppen af børn på 12-15 år synes at være sårbare over for en særlig sekundær traumatisering. Dels mødes de ofte af rygter, dels oplever en del af børnene chikane og trusler. Således fortæller 16 ud af 30 piger i alderen 12 til 15 år, der har været udsat for voldtægt og har været i behandling i SMB i det seneste år, at de har oplevet chikane/trusler – i flere tilfælde dødstrusler - fra ger-

ningsmanden eller hans bekendte. Den konstante frygt for, at de eller deres familie skal blive udsat for vold eller voldtægt, synes at fastlåse pigerne i traumet.

De sociale konsekvenser af seksuelle overgreb varierer alt efter omstændighederne. I de tilfælde hvor seksuelle overgreb er sket indenfor familien, ender det ofte med en opløsning af familien med risiko for tab af både tryghed og omsorg. Dette gælder både hvor forældrene er samboende og i andre familiekonstellationer. Andre sociale konsekvenser kan være at familien må flytte, og børnene skifte skole og institution. Følgen heraf kan være tab af omgangskreds, venner og status i det hele taget. Dette øger belastningen på og sårbarheden i familien.

Fysiske følger efter seksuelle overgreb

I perioden 1/9 2002 til 31/8 2003 er akutte fysiske skader kun fundet på enkelte af de 12-15årige piger. Fire af de 12-15årige havde blå mærker forskellige steder på kroppen som følge af slag eller at være holdt med vold under overgrebet. Der har i vores materiale ikke været konstateret infektion med kønssygdomme⁸. De store piger får efter akut voldtægt forebyggende antibiotika. Der har ikke været nogle tilfælde af HIV eller hepatitis B infektioner. Ved risiko for hepatitis gives dog forebyggende hepatitis B vaccine.

Det har ikke været muligt at følge op over længere tid, men det er meget sandsynligt at vi ville finde det samme som i internationale undersøgelser. Sådanne undersøgelser viser, at disse børn ligesom andre tilfælde af omsorgssvigt også på sigt får flere psykosomatiske problemer og dermed et øget forbrug af sundhedsvæsen. Undersøgelser peger på psykiske senfølger som depression, misbrug og selvmordsforsøg er udbredt blandt ofrene.

Ydelser fra SMB

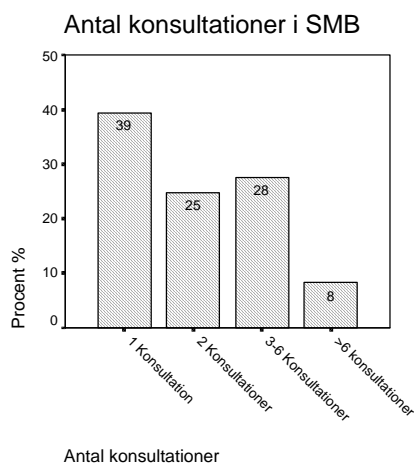
Et seksuelt overgreb er et angreb på barnets krop såvel som psyke, og det har psykiske, sociale, og medicinske konsekvenser. Både undersøgelse, vurdering og behandling må derfor nødvendigvis være en tværfaglig indsats.

SMBs ydelser omfatter lægelige undersøgelser, såvel som social og psykologisk rådgivning og behandling. Når familien kommer første gang er der altid to personer fra teamet med ved samtalen. Efterfølgende kan barnet fortsætte samtaler med psykologen, enten i samtaleforløb eller i legeterapi. Forældrene kan have brug for krisesamtale med socialrådgiver, læge, sygeplejerske eller psykolog. Derudover har nogle børn behov for efterfølgende kontrol hos lægen. Dette betyder, at der ved de fleste konsultationer typisk deltager to fagpersoner. Indenfor det sidste år har SMB gennemført over 550 konsultationer, fordelt på 1 til 25 gange pr. barn/familie, jf. figur 3.

Figur 3

⁷ En del forældre er ved 1. konsultation præget af vrede, over at deres barn har måtte afvente afhøring hos politiet, før de kan modtage psykologisk behandling. Endvidere er mange vrede over, at de ikke oplever, at retfærdighed sker fyldest efterfølgende.

⁸ Svarer til en undersøgelse fra Århus ved Annie Vesterby, 2003



Der er nogenlunde lige mange børn og familier, der behandles færdig i klinikfunktionen, og som viderehenvises.

Inden den egentlige behandling begynder, er der behov for telefonisk kontakt til eksempelvis forældre, socialforvaltning, skole, institutioner, politi, retsmedicinere med henblik på at koordinere procedurer imellem forskellige væsener og behandlingsinstanser samt på at kvalificere visiteringen til behandling. I forbindelse med afslutning af behandlingsforløb eller viderehenvielse samarbejdes der specielt med socialforvaltningen med henblik på rådgivning til det videre forløb, idet kun socialforvaltningen har kompetencen til at iværksætte de anbefalede hjælpeforanstaltninger.

Som det fremgår af tabel 2, har der derudover været 168 henvendelser fra familier og professionelle som har kunnet klares med telefonisk rådgivning og eventuel viderehenvielse. Typisk kræver en sådan telefonrådgivning dog også flere opringninger fra teamet til andre professionelle.

Udover den personlige rådgivning og behandling, deltager teamet i netværksmøder med socialforvaltning, skoler/institutioner og andre instanser, der har relevans for barnets videre trivsel. Møderne udgør en vigtig del af udredningen/undersøgelsen, og overlevering af sagerne til socialforvaltningen, idet samarbejdet mellem de involverede er afgørende for, at barnets behov tilgodeses. Behovet for denne type møder, er langt større end det har været muligt for SMB at deltage i, med henblik på at give socialforvaltningerne bedst mulige grundlag for at handle.

Lægelige indsats

I tilfælde hvor en sag er politianmeldt, kan politiet begære en retsmedicinsk undersøgelse, som efter en bestemmelse i justitsministeriet skal foretages af læger ved retsmedicinsk institut. De akutte henvendelser af 12-15årige undersøges i voldtægtscentret og følges op i SMB. De øvrige undersøgelser blev tidligere udført på retsmedicinsk institut, men er siden februar 2003 blevet foretaget i børnemodtagelsen på Juliane Marie Centret (JMC). Børnene modtages af en børnesygeplejerske, der forbereder dem og assisterer ved undersøgelsen. Dette har fungeret til stor tilfredshed for alle og specielt børnene har glæde af det mere børnevenlige miljø. Børnesygeplejer-

sken er vant til at hjælpe børn, der lægeligt skal undersøges, samt at tale med forældre og børn i krise, og er ofte den første, der tilbyder samtale og vejledning i forbindelse med mistanken om overgrebet.

