

BEHANDLINGSTILBUD VED  
CENTRE FOR MODTAGELSE AF  
VOLDTÆGTSOFRE

2012

## Behandlingstilbud ved centre for modtagelse af voldtægtsofre

© Sundhedsstyrelsen, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen

Axel Heides Gade 1

2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: voldtægt, voldtægtscentre, modtageafdelinger, sygehuse, behandling

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 8. marts 2012

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-346-4

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, marts 2012.

# Indhold

<b>1</b>	<b>Sammenfatning og anbefalinger</b>	<b>4</b>
1.1	Baggrund og grundlag for arbejdet	4
1.2	Om anbefalingerne og udmøntningen heraf	4
1.3	Anbefalinger for den fremtidige virksomhed på centrene for voldtægtsofre	6
<b>2</b>	<b>Baggrund og formål</b>	<b>8</b>
2.1	Grundlaget for centrenes virksomhed	8
2.2	Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning	9
2.3	Arbejdsgruppens arbejde	11
2.4	Dokumentation	11
2.5	Definition af voldtægt og voldtægtsoffer	11
<b>3</b>	<b>Patientgruppens størrelse og karakteristika</b>	<b>12</b>
3.1	Antal voldtægtsofre i Danmark	12
3.2	Patientgruppens karakteristika	13
<b>4</b>	<b>Centrenes nuværende virksomhed</b>	<b>14</b>
4.1	Det nuværende tilbud til voldtægtsofre	14
4.2	Centrenes finansielle grundlag	15
<b>5</b>	<b>Den fremtidige virksomhed på centrene</b>	<b>16</b>
5.1	Den somatiske indsats	16
5.2	Psykologisk støtte og behandling	18
5.3	Socialrådgiverbistand	22
5.4	Tilbud om sexologisk rådgivning	23
5.5	Tilbud om rådgivning til pårørende	24
5.6	Tilbud om genoprettende samtale	25
5.7	Styrket samarbejde og indsats på tværs af centrene	26
<b>6</b>	<b>Sammenhæng, planlægning og implementering</b>	<b>28</b>
6.1	Et ensartet patientforløb af høj faglig kvalitet	28
6.2	Udmøntning af rapportens anbefalinger	29
<b>7</b>	<b>Litteratur</b>	<b>31</b>
<b>8</b>	<b>Lovgrundlag</b>	<b>35</b>
<b>9</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>36</b>

# 1 Sammenfatning og anbefalinger

## 1.1 Baggrund og grundlag for arbejdet

Tilbuddene på de syv centre for voldtægtsofre i Danmark er i dag meget forskellige, og voldtægtsofre får således ikke et ensartet behandlingstilbud på tværs af landet. Den 1. juni 2011 vedtog Folketinget et beslutningsforslag om at forbedre og ensarte tilbuddene på landets voldtægtscentre. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodede herefter Sundhedsstyrelsen om at nedsætte en arbejdsgruppe, der havde til opgave at inddrage beslutningsforslagets elementer og med udgangspunkt i 'best practice' på de eksisterende centre og foreliggende evidens komme med forslag til at forbedre tilbuddene på landets voldtægtscentre.

Sundhedsstyrelsen nedsatte på den baggrund en arbejdsgruppe med repræsentation fra alle fem regioner, Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Arbejdsgruppen har i denne rapport fremsat sine anbefalinger med henblik på, at de kan indgå i en videre politisk beslutningsproces.

Ifølge Sundhedslovens § 208 beslutter Sundhedsstyrelsen placering af og krav til specialiserede funktioner. 'Center til modtagelse af voldtægtsofre' er en regionsfunktion i specialet gynækologi, som er godkendt på syv sygehuse i landet: Rigshospitalet, Hillerød Hospital (formaliseret samarbejde med Rigshospitalet), Odense Universitetshospital, Kolding Sygehus, Skejby Sygehus (varetages på Aarhus Sygehus), Regionshospitalet Herning og Aalborg Sygehus. Der er således et eller to centre i alle regioner undtagen Region Sjælland. Voldtægtsofre fra Region Sjælland vurderes og behandles aktuelt på centret ved Rigshospitalet.

Kravene til varetagelse af funktionen fremgår af Sundhedsstyrelsens specialevejledning for gynækologi og obstetrik. Det fremgår bl.a. heraf, at varetagelsen skal ske i henhold til Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om den fremtidige organisation af sundhedsvæsenets indsats for volds- og voldtægtsramte kvinder' fra 1999.

Det fremgik af Folketingsbeslutningen, at anbefalingerne skulle foreligge hurtigt, og arbejdsgruppens arbejde har derfor foregået over en meget kort periode fra november 2011 til og med februar 2012. I lyset af den meget korte tid til arbejdet blev arbejdsgruppen sammensat snævert med fokus på de specialiserede sygehusbaserede opgaver på centrene for voldtægtsofre. Det har betydet, at arbejdsgruppen har måttet afgrænse sig fra at behandle bestemte emner, fx den retsmedicinske del af indsatsen.

## 1.2 Om anbefalingerne og udmøntningen heraf

Det har været vigtigt for arbejdsgruppen at fremsætte anbefalinger, der kan bidrage til at sikre højt kvalificerede tilbud på tværs af landet til voldtægtsofre, herunder personer, der har været udsat for voldtægt, voldtægtsforsøg, seksualiseret vold og andre former for seksuelle overgreb. Tilbuddene bør ydes af personale tilknyttet centrene og med særlige kompetencer i relation til voldtægtsofre. Ligeledes har det været vigtigt for arbejdsgruppen at bidrage til, at alle voldtægtsofre med behov herfor får tilbud om relevant bistand og behandling.

Der er i dag stor variation i tilbuddene på centrene, og indsatsen foregår aktuelt ikke alle steder i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav og vejledninger på

området. Anbefalingerne i denne rapport skal ses som et supplement til de foreliggende krav og vejledninger og som en tilkendegivelse af, at der er brug for øget fokus på og prioritering af indsatsen overfor voldtægts ofre, hvis centrenes indsats i højere grad skal være af ensartet og høj faglig kvalitet.

Med anbefalingerne har det været arbejdsgruppens ambition at definere indhold i og rammerne for et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet på centrene. Arbejdsgruppen er bevidst om, at centrenes befolkningsgrundlag og størrelse er meget forskellig, og at det derfor ikke vil være meningsfuldt at realisere alle anbefalingerne fast på alle centrene. Der må derfor naturligt være forskel på centrenes organisation og tilrettelæggelse. Det afgørende for arbejdsgruppen er, at der sikres *adgang til* de i anbefalingerne nævnte tilbud og kompetencer på fornuftig vis med henblik på, at voldtægts ofre, uanset hvilket center de henvender sig på, får samme højt kvalificerede tilbud. Derfor bør regionerne sikre et hensigtsmæssigt organisatorisk set-up og relevante aftaleløsninger i regionen og ved behov på tværs af regionerne. En oplagt model vil være, at de store centre i landet organiseres med de anbefalede kompetencer og tilbud fast på centret, og at de mindre centre i formaliseret samarbejde med de større centre sikres *adgang til* samme kompetencer og kvalificerede tilbud.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at afstanden til centeret er afgørende for, om voldtægts ofrene, som ofte er meget unge, sårbare kvinder, får den vurdering og behandling, som de har brug for. Nærhedsprincippet er derfor i relation til denne patientgruppe vigtigt. Arbejdsgruppen finder, at afstanden til centret ved Rigshospitalet eller Hillerød Hospital kan være stor for mange voldtægts ofre med bopæl i Region Sjælland. Det er derfor arbejdsgruppens opfattelse, at tilbuddet til voldtægts ofre bør være geografisk dækkende, herunder også med et center i Region Sjælland.

Anbefalingerne i rapporten vedrører en styrkelse og/eller udbygning af kompetencer og tilbud på centrene for voldtægts ofre. Det er imidlertid også vigtigt at definere, hvad der ligger uden for centrenes virksomhed. Det gælder generelt for centrenes tilbud, at indsatsen på centrene bør være knyttet tæt an til voldtægts ofrets behov i relation til voldtægten. Såfremt der er behov for hjælp, støtte, vurdering og/eller behandling til voldtægts ofret i relation til andre problemstillinger etc., bør centret sikre viderehenvielse til andet relevant tilbud eller instans.