I perioden 1/3 2001 til 31/8 2003, har retsmedicinerne blandt de 254 børn foretaget undersøgelser af 82, svarende til ca. 32,3 %. Af tabel 16 ses hvor undersøgelserne er foretaget.

Tabel 16

Retsmedicinske undersøgelser af børn, der har modtaget rådgivning eller behandling i SMB

	Antal	%
Hos retsmediciner	35	42,7
I CFV	34	41,5
I SMB	13	15,9
Total	82	100,0

**CFV –center for voldtægtsofre; SMB –team for seksuelt misbrugte børn*

De resterende børn vurderes af teamets børnelæge. I tilfælde hvor overgrebet ligger længere tid tilbage, og hvor der ikke er mistanke om penetration (indtrængen), foretages en egentlige lægelig undersøgelse ikke. Der spørges i stedet ind til helbredsmæssige forhold. Nogle gange er barn og familie bekymrede for fysiske skader og bliver lettede over en normal undersøgelse, samt forsikringen om at barnet kan leve et normalt liv, hvad angår fertilitet etc.

Undersøgelse af genitalier foregår ved fotokolposkopi, hvilket er en ydre undersøgelse af genitalier ved hjælp af en stærk lyskilde og en kikkert. Undersøgelsen optages på video så fundene kan dokumenteres⁹. Fotokolposkopien er en undersøgelse, der kræver specialistuddannelse, hvilket børneteamets læge har. Børnelægen mødes regelmæssigt med kolleger fra resten af landet med henblik på faglig diskussion og gennemgang af billedmateriale, som kan føre til udvikling på området.

Antallet af fotokolposkopi-undersøgelser blandt de 92 børn der har været i klinikfunktionen fra september 2002 til august 2003, fremgår af tabel 17.

Tabel 17

Fotokolposkopi udført indenfor det sidste år

	Antal	%
Ikke udført	67	72,8
Udført	25	27,2
Total	92	100,0

⁹ Martin A. Finkel: Medical Evaluation of Child Sexual Abuse, Sage publ.2002.

Det fremgår af tabellen at 25 (27,2%) undersøgelser er foretaget inden for det sidste år. I nogle tilfælde opstår mistanken om seksuelle overgreb alene, fordi barnet har symptomer fra genitalområdet, og undersøgelsen kan ofte give en forklaring på symptomerne og derved hindre, at en krise med mistanke om seksuelle overgreb opstår.

En isoleret fotokolposkopisk undersøgelse kan kun sjældent påvise seksuelle overgreb, også selv om der har fundet penetration sted, idet rifter i slimhinder heler hurtigt, og hovedparten af børnene kommer længere tid efter overgrebet. Dette understreger yderligere behovet for kombinationen af faggrupper, da én type undersøgelse sjældent kan stå alene.

Viderehenvisning

Tabel 18 viser hvor børnene hovedsageligt bliver viderehenvist til.

Tabel 18

Viderehenvist til		
	Antal	%
Social forvaltning m. anbefaling om privat psykolog	44	28,0
Social forvaltning m. anbefaling om Sct. Stefan/familieværksted/-center	43	27,4
Social forvaltning m. anbefaling om børnepsykiater	10	6,4
Socialforvaltning Egen læge	54	34,4
Andet	2	1,3
	4	2,5
Total	157	100,0

**færdigbehandlede udeladt*

Cirka 38 % bliver færdigbehandlet i SMB, og resten fortsætter behandling eller rådgivning andetsteds. Som det fremgår af tabellen, bliver langt størstedelen af børnene viderehenvist til socialforvaltningen. Som nævnt, er der tilfælde, hvor de seksuelle overgreb er en del af længerevarende omsorgssvigt. I disse tilfælde er det socialforvaltningens pligt at lave en detaljeret social undersøgelse¹⁰, og finde frem til hvad barnet har behov for. SMB giver råd og vejledning, såfremt det ønskes af socialforvaltningen. Kategorien ”Andet” i tabellen dækker fortrinsvist over børn og familier, der ikke ønskede videre behandling/rådgivning.

¹⁰ En §38 undersøgelse

Barnets vej gennem sektorerne

I sager om seksuelle overgreb mod børn skaber det ofte problemer at varetage barnets tarv, samtidig med at mistænktets retssikkerhed og retssagen skal garanteres. Barnets behov kan derfor let komme i konflikt med de voksnes ønsker og lovgivningen. Der er således mange problemer ved håndteringen af sagerne netop i snitfladen mellem de forskellige ”væsener”. Fordeling af ansvar og kompetence mellem social- sundheds- og retsvæsen er ikke altid klar, hvilket kan komplicere en given sag til skade for barn og familie. Dette er gået igen i flere af de sager, hvor SMB har ydet rådgivning og/eller behandling.

Samarbejde med socialforvaltning

Ydelserne fra SMB omfatter mange samtaler og møder med socialforvaltningerne, fordi der er stor usikkerhed forbundet med sager om seksuelle overgreb. Her må det naturligvis tages i betragtning, at vi netop har fået henvendelser fra dem der er usikre.

Der har i teamet dels været begrænsede ressourcer, dels har det været nødvendigt at afgrænse klinikens opgaver, hvorfor der er henvist til børne- og familieafdelingerne, herunder PPR, med henblik på både psykologisk undersøgelse og behandling. Flere gange er der fra kommunernes side blevet lagt vægt på, at man i socialforvaltnings regi ikke har den fornødne ekspertise på området. Dette er helt i overensstemmelse med hvad SISO¹¹ har fundet, hvilket blandt andet viser, at der er behov for flere specialteams som SMB fordelt i hele landet.

Når behovet for relevant behandling er afdækket, er det ofte ikke muligt at finde psykologbehandling eller andre hjælpeforanstaltninger. Det sker også at egentlig undersøgelse af behandlingsbehovet ikke iværksættes¹². Både undersøgelse og behandling forhindres pga. økonomi eller lange ventetider. Heller ikke psykologordningen under sygesikringen dækker behovet, dels er det akutkrisehjælp dels er der egen betaling.