Arbejdsgruppen finder desuden, at centrene bør have et udbygget netværk i form af samarbejde og koordination med relevante instanser. Inden for sundhedsvæsenet drejer det sig om den alment praktiserende læge, psykiatrisk afdeling og infektionsmedicinsk afdeling. Herudover vil der afhængig af det enkelte centers organisatoriske forankring være behov for samarbejde med henholdsvis den fælles akutmodtagelse/traumecentret og gynækologisk afdeling. Der er desuden brug for tæt samarbejde med de sociale myndigheder i kommunalt regi samt politi og retsvæsen.

Det fremgår af folketingsbeslutningen, at eventuelle forslag til forbedringer i tilbuddene på landets centre for voldtægts ofre, der vil medføre øgede offentlige udgifter, vil indgå i en prioritering i sundhedsvæsenet. Anbefalingerne i rapporten vil indgå i en videre politisk beslutningsproces, og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i den forbindelse udarbejdet et notat med overvejelser om de afledte ressourcemæssige konsekvenser af anbefalingerne.

### 1.3 Anbefalinger for den fremtidige virksomhed på centrene for voldtægts ofre

- Det anbefales, at centrene tilbyder en somatisk indsats af høj faglig kvalitet, herunder at centrene udarbejder og løbende opdaterer fælles retningslinjer for den somatiske indsats med udgangspunkt i rapportens forslag til den somatiske indsats.
- Det anbefales, at sygeplejerskerne på centrene har særlige kompetencer, herunder at de kan håndtere fysiske og psykiske følger af en voldtægt samt yde relevant og målrettet krisestøtte og psykosocial omsorg. Det anbefales, at centrene udarbejder et fælles efteruddannelseskoncept med kompetenceprofiler for sygeplejersker ved et center for modtagelse af voldtægts ofre. Efteruddannelseskonceptet kan tage udgangspunkt i WHO's områder (se nærmere i rapporten) og bør omfatte supervision. Der anbefales endvidere rutinemæssig lokal opfølgning i form af en årlig temadag og/eller besøg på et af videnscentrene.
- Det anbefales, at tidsgrænsen for henvendelse til centrene ophæves, så det bliver muligt for centrene at visitere til og tilbyde psykologisk støtte og behandling til de voldtægts ofre, der henvender sig med psykiske problemer relateret til voldtægten.
- Det anbefales, at psykologisk støtte og behandling på centrene for voldtægts ofre tilbydes af psykologer med særlige kompetencer i behandling af voldtægts ofre. Der bør være en eller flere psykologer fast tilknyttet alle centre.
- Det anbefales, at voldtægts ofre, som vurderes egnede hertil, tilbydes psykologisk gruppebehandling. Såfremt det enkelte center ikke har et tilstrækkeligt antal egnede voldtægts ofre til etablering af tilbuddet, bør voldtægts ofrene orienteres om muligheden for gruppebehandling på et andet center og tilbydes henvisning hertil. Tilbuddet kan ikke erstatte tilbuddet om individuel behandling, men må betragtes som et supplement til den individuelle behandling for voldtægts ofre, som vurderes egnede til gruppebehandling.
- Det anbefales, at socialrådgiverbistand er en del af tilbuddet på alle centre for voldtægts ofre. Socialrådgiveren bør være fast tilknyttet centret og have særlige kompetencer i relation til voldtægts ofre.
- Det anbefales, at der ved centrene for modtagelse af voldtægts ofre oplyses og rådgives om risikoen for at udvikle seksuel dysfunktion, og at voldtægts ofre og deres eventuelle partner ved behov tilbydes sexologisk rådgivning. Rådgivningen bør varetages af en uddannet sexologisk rådgiver (specialist i sexologisk counseling eller tilsvarende), der er fast tilknyttet centret eller er tilknyttet centret i kraft af en samarbejdsaftale.
- Det anbefales, at centrene for voldtægts ofre tilbyder information og oplysning samt krisestøtte og psykosocial støtte til pårørende. Tilbuddet bør fokusere på den pårørendes reaktion og håndtering heraf samt omfatte psykoedukation om voldtægts ofrets reaktioner samt om, hvordan den pårøren-

de bedst støtter i efterforløbet. Tilbuddet kan etableres ved fast tilknytning af eller samarbejdsaftale med en kvalificeret fagperson. Typisk vil der være tale om en til to samtaler. Centrene forventes ikke at kunne varetage behandlingsforløb for pårørende i større omfang end dette, medmindre det af hensyn til voldtægtsforret skønnes mest hensigtsmæssigt.

- Det anbefales, at der sker en videre afklaring af behovet for og eventuelt tilrettelæggelsen af genoprettende samtaler, herunder med inddragelse af relevante parter, fx retsvæsenet.
- Det anbefales, at videnscenterfunktionen på centrene i København og Aarhus styrkes og udbygges til gavn for den samlede virksomhed på centrene for voldtægts ofre i Danmark. Videnscenterfunktionen bør fremadrettet også omfatte følgende aktiviteter:
  - Oplysning om centrene for voldtægts ofre og deres tilbud. Oplysningsindsatsen bør ske samlet og på tværs af centrene. Indsatsen bør målrettes unge, idet det hyppigst er unge, der udsættes for voldtægt. Oplysningen kan fx ske ved integration i eksisterende indsatser som fx seksualundervisning i folkeskolen, sundhedsplejerskebesøg og lign.
  - Indsatser, der understøtter øget samarbejde og videndeling på tværs af centrene for voldtægts ofre i Danmark. Det kan fx være etablering af et fælles forum med fokus på ny læring og udvikling, fx i form af afholdelse af et årligt seminar for personale tilknyttet centrene med præsentation af projekter og resultater oparbejdet i det forgangne år samt eventuelle internationale bidrag. Endvidere bør der i regi af videnscentre etableres en platform for fælles registrering og opfølgning på indsatsen over for voldtægts ofre i Danmark i form af oprettelse af en national database.
  - Videreformidling af resultaterne af det igangværende arbejde i regi af Det Kriminalpræventive Råd med henblik på øget viden om og fokus på forebyggelsesindsatser i relation til voldtægt.

## 2 Baggrund og formål

Modtagelse af ofre for voldtægt er en specialiseret funktion (regionsfunktion) på syv centre i landet. Centrene er placeret på Rigshospitalet, Hillerød Hospital (formaliseret samarbejde med Rigshospitalet), Odense Universitetshospital, Kolding Sygehus, Aarhus Universitetshospital, Regionshospitalet Herning og Aalborg Sygehus. Der er således et eller to centre i alle regioner undtagen i Region Sjælland. Voldtægtsofre fra Region Sjælland vurderes og behandles aktuelt på centret ved Rigshospitalet.

Tilbuddene på de syv centre for voldtægtsofre er i dag meget forskellige, og voldtægtsofrene får således ikke et ensartet behandlingstilbud på tværs af landet. Den 1. juni 2011 vedtog Folketinget et beslutningsforslag om at forbedre og ensarte tilbuddene på landets voldtægtscentre. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodede herefter Sundhedsstyrelsen om at nedsætte en arbejdsgruppe, der havde til opgave at inddrage beslutningsforslagets elementer og med udgangspunkt i 'best practice' på de eksisterende centre og foreliggende evidens komme med forslag til at forbedre tilbuddene på landets voldtægtscentre. Folketinget tilkendegav, at eventuelle forslag til forbedringer, der vil medføre øgede offentlige udgifter, vil indgå i en prioritering i sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen nedsatte på den baggrund en arbejdsgruppe, hvis anbefalinger fremsættes i denne rapport.

### 2.1 Grundlaget for centrenes virksomhed

Ifølge Sundhedslovens § 208 beslutter Sundhedsstyrelsen placering af og krav til specialiserede funktioner. 'Center til modtagelse af voldtægtsofre' er en regionsfunktion i gynækologi. Funktionen kan evt. varetages på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med et center med regionsfunktion.