Som det også er beskrevet i andre undersøgelser nationalt og internationalt har vi set mange sager, hvor en formodning om et seksuelt overgreb er optræder i sammenhæng med omsorgssvigt i øvrigt. I nogle tilfælde har der været kontakt til det sociale hjælpeapparat, men hjælpen synes at have været sporadisk og/eller utilstrækkelig i forhold til behovet.

Følgende eksempel illustrerer denne problematik:

En 8-årig dreng får kontakt til SMB i forbindelse med en retsmedicinsk undersøgelse, idet han har været udsat for længerevarende overgreb fra en mand udenfor familien, som har tilstået. Mor meddeler sygeplejerske, at hun ikke har brug for hjælp, idet hun selv er i psykologbehandling af anden årsag. Familien bor langt fra København.

¹¹ Rapport over nationale aktiviteter, marts 2003

¹² Det samme viser flg. andre undersøgelser: Else Christensen & Tine Egelund (2002, SFI); Niels Ploug, 2003; N.P. Rygård, 2001.

SMB kontakter socialforvaltningen, der meddeler, at de er inde i sagen. To uger efter ønsker mor alligevel hjælp, men afbryder atter kontakten idet hun bliver vred på SMB på grund af deres bekymring for barnets omsorgssituation.

Der har været et enkelt møde og talrige telefonkontakter til Socialforvaltningen, som har kendt familien i mange år. Mor har haft svære psykiske problemer i mange år og er i psykiatrisk behandling herfor. Hun har svært ved at styre sit temperament, har flere gange været voldelig og afbryder ofte samarbejdet med socialforvaltningen. Drengen har gået børnehaveklassen om, men ellers foreligger intet om hans trivsel. Der er en yngre søster med mangeartede problemer, hvoraf flere er uafklarede. Mor er alene med børnene og har kun et spinkelt netværk. Familien har en hjemmehosser, der fortæller at mor ofte er opfarende og uforudsigelig.

Socialforvaltningen har henvist drengen til psykologisk undersøgelse, men mor melder afbud flere gange med henvisning til at han er syg.

Tre måneder efter at overgrebet er kommet frem, er drengen stadig ikke psykologisk undersøgt og har stadig ikke fået et behandlingstilbud. Kommunen finder ikke, der er grundlag for tvangsmæssige foranstaltninger.

Som tidligere beskrevet var 40% af børnene kendt i socialforvaltningers børne-familieafsnit inden det aktuelle overgreb. Når børnene afsluttes fra SMB foretages der en diagnosekodning i hospitalets register efter internationale retningslinier. Det viser sig at udover den aktuelle mistanke om seksuelt overgreb er 60 ud af 254 sager (ca. 24%) vurderet til at være præget af psykisk omsorgssvigt og/eller specifikke psykosociale problemer.

Flere eksempler i klinikfunktionen viser at mange af disse børn, ikke er blandt dem der tidligere har været kendt af socialforvaltningen, og i henhold til servicelovens §§ 35 og 36 synes der at have været grundlag for en underretning. Dette underbygger teamets oplevelse af, at der fortsat forekommer en høj grad af usikkerhed i forhold til proceduren for underretning blandt læger, sundhedsplejersker, institutioner og skoler. I hvor mange tilfælde der foreligger en underretning, uden at der er handlet som følge af denne, kan vi af gode grunde ikke vide¹³.

Samarbejde med politi

Som det fremgår af tabel 15 er der cirka 55 % der har anmeldt. SMB har kun få oplysninger om, hvor mange faktiske retssager der er kommet ud af disse anmeldelser. I de sager vi har fulgt gennem længere tid, er der 26 piger i gruppen 12-15 år, der har politianmeldt. Mange forældre til børn under 12 år fortæller efterfølgende, at de fortryder anmeldelsen. Det samme er tilfældet for flere piger over 12 år, der fortæller, at efterforløbet til voldtægten var det værste. En 14årig pige fortæller efter to afhøringer hos politiet: ”Man skulle tro det var mig, der havde gjort noget kriminelt”.

Afhøring af børnene

Der er truffet beslutning om, at det skal tilstræbes at der ikke går over 8 dage fra en anmeldelse til afhøring af barnet¹⁴. Det uklart hvorvidt dette faktisk sker. I perioden hvor barnet venter på en afhøring, må en psykologisk behandling ikke påbegyndes, og vi har således måtte indskrænke os

¹³ Jf. fodnote 12

¹⁴ Betænkning nr 1420 afgivet af Justitsministeriets arbejdsgruppe om gennemførelse af straffesager om seksuelt misbrug af børn.

til krisebehandling af forældrene. Forældrene er ofte usikre på, hvordan de skal forholde sig til barnet, da de er meget opmærksomme på ikke at gøre noget, der kan forstyrre en eventuel retssag.

Det er i Danmark besluttet, at børn under 12 år skal videoafhøres, hvorimod de 12-15årige skal afhøres og møde i retten som voksne. En del af de 12-15årige børn har oplevet, at afhøringerne og tiltalefracald er retraumatiserende. Eksempelvis har et barn fortalt om en kriminalbetjent, der efter anmeldelse af en voldtægt skulle have sagt, at: "Så kan det måske være en lærestreg". Endvidere er flere børn blevet afhørt længe og gentagne gange, hvilket de har oplevet som angst- og skyld skabende. Følgende eksempel illustrerer det problematiske i afhøringsproceduren.

En 14 årig pige er blevet voldtaget. Pigen går i specialklasse og svarer efter vores vurdering udviklingsmæssigt til en 10 årig, hvilket man ikke kan forlange at en kriminalbetjent skal kunne vurdere. Hun har ikke har sovet om natten efter voldtægten, er blevet undersøgt på hospitalet og bringes endelig til politistationen og afhøres om aftenen i fire timer fra klokken 20-24. Ud fra den viden der foreligger, vil denne pige være så træt og præget af sit traume at hun næppe vil kunne huske afgørende detaljer fra overgrebet.