Sundhedsstyrelsen har med specialevejledning af 26. februar 2010 for gynækologi og obstetrik godkendt de eksisterende syv centre i landet. Kravene til varetagelse af funktionen fremgår af specialevejledningen, herunder at varetagelsen skal ske i henhold til Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om den fremtidige organisation af sundhedsvæsenets indsats for volds- og voldtægtsramte kvinder' fra 1999. Specialevejledningen kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside og er senest opdateret den 12. oktober 2011.

Af vejledningen fra 1999 fremgår det, at følgende indholdsmæssige krav bør være opfyldt på centrene:

- Døgnåben modtagelse med faciliteter til akut lægeundersøgelse, sikring og opbevaring af prøver
- Lokale til evt. politiafhøring
- Mulighed for overnatning
- Sygeplejepersonale i døgnvagt
- Psykolog og socialrådgiver tilknyttet ordningen
- Læge i tilkaldevagt, der besidder den fornødne kompetence til at undersøge, vurdere samt evt. behandle voldsfølger, sikre prøver og - evt. i samarbejde



bejde med det nærmeste retsmedicinske institut - affatte erklæringer om undersøgelsen til brug for politi og retsvæsen

- Procedure for opfølgning, herunder aftale om lægeundersøgelse en/to uger efter første undersøgelse
- Tilbud om henvisning/kontakt til psykolog som fast rutine
- Fastlagt procedure for evt. kontakt til advokat.

## 2.2 Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. virksomheden på centrene for voldtægts ofre fik til opgave at beskrive og vurdere følgende med henblik på at fremkomme med anbefalinger til tilbud og forbedringer:

1. Patientgruppens størrelse, karakteristika og behov.
2. De nuværende tilbud ved voldtægtscentre.
3. Erfaringer, "best practice" og evidens vedrørende indhold og tilrettelæggelse af tilbud, herunder nye el. udvidede tilbud.
4. Behovet for specialiserede tilbud ved voldtægtscentre i sygehusvæsenet.

Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning – se næste side:

Repræsentant	Udpeget af
Afdelingslæge Malene Hilden	Region Hovedstaden Gynækologisk afd. JulianeMarie Centret, Rigshospitalet
Sygeplejerske og psykoterapeut Henriette Reenberg	Region Hovedstaden Gynækologisk obstetrisk afd., Hillerød Hospital
Oversygeplejerske Lise Hansen	Region Nordjylland Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Aalborg Sygehus
Socialrådgiver Kirsten Burup	Region Nordjylland Børne- og kirurgicentret, Aalborg Sygehus
Ledende psykolog Anja Hareskov Jensen	Region Midtjylland Center for Voldtægts ofre, Aarhus Universitetshospital
Sygeplejerske Helle Juul Laugesen	Region Midtjylland Center for Voldtægts ofre, Herning Sygehus
Overlæge Lise Schleiss	Region Sjælland Sygehus Nord Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Holbæk Sygehus
Overlæge Amneh Hawwa	Region Sjælland Sygehus Syd, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Nykøbing F. Sygehus.
Oversygeplejerske Lone Hedemand	Region Syddanmark Gynækologisk-obstetrisk afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Kirsten Lund Sørensen	Region Syddanmark Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Kolding Sygehus
Konsulent Susan Gram Colding	Danske Regioner Sundheds- og socialpolitisk kontor
Konsulent Helle Nørtoft Laursen	Danske Regioner Økonomi og sundhedsanalyse
Sundhedsfaglig konsulent Elisabeth Feder	Danske Regioner Region Hovedstaden, Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet
Fuldmægtig Lene Pedersen	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Sundhedsøkonomisk Center
Fuldmægtig Sandra Poulsen	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Sygehuspolitisk Center
Assisterende læge Brian Bjørn	Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og beredskab
Chefkonsulent Charlotte Hosbond	Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og beredskab

## 2.3 Arbejdsgruppens arbejde

Det fremgik af folketingsbeslutningen, at det samlede arbejde skulle være afsluttet inden 1. februar 2012. Efter aftale med parterne bag beslutningen har arbejdet fundet sted i perioden november til primo marts 2012.