Ovenstående eksempel fremhæver det paradoks, der kan opstå når forskellige aspekter af en sag, skal vurderes. Politiet har, med rette, fokus på efterforskningen, og SMB på behandlingen, og det for barnet mest hensigtsmæssige. På baggrund af erfaringerne mener vi, at spørgsmålet om afhøring bør vurderes nærmere ud fra FN's konvention om barnets rettigheder.¹⁵

Samarbejde med sundhedsvæsenet

Mange af henvendelserne fra sundhedssektoren er karakteriseret af de samme vanskeligheder som i socialforvaltningerne. Børn udsat for seksuelle overgreb er som nævnt et følsomt område, hvor der mangles erfaring, hvilket blandt andet har vist sig ved at ønsket om akut hjælp er stort, uanset om sagen er akut eller ej.

Ved en del af henvendelserne fra sundhedsvæsenet har det været tilstrækkeligt med telefonisk rådgivning idet behovet mest har været vejledning i at håndtere sagerne korrekt i forhold til socialforvaltning og politi.

I uddannelsen til børnelæge er der formaliseret undervisning om seksuelle overgreb mod børn. At området ikke har den store faglige interesse for børnelæger eksemplificeres af, at der på nuværende tidspunkt kun er 5 børnelæger i Danmark, der har specialiseret sig på området. Dog ser det ud til, at flere er på vej, idet der blandt 40 kommende speciallæger er 40 %, der i en spørgeskemaundersøgelse giver udtryk for at de gerne vil beskæftige sig med denne gruppe børn, jf. bilag 3.

Som systemet fungerer nu, er det reglen frem for undtagelsen at barnet og familien er i kontakt med mange instanser, hvilket følgende eksempel viser:

¹⁵ §§ 3,12 &19.

En 13årig pige er blevet voldtaget, og henvender dagen efter til sin lærer. Læreren tilkalder sundhedsplejersken, der bringer hende til voldtægtscentret med moren. Her modtages hun af en læge og en sygeplejerske. Efter politianmeldelse kommer to betjente og to repræsentanter fra døgnvagten i socialforvaltningen, samt en retsmediciner. Pigen afhøres senere af en anden betjent på politistationen, hvor det imidlertid viser sig at den formodede gerningsmand bor i et andet distrikt, hvorfor hun bringes til en ny afhøring på en anden politistation. Hun har på dette tidspunkt mødt 11 fremmede voksne indenfor 12 timer. I skolen har man gennem længere tid været bekymret på grund af indlæringsvanskeligheder og mobning, hvorfor man har underrettet PPR. Grundet på familiære bekymringer har mor tidligere henvendt sig til ungerådgivningen og pigen har fået en støtteperson. Skolen har aldrig kontaktet forvaltningen om pigens problemer.

Undtagelsen er de familier, der selv har henvendt sig og hvor SMB har formidlet kontakten til de øvrige, således at barnet "kun" har behøvet at møde repræsentanter for teamet og evt. politi, og forældrene alene har haft de andre kontakter.

Udviklings-/forskningsplan for Videnscenter for Seksuelt Misbrugte Børn

Den her beskrevne funktion på Rigshospitalet er helt ny i dansk sammenhæng. Det forløbne projekt på 2½ år har givet en enestående mulighed for indsamling af værdifulde erfaringer og opsamling af helt ny kundskab. Dette har opbygget en ekspertise og skabt viden, samtidig med at det har vist hvor mange områder der er behov for at udforske i Danmark om seksuelt misbrugte børn. Projektet har sat fokus på, hvor der i særlig grad mangler viden med henblik på at man i fremtiden kan fokusere indsatsen inden for såvel rådgivning og behandling som forebyggelse. Blandt de udviklings – og forskningsprojekter der er behov for kan nedenstående nævnes (nogle er allerede igangsat):

- Udvikling og beskrivelse af bedste behandlingsmetoder/'best practice' i forhold til barnet og familiens heling – herunder behandling af små børn, gruppebehandling og familiebehandling.
- Udforskning af mørketal, bl.a. problemer vedrørende de 0-5årige børn, og drenge som ofre.
- Undersøgelse og beskrivelse af bedst mulige forløb af sager fra henvendelse til forløb i kommuner og i eventuelle retssager – bl.a.: hvordan undgås dobbelt traumatisering.
- Undersøgelse af danske børneafdelingers problemer og ressourcer i forhold til børn udsat for seksuelle overgreb v/Bodil Moltesen.
- Udforskning af, hvad der skal til for at et barn beder om hjælp efter at have været udsat for seksuelle overgreb. Og :Undersøgelse af hvilke faktorer der er med til at afgøre, om et seksuelt overgreb bliver opdaget eller ej, med fokus på de 2-4årige. Herunder barnets formidlingsevne, samt mulighed for at blive hørt.
- Psykologisk gruppebehandling af voldtægts ofre/ seksuelt misbrugte børn i alderen 13-16 år v/ Annalise Rust og Birgitte Jørgensen
- Heling i familier med unge ofre for misbrug og voldtægt" v/ Annalise Rust og Birgitte Jørgensen.

- gensen.
- Som led i sit Ph.D-projekt på Institut for Psykologi på Københavns Universitet er Katrine Egede Zeuthen tilknyttet *Team for seksuelt misbrugte børn*, hvor hun observerer udredende samtaler og varetager legeterapeutiske forløb med børn i førskole-alderen. Katrine Egede Zeuthen beskæftiger sig i sin forskning med førskole-børns muligheder for at forstå, udtrykke og sætte ord på det seksuelle overgreb. Med afsæt i teorier om barnlig seksualitet udforsker projektet, hvilke præmisser børn har eller måske snarere ikke har for at forstå det seksuelle overgreb. En antagelse er, at frem for at forstå børns fantasifulde beretninger om overgreb som udtryk for falske erindringer kan børns fantasier opfattes som et udtryk for deres forsøg på at begribe en uforståelig virkelighed, hvilket det seksuelle overgreb er defineret ved at være. Projektet fokuserer særligt på at undersøge, hvorvidt det i arbejdet med børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, er betydningsfuldt at kende til børns seksuelle udvikling generelt og at opfatte denne som en vigtig del af barnets udvikling i øvrigt.
 - Videreførelse af samarbejde m. Mimi Strange i ”Projekt Janus”.
 - Undersøgelse af denne type sagers forløb i retsvæsnen: Hvad fører de til og hvad er effekten for barn og familie.