I lyset af den meget korte tid til arbejdet blev arbejdsgruppen sammensat snævert med fokus på de specialiserede sygehusbaserede opgaver på centrene for voldtægts ofre. Det betyder, at arbejdsgruppen i relation til det specialiserede sygehus-tilbud har gjort sig nogle grundige overvejelser og på den baggrund kommer med en række konkrete anbefalinger, mens det på andre områder kun har været muligt at fremsætte indledende overvejelser med henblik på et videre arbejde, herunder også med involvering af andre relevante samarbejdspartnere. Arbejdsgruppen har alene forholdt sig til omsorg og behandling i relation til voldtægts ofre, mens den retsmedicinske indsats ikke har været drøftet.

Den foreliggende rapport vedr. virksomheden på landets centre for voldtægts ofre består af følgende dele:

- En beskrivelse af patientgruppens karakteristika og størrelse
- En beskrivelse af det aktuelle tilbud på centrene for voldtægts ofre
- Anbefalinger for den fremtidige indsats på centrene for voldtægts ofre
- Overvejelser om sammenhæng i og planlægning af indsatsen samt implementering af anbefalingerne

## 2.4 Dokumentation

Der er foretaget litteratursøgning i forbindelse med arbejdet, men dokumentationen for forskellige organisatoriske løsninger i virksomheden på centrene for voldtægts ofre er sparsom. Samtidig er det svært at overføre erfaringer fra udlandet bl.a. på grund af geografiske, demografiske, kulturelle og organisatoriske forskelle.

Arbejdsgruppen har inddraget litteratur, hvor det har været muligt. Anbefalingerne i rapporten er derfor på nogle områder baseret på litteratur og på andre områder baseret på arbejdsgruppens bedste sundhedsfaglige og organisatoriske vurderinger.

## 2.5 Definition af voldtægt og voldtægts offer

For at gøre rapporten mere læsevenlig anvendes følgende forståelse af 'voldtægt' og 'voldtægts offer':

- Voldtægt: Det overgreb, som personen har været udsat for. Begrebet omfatter i rapporten tillige voldtægtsforsøg, seksualiseret vold og andre former for seksuelle overgreb.
- Voldtægts offer: Den person, der har været udsat for en af ovennævnte overgreb.

## 3 Patientgruppens størrelse og karakteristika

### 3.1 Antal voldtægtsofre i Danmark

Afgrænsning af patientgruppens størrelse er vanskelig, idet voldtægtsområdet er præget af store mørketal og statistiske afgrænsningsvanskeligheder. I en undersøgelse, hvor man har spurgt ca. 2.600 kvinder (førstegangsfødende) i graviditetens 37. uge og igen inden for to uger efter fødslen, angiver godt 9 % at have oplevet seksuel vold (1). En anden af de senere danske undersøgelser peger på, at 2.000-3.000 danske kvinder årligt bliver udsat for voldtægt eller forsøg på voldtægt (2).

Antallet afhænger af spørgsmålsformuleringen, populationen, definitionen af voldtægt samt undersøgelsesmetodik. For eksempel peger undersøgelser på, at kvinder, der har været udsat for voldtægt, ofte svarer benægtende på, om de har været udsat for voldtægt, selvom de i samme undersøgelser svarer bekræftende på, at de har haft oplevelser, der svarer til det, der juridisk defineres som voldtægt. Det at have været udsat for voldtægt er ofte forbundet med skyld og skam, hvorfor der må forventes markant underreportering.

Som det ses af tabellen nedenfor, var der på landsplan i 2010 ca. 650 nye henvendelser på centrene for voldtægtsofre. Det samlede antal nye henvendelser har været forholdsvist stabilt over perioden 2006-2010.

Antal nye henvendelser/år	2010	2009	2008	2007	2006
Center for Seksuelle Overgreb, København	302	293	338	347	335
Center for voldtægtsofre, Aarhus	120	132	136	177	136
Center for voldtægtsofre, Odense	55	53	66	67	57
Center for voldtægtsofre, Aalborg*	30	24	30	29	34
Center for voldtægtsofre, Kolding	67	71	57	65	57
Center for voldtægtsofre, Herning	24	32	35	19	19
Center for voldtægtsofre, Hillerød	55	57	55	69	58
I alt	653	662	717	773	696
* Omfatter alene henvendelser i omsorgstilbuddet. Det samlede antal henvendelser i centret er højere, da ikke alle tager imod omsorgstilbuddet.					