Opsamling og anbefalinger

Siden oprettelsen af Team for Seksuelt Misbrugte Børn i marts 2001 har der været et overraskende stort antal henvendelser: Omkring 420 børn og deres familier i projektperioden på to og et halvt år. Dette er sket på trods af, at der ikke på noget tidspunkt er blevet gjort systematisk opmærksom på klinikens eksistens.

Det overraskende store antal peger på, at en sådan tværfaglig betjening i sundhedsvæsnet giver mulighed for, at flere familier end ellers med problemstillingen seksuelt misbrug af barnet får hjælp. Dette understreges af, at ca. 60% af familierne ikke før kontakten med SMB var kendt af de sociale myndigheder. Sandsynligvis er det lettere for nogle familier med denne problemstilling at få hjælp via en hospitalsafdeling end ad andre kanaler. Som det fremgår af beskrivelserne efterspørges enhver form for udredning, undersøgelse, rådgivning, støtte og behandling både fra familier og deres børn og fra det professionelle hjælpeapparat.

Den overordnede erfaring er, at der er brug for et tværfagligt team med en særlig ekspertise i forhold til seksuelle overgreb. Dette synes nødvendigt, både fordi der er knyttet en særlig faglighed til dette specielle område, og fordi seksuelle overgreb på alle måder og i alle sektorer er et så ømtåleligt fænomen, at mange viger tilbage og at der let opstår meget kaotiske og stressende situationer til skade for barn, familie og 'sag'. De mange henvendelser fra socialforvaltninger, praktiserende læger, hospitaler, skoleområdet mv. peger på behovet herfor.

Samtidig er det vigtigt, at en sådan funktion findes i en institutionel sammenhæng, der kan tackle akutte situationer, beskytte barnet og foretage alle de psykologiske, lægelige og sociale undersøgelser, der er behov for. Stedet må samtidig have et betryggende fagligt bagland. Stedet må dertil kunne rumme de retsmedicinske undersøgelser og eventuelt også politiafhøring, herunder videoafhøring, under betryggende forhold. Tilknytningen til børneafdeling og en psykosocial enhed og placeringen ved en børnemodtagelse synes at være hensigtsmæssig. Ikke mindst, da der herved også kan etableres et tæt samarbejde med en funktion for voldtægtsofre.

Desuden er der et stort behov for at øge den faglige viden på området på grundlag af klinikfunktionen og de erfaringer, der inddrages herfra. Der er behov for på nationalt plan at skabe et solidt fagligt grundlag for at forbedre hjælpen til børn og familier med disse problematikker. Der er et meget stort behov for at skabe en fagligt solid og kontinuerlig udvikling af rådgivnings-, støtte- og behandlingsmetoder på området. Dertil kommer opgaven med at øge samfundets viden generelt om seksuelt misbrug med henblik på at kunne forebygge.

Henvisninger

Fra starten har klinikken været åben for alle henvendelser, hvilket har været værdifuldt, idet en stor del af henvendelserne er kommet fra socialforvaltninger, familier og andre instanser, der var kørt fast i problematikken og havde brug for hjælp fra et center med specialviden og tværfaglig bemanding.

Nogle af henvendelserne har været begrundet i ønsket om viderevisitering på grund af manglende ressourcer og erfaring med seksuelle overgreb. I en del tilfælde var telefonrådgivning tilstrækkelig, alene fordi det at tale med nogen med erfaring og viden, og som ikke er ”bange for” at beskæftige sig med området øgede kompetencen hos dem, der henvendte sig. Mange problemer opstår i forbindelse med fordeling af ansvar og kompetence mellem social- sundheds- og retsvæsen. Den manglende klarhed heri, kan komplicere en sag til skade for barn og familie. Ofte er det sådan, at barnet kommer i kontakt med mange forskellige instanser. Hvor SMB har formidlet kontakterne har barnet kun behøvet at møde repræsentanter fra teamet og eventuelt politi.

De mange familiers henvendelser viser nødvendigheden af at have en sådan åben rådgivningsmulighed.

Forløb af projektperioden

Funktionen er en nyskabelse i et vanskeligt felt, og er den første af sin art i Danmark. Derfor har SMB naturligt nok været præget af en del startvanskeligheder. Ikke mindst fordi der som nævnt kom flere henvendelser end forudset. Dette gjorde, at videnscenterfunktionen først for alvor kom i gang i efteråret 2002 på grundlag af en merbevilling. Dertil er kommet en del personaleudskiftninger, således at hele teamet er blevet udskiftet i løbet af forsøgsperioden. Derfor har der også været en periode uden fuld bemanning. Dertil kommer at det også for Juliane Marie Centret var et nyt satsområde således at organisation og struktur har skullet afprøves undervejs.

Internationale erfaringer

SMB har besøgt centre for misbrugte børn i San Diego og Houston i USA, Oslo i Norge, Reykjavik i Island og haft besøg fra Brisbane i Australien. Derudover er der foretaget litteraturstudie i forskellige internationale tidsskrifter. Karakteristisk for de centre, vi har besøgt og haft kontakt med er, at barnet videoafhøres, lægeundersøges og sammen med familien får første krisebehandling på samme sted. I alle tilfælde var det eksperterne, der kom til barnet og ikke barnet, der skulle ”gennem sektorerne”.

Flere steder i USA, Island og Norge afhøres børnene ikke af politiet, men af specielt uddannede interviewere, hvis interviewteknik er nøje afpasset både til barnets udvikling og tarv og retsvæsenets krav om en gyldig efterforskning. Andre professionelle, der har brug for at høre barnets fortælling kan se videoen, og på baggrund heraf beslutte om de vil tale yderligere med barnet, som derved kan skånes for at besvare de samme spørgsmål fra mange forskellige professionelle flere gange i løbet af kort tid. Der var stor tilfredshed med denne ordning, specielt i San Diego, hvor modellen har været brugt siden 1987. I Island, hvor man har oprettet Barnets Hus i 1998 ændredes lov og retspraksis i forbindelse med sager om seksuelt overgreb på børn i 1999, således at hensynet til barnets beskyttelse kom til at veje tungere end før. Aldersgrænsen for, hvornår et barn skal vidne i en retssal, er meget varierende i de forskellige lande. I Island er den nu 18 år, men man overvejer at sætte grænsen ned til 15 år, som det gælder i Norge og Australien.

Organisatorisk var der også flere modeller. Fællesnævneren for disse var at centret dækkede et administrativt område svarende til minimum et amt (i Island hele landet). Centrene havde en daglig leder for hele personalegruppen og blev styret af en styregruppe sammensat af repræsentanter fra social-, sundheds-, uddannelses- og retsvæsen, samt evt. andre samarbejdspartnere eller politikere. En fordel ved at samle en tværfaglig ekspertise, hvor også repræsentanter for de andre sektorer kommer er, at når de professionelle mødes i samme hus regelmæssigt, er det lettere at drøfte en konkret sag og dermed også at beslutte og handle på barnets vegne. Flere af de steder, vi har haft kontakt med, behandler, eller overvejer at behandle, børn med alle former for omsorgssvigt. Dette sker på baggrund af både international forskning og lokal erfaring som viser, at seksuelle overgreb oftest indgår i omsorgssvigt generelt. Endvidere viser det sig, at den erfaring og ekspertise, der opbygges i centrene i stor udstrækning er anvendelig i alle sager om overgreb mod børn. De steder hvor alle former for omsorgssvigt behandles er der tættere tilknytning til en almen pædiatrisk afdeling med åben modtagelse.

Anbefalinger

Seksuelle overgreb mod børn er et fagområde, der kræver en særlig tværfaglig specialisering, muligheder for akutberedskab, særlige rammer og tryghed for barn og familie og muligheder for, at retsmedicinske og eventuelt andre politimæssige udredninger kan foregå på barnets betingelser. Det har i forhold til den retslige procedure i nogen tilfælde været vanskeligt at kombinere hensynet til barnet, f.eks. behovet for psykologisk behandling, med politiets efterforskning. Det er vores erfaring at børnene har størst gavn af psykologisk behandling, når den sættes i gang hurtigst muligt. Det anbefales derfor, at barnet får tilbudt relevant behandling sideløbende med afhøringsforløbet. Barnet behandles som offer for en kriminalitet, hvilket jo også er tilfældet, men samtidig er det først og fremmest et barn, der har brug for omsorgsgivende og støttende omgivelser reaktioner, især i mødet med det professionelle netværk. Således at den grænseoverskridende adfærd over for barnet ikke fortsætter, men barnet kan føle sig trygt og imødekommet.

Her er placeringen i tilknytning til en børneafdeling og en funktion for voldtægtsofre i hospitalsammenhæng en brugbar ramme for en sådan specialfunktion og for inkorporeringen af de forskellige retslige foranstaltninger

På baggrund erfaringerne fra dette første forsøg med en sådan funktion i Danmark anbefales det:

- At der oprettes yderligere 3-5 sådanne specialiserede teams på hospitaler i landet bestående af psykolog, socialrådgiver, sygeplejerske og børnelæge
- At dette specialistteam kan handle akut, yde psykosocial førstehjælp, være rammen om retsmedicinske undersøgelser, have hospitalsfunktionerne som backup, påbegynde behandling og give en grundig og velafbalanceret udredning med henblik på videre forløb
- At teamet sættes i stand til at færdiggøre en vis del af sagerne og til at foretage en højt specialiseret overgivelse til længerevarende behandling under de sociale myndigheder
- At der i samarbejde med kommunerne (via SISO) sker en afstemning af hvilke tiltag underretning fra SMB udløser, blandt andet §38 undersøgelse og egentlig behandling af pædagogisk-psykologisk art.

Vidensopsamling, forskning og undervisning

Projektperioden har givet en enestående mulighed for erfaringsopsamling i Danmark, hvilket gør at man i fremtiden bedre kan fokusere indsatsen på området. På baggrund af de mange familier og børn og den helt nye viden, som SMB på Rigshospitalet har indsamlet og som kommende lokale teams vil kunne tilvejebringe, anbefales det, at det nationale videnscenter om seksuelt misbrugte børn opretholdes med henblik på bl.a.:

- Udvikling af bedste behandlingsmetoder/'best practice' i forhold til barnet og familiens heling – herunder behandling små børn, gruppebehandling og familiebehandling.
- Udforskning af mørketal, bl.a. problemer vedrørende de 0-5årige børn, og drenge som ofre.
- At udforske og komme med forslag til forløb af sager fra henvendelse til forløb i kommuner og i eventuelle retssager – bl.a.: hvordan undgås dobbelt traumatisering.
- Udforskning hvad der skal til for at et barn beder om hjælp, og det bliver hørt, efter at være udsat for seksuelle overgreb.
- Udforskning af sammenhængen imellem seksuelle overgreb og omsorgssvigt.
- Udformning af bidrag til forebyggende tiltag.
- Fortsat samarbejde med projekt JANUS vedrørende krænker og krænkeres baggrund i omsorgssvigt og seksuelt misbrug.

Denne vidensopsamling bør bl.a. anvendes til undervisning og supervision af daginstitutioner, skoler, politi, socialforvaltninger, familieværksteder, fritidsordninger, klubber, SSP og idrætsforeninger.

Bilag 1: SMBs øvrige funktioner i perioden

Udenlandske studieture

Childrens Assesment, Center Houston, USA, december 2002.

Medical Evolusion- of the sex abused child, Chadwick Child Protection Center, San Diego, USA, december 2002.

Barnets Hus, Reykjavik, Island, marts 2003.

Foredrag/undervisning/oplæg

Oplæg ved Bodil Moltesen og Mimi Strange, SISO ved tværfagligt seminar, Fredericia, oktober 2002

Oplæg ved Mimi Strange, Helsefonden om seksuelt misbrug.

Oplæg ved Dorthe Nielsen, Frederiksborg Amt, tværfaglig og tværsektoriel Temadag

Undervisning af:

- Lægestuderende (Bodil Moltesen)
- Læger på børneafdelinger i hovedstadsområdet (Bodil Moltesen)
- Yngre læger (Bodil Moltesen)
- Læger i gang med speciallægeuddannelsen i pædiatri (Bodil Moltesen)
- Amter og kommuner (Bodil Moltesen)
- Socialrådgiverstuderende (Dorthe Nielsen og Helle Nielsen)
- Børnesygeplejersker (Bodil Moltesen)

Konferencer/ kurser

Personality Disorders in Children and Adolescents ved Paulina Kernberg, november 2002.