På landsplan anmeldes ca. 450-550 voldtægter eller voldtægtsforsøg årligt til politiet. Arbejdsgruppen har oplyst, at andelen af henvendelser på centrene, hvor der er sket eller sker anmeldelse, varierer mellem 50 og 75 %.

Opgørelser fra centrene viser, at 50-75 % af voldtægtssofrene, som behandles på centrene, kommer via politiet. Knap 25 % henvender sig selv. Herudover kommer voldtægtssofrene til centrene fra enten en fælles akutmodtagelse eller skadestue, et andet sygehus, praktiserende læge eller et krisecenter.

Opgørelser fra centret i København viser, at ca. halvdelen af voldtægtssofrene, som behandles på centret, har fået fysiske skader ved overgrebet. De fleste skader er mindre skader (fx mindre rifter og blå mærker), men ca. 5 % har alvorligere skader, som kræver traumebehandling. Ved gynækologisk undersøgelse ses der i ca. 30 % af tilfældene skader i underlivet (rifter og større skader).

### 3.2 Patientgruppens karakteristika

Det er i sagens natur kun muligt at beskrive den delpopulation af voldtægtssofrene, som henvender sig i centrene. Det er uvist, hvordan og i hvilket omfang disse adskiller sig fra de voldtægtssofre, der ikke søger hjælp på centrene. Der må derfor tages forbehold for generaliserbarheden af patientgruppens karakteristika.

Patientgruppen er karakteriseret ved en overrepræsentation af piger og unge kvinder. Kun ganske få procent er drenge eller mænd. Arbejdsgruppen oplyser, at mere end halvdelen af voldtægtssofrene er mellem 12 og 20 år.

En stor del af disse unge kvinder har fysiske, psykiske eller sociale belastninger allerede inden overgrebet, og disse belastninger øges efter voldtægten. Blandt dem, som henvender sig på centret, er der en overrepræsentation af kvinder med lavt uddannelsesniveau og ringe kontakt til arbejdsmarkedet. Dette forhold skal naturligvis ses i lyset af deres unge alder. Der er ligeledes en overhyppighed af førtidspensionister blandt voldtægtssofrene (3). Endvidere har voldtægtssofre ofte dårligere helbred og hyppigere kontakt med sygehusvæsenet end gennemsnittet, både i forhold til fysiske, men i særdeleshed psykiske, lidelser (4). Inden voldtægten er der 50 % flere lægebesøg end hos en matchede kontrolgruppe, og efter voldtægten er der yderligere stigning i kontakten med sundhedsvæsenet (5).

Blandt voldtægtssofre, der henvender sig til centrene, er der en 10-20 gange større andel, der har haft psykoser, angst og depression, i forhold til den øvrige befolkning, og efter overgrebet er hyppigheden yderligere forøget (6). Data fra centrene i København og Aarhus viser, at omtrent 30 % af voldtægtssofrene har været udsat for voldtægt, incest eller fysiske overgreb, inden det aktuelle overgreb fandt sted, hvilket som oftest komplicerer den efterfølgende psykologiske behandling (7-8).

## 4 Centrenes nuværende virksomhed

### 4.1 Det nuværende tilbud til voldtægts ofre

Der er i dag væsentlige forskelle i tilbuddene ved de syv centre for voldtægts ofre, og ofre for voldtægt får ikke samme tilbud overalt i landet. Flere af centrene lever aktuelt ikke op til anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om den fremtidige organisation af sundhedsvæsenets indsats for volds- og voldtægtsramte kvinder' fra 1999. Det aktuelle tilbud ved centrene er skitseret mere detaljeret i skemaform i bilag 1.

Centrene er forankret forskelligt organisatorisk. Nogle centre er forankret i akutmodtagelsen og andre i den gynækologisk/obstetriske afdeling. Alle centre har i overensstemmelse med ovennævnte vejledning åbent for henvendelse døgnet rundt.

På alle centre er der en tidsgrænse for, hvornår et offer kan henvende sig med henblik på at få vurdering og behandling. For så vidt angår den retsmedicinske undersøgelse, som har til formål at sikre spor, varierer tidsgrænsen fra 72 timer til syv døgn. Arbejdsgruppen har ikke omfattet retsmedicinsk kompetence, hvorfor dette forhold ikke har været yderligere vurderet. For så vidt angår tilbuddet om psykologisk behandling varierer tidsgrænsen fra 72 timer til 12 måneder eller ubegrænset. Der er således her tale om en betydelig forskel i tilbuddet til ofrene. Tilsvarende gælder for den somatiske lægeundersøgelse og -behandling, hvor tidsgrænsen også varierer fra 72 timer til 12 måneder eller ubegrænset. Arbejdsgruppen vurderer, at tidsgrænsen for tilbuddet om psykologisk behandling og det somatiske tilbud alene har baggrund i ressourcemæssige begrænsninger.

Nogle centre er tværfagligt bemandede og med en større personalenormering end andre centre. På nogle centre bæres arbejdet i høj grad af sygeplejersker med erfaring på området, og på andre centre er der f.eks. tilknyttet fast speciallæge i gynækologi/obstetrik, psykolog, sygeplejersker m.fl. Alle centre har mulighed for at få assistance fra speciallæge i gynækologi/obstetrik inden for kort tid. På centrene ved Rigshospitalet og Aalborg Sygehus er der også fast tilknyttet socialrådgiver. Alle sygeplejersker på centrene modtager uddannelse, men uddannelsen er ikke ensartet på tværs af centrene.

Indholdet i det somatiske tilbud varierer mellem centrene. På nogle centre er det somatiske tilbud omfattende med fokus på forebyggelse og behandling af seksuelt overførte sygdomme og graviditetsforebyggende behandling, mens der på andre centre ikke er et egentligt tilbud, hvorfor voldtægts ofret selv skal booke tid hos alment praktiserende læge med henblik på vurdering og eventuel behandling.

På alle centre (undtagen centret i Hillerød) kan der gennemføres personundersøgelse med henblik på sporsikring. Sporene gemmes mindst tre måneder, på nogle centre længere tid.

På alle centre tilbydes der samtale med psykolog eller psykoterapeut. Denne er på nogle centre fast tilknyttet, mens andre centre viderehenviser til privatpraktiserende psykolog med overenskomstaftale. På de fleste centre sætter manglende økonomiske ressourcer begrænsninger for antallet af psykologsamtaler, idet behovet dog søges vurderet individuelt. På centret ved Aalborg Sygehus er der fx kun mulighed for fem samtaler. Kun få af centrene tilbyder i dag gruppeterapi. Centrene ved

Rigshospitalet og Hillerød Hospital har et behandlingstilbud for pårørende, mens de øvrige centre alene har mulighed for at inddrage pårørende i begrænset omfang.

I henhold til bekendtgørelse nr. 300 af 7. april 2011 om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper har voldtægts ofre også mulighed for at få tilskud til psykologbehandling i praksissektoren. Typisk vil en privatpraktiserende psykolog dog ikke have særlige kompetencer i relation til voldtægts ofre.

Tilbud om sexologisk rådgivning og genoprettende samtaler (mægling) findes tilsvarende kun på få centre.

Oplysning om centrene og deres tilbud til voldtægts ofre er aktuelt ikke koordineret og foregår meget forskelligt. På nogle centre gøres der en stor indsats for at oplyse bredt, herunder også undervise relevante kommunale institutioner, politi m.m.

Den aktuelle virksomhed på centrene for voldtægts ofre er således særdeles varierende, og der er enighed i arbejdsgruppen om, at der er behov for et mere ensartet og forbedret tilbud til voldtægts ofre i Danmark.

## 4.2 Centrenes finansielle grundlag

Regionen tildeler midler til drift af centrene til de afdelinger og klinikker på sygehusene, der står for driften af centrene