San Diego Conference on Child and Family Maltreatment, februar 2003.

Nordisk Forening mod børnemishandling, Oslo, maj 2002.

Retsmedicinsk konference, Odense, oktober 2002

Helsefonden om seksuelt misbrug, august 2002.

Konference om evalueringsmodeller, april 2003

Red Barnet, høring, oktober 2002.

Tværfaglig og tværsektoriel temadag Frederiksborg Amt, maj 2003.

Medietræning, råd ved kontakt med en kritisk presse, ved Bente Vestergaard, oktober 2002.

Konference om den sociale arv, februar 2003.

Kursus på center for voldtægtsofre, februar 2003.

Omsorgssvigt og børnemishandling ved Dr.Philos Kari Killén, maj 2003.

Publikationer

Pjecer om SMB

Annalise Rust, Birgitte Jørgensen og Inge Stage: 'Voldtaget – og hvad så', Ungdomsforskning, unge og kriminalitet. Center for ungdomsforskning nr. 1.-marts 2003, pp. 15-22.

Samarbejdsrelationer/forskningsnetværk

Psykosocial forskningsenhed i Rigshospitalet,

Forskningsnetværk sammen med Københavns universitet, Den sociale udviklingsfond, Statens institut for folkesundhed.

Forskningsmøder med Sexologisk klinik, Center for Voldtægts ofre

Samarbejde med: Socialministeriets kræmperprojekt, "Janus", Hvidovre hospital, specialgruppe/børneafdelingen, Retsmedicinerne.

Deltagelse i Dansk Pædiatrisk Selskabs udvalg vedrørende socialpædiatri og arbejdsgruppen vedrørende seksuel misbrugte børn, Formand: Bodil Moltesen

Bilag 2: De 2-4 årige

Blandt de børn der har modtaget rådgivning og/eller behandling, er 65 (26%) i alderen 2-4 år. Denne aldersgruppe udgør en stor udfordring i det faglige arbejde, idet de på grund af deres udviklingstrin og sprog har svært ved selv at forstå overgrebet, og svært ved at sætte ord på oplevelsen.

Tabel I

Antal 2-4 årige i perioden

	Antal	%
Total	65	100,0

Netop fordi børnenes udsagn kan være svære at tolke er der risiko for på den ene side at børnenes negligeres og på den anden side at der kan opstå alt for dramatiske reaktioner og beskyldninger. Derfor er det af stor værdi når erfarne professionelle hurtigt kan gå ind med rådgivning og modvirke at barnet bliver traumatiseret af de voksnes reaktioner.

Hewitt (1999)¹⁶ beskriver i det følgende, hvilke problemer, der knytter sig til små børn i forhold til afsløring af eventuelle overgreb

”Kombinationen af umodne kognitive evner, og et sprog der er i starten af sin udvikling resulterer i korte, skitseliggende, konkrete og ”ud i det blå” afsløringer. Børn i alderen 18-36 måneder kan ikke give gode spontane verbale narrativer (historier), når de skal fortælle om et overgreb. De formår ej heller at formulere en begyndelse, en krop eller en slutning på deres oplevelser. De fortæller ud fra deres egne (begrænsede) erfaringer. Der eksisterer ofte ikke navne eller overskrifter som de kan benytte sig af i deres forklaring, da de ikke ejer det begrebsapparat som gør sådanne formuleringer mulige”.

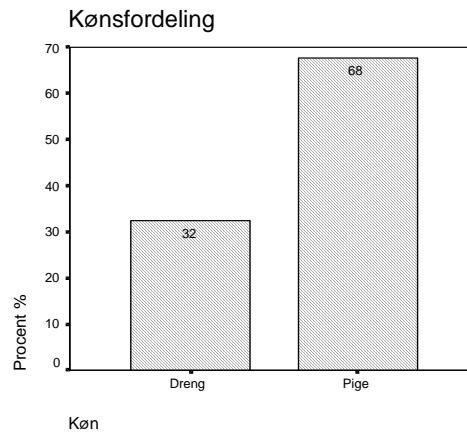
Som det fremgår af Hewitts udtalelser, tænker børn i denne alder meget konkret, og ofte bliver legen det sted, hvor oplevelserne omkring det seksuelle overgreb bliver udlevet.

I retsligt regi, er alderen 0-5 år også en vanskelig gruppe, ikke mindst fordi de ikke kan leve op til de kriterier, der eksisterer i retssystemet. Statistikken viser, at der indenfor denne gruppe sjældent rejses tiltale, og endnu sjældnere falder der dom (Helweg-Larsen, 2000).

Kønsmæssigt fordeler de 0-5årige som resten af aldersgrupperne – flest piger, se figur a.

¹⁶ Frit oversat fra Hewitt (1999) ”Assessing Allegations of Sexual Abuse in Preschool Children . Understanding Small Voices. s. 31.

Figur a



Tabel II

Årsag til henvendelse i SMB

	Antal	%
Social myndighed	10	15,4
Retslig instans	7	10,8
Medicinsk instans	33	50,8
Center	6	9,2
Familie	7	10,8
Institution	1	1,5
Uoplyst	1	1,5
Total	65	100,0

Der er større hyppighed af mistanke til intrafamiliære overgreb nemlig 43,5% i denne aldersgruppe. Hovedparten af henvendelserne er således mødre, der har mistanke til barnets far. Mange af disse sager afdækker en række, ofte årelange, psykosociale problemer og konflikter mellem parterne. Barnets problem er derfor også, at det har været udsat for psykisk omsorgssvigt ved at befinde sig i konflikten mellem forældrene. Daginstitutionerne har som regel været vidende om problemerne, men hverken de eller forældrene har henvendt sig til socialforvaltningen om hjælp.

Det vil sjældent være muligt at finde fysiske mén i denne aldersgruppe, idet overgrebene oftest ligger længere tid tilbage. Kun hos ét barn blandt de 65 har der været fysiske tegn foreneligt med overgreb, men ikke bevis herfor.

I nogle tilfælde opstod mistanken om seksuelt overgreb alene på grund af symptomer fra ydre genitalier og efter samtale og lægeundersøgelse i SMB fandtes ikke grund til at opretholde mistanken.

Politianmeldelse er også svært i denne gruppe da barnet sjældent kan afhøres. Det er desuden SMB's erfaring, at mange afvises både hos politiet og i socialforvaltningen med begrundelsen at man mener det drejer sig om mors "heksejagt" på far og derfor undersøges sagen ikke. I flere af disse tilfælde har teamets vurdering været at mistanken var reel og mor netop var blevet skilt fra far på grund af dennes adfærd. I andre har konklusionen også været at det hovedsagelig drejede sig om en kamp mellem forældrene, men dette kan kun afgøres ved at man går ind i sagen. Som nævnt kan mors mistanke om seksuelt overgreb og handlinger i forbindelse hermed, være yderst belastende for barnet, som derfor under alle omstændigheder har brug for hjælp. Det må anbefales at politiet i disse sager henviser familien til socialforvaltningen på grund af bekymring for barnet.

Til belysning af problematikken kan det nævnes at oplysninger fra en politikreds at man havde haft 44 anmeldelser i aldersgruppen under 5 år, hvoraf der var rejst sag i seks og faldet dom i én.

Internationalt er der flere undersøgelser i gang vedrørende metodeudvikling til vurdering af små børn, hvor der er mistanke om, at barnet har været udsat for seksuelle overgreb.

Der er brug for meget mere forskning og erfaringsopsamling for at kunne hjælpe denne aldersgruppe.

Teamet har i øjeblikket tilknyttet en psykolog/ph.d studerende der observerer samtaler med førskolebørn og foretager legeterapeutiske forløb i teamet. Hun peger i sin forskning på vigtigheden af, at man i sin vurdering inddrager viden om børns almene seksuelle udvikling for derved at blive bedre rustet til at lytte til barnets udsagn og dermed forstå hvad barnet udtrykker og hvad der har givet anledning til mistanke om seksuelt overgreb.

Bilag 3: Nationale aktiviteter på det sundhedsmæssige område

I 2002 foretog SMB en rundspørge til landets børneafdelinger og børnepsykiatriske afdelinger med henblik på indsats i forhold til seksuelle overgreb på børn.¹⁷

15 ud af 20 børneafdelinger svarede på henvendelsen, og heraf havde 13 en instruks på området. Seks af disse havde faste tværfaglige teams og tre nedsatte et tværfagligt team i hver enkel sag. fem børneafdelinger havde deltaget i uddannelse, formidling og internationale konferencer om seksuelle overgreb mod børn. De fleste af børneafdelingerne henviste til manglende personalemæssige ressourcer til at varetage området ordentligt. Hovedparten af børneafdelingerne gav udtryk for at de ønskede en centralisering så de kunne henvise børnene til et sted, hvor de vidste der var de fornødne ressourcer og den fornødne ekspertise.

Ved en spørgeskemaundersøgelse i 2002 til 48 læger under uddannelse til børnelæger var der 76% der var sikre på, at børneafdelingen, i hvilken de var ansat på nuværende tidspunkt eller indenfor de sidste 3 år, havde en instruks til håndtering af seksuelle overgreb. 61% vidste at afdelingen havde et tværfagligt team, men mindre end halvdelen af disse vidste hvem personerne i teamet var. 40% angav at de gerne ville beskæftige sig med børn udsat for seksuelt overgreb, 38% angav at de helst ikke ville beskæftige sig med denne børnegruppe. Der er på nuværende tidspunkt 5 børnelæger i Danmark, der er specialiserede på området.

Dansk Pædiatrisk Selskab udgav i 2001 en rapport om forslag til børnelægers indsats i sager om seksuelle overgreb mod børn, hvor der foreslås en regionalisering med 4-6 centre i landet. Flere steder i landet er børneafdelingerne således allerede startet et aktivt samarbejde.

Pr. 1. september 2003 er der ved Skejby børneafdeling ansat en børnelæge til at varetage hele det socialpædiatriske og psykosomatiske område. Der er ansøgt om bevilling til oprettelse af tværfagligt team kun til dette område.

I Odense er der en halvtids børnelæge til det socialpædiatriske arbejde. Heller ikke dér er der afsat specielle ressourcer til tværfaglig ekspertise på området.

I Næstved har der i flere år været en speciallæge og -sygeplejerske til varetagelse af denne børnegruppe, men også dér uden fast tværfagligt team. De begrænsede psykologressourcer på børneafdelingerne prioriteres til kronisk syge børn.

Der er i uddannelsen til børnelæge obligatorisk undervisning om børn udsat for seksuelt overgreb eller mistænkt herfor og der er beskrevne mål for, hvad en børnelæge skal kunne på området.¹⁸

¹⁷ Jf. rapport udfærdiget med SISO, marts 2003.

¹⁸ Rapport fra Dansk pædiatrisk selskab: Den pædiatriske indsats for børn udsat for seksuelle overgreb eller mistænkt herfor. Juni 2001

Bilag 4: Databasen

Efter projektstart i 2001 fik læge Lene Lyngsø bevilliget 235.000 kr. fra Helsefonden til et projekt hvori der indgik oprettelse af en database til brug for registrering af børn og familier, der henvendte sig til SMB. Efter et pilotprojekt lå registreringsskema og database klar pr 1. september 2002 og de første blev derefter retrospektivt registreret i databasen på baggrund af foreliggende journalmateriale. Dette har betydet at mange spørgsmål er udfyldt på baggrund af en fortolkning og at en del spørgsmål er uoplyste. Fra den 1. september 2002 er registreringsskemaet udfyldt sammen med familien og oplysningerne derfor mere pålidelige.

Dette er baggrunden for at nogle tabeller udelukkende omtaler erfaringer fra det sidste år og at en del mere detaljerede informationer om de modtagne børn og familier først vil kunne færdigbearbejdes ved slutningen af projektet, når der er et større prospektivt talmateriale at analysere.

De tal der er bragt i rapporten om hele materialet er de oplysninger, hvor også det retrospektive journalmateriale vurderes tilstrækkeligt validt. Der er foretaget en kvalitetssikring i de to registreringsperioder.

Ud fra erfaringerne med registreringen er det teamets hensigt at forslå en registrering af børn og familier udsat for seksuelt misbrug, kan afprøves på landsplan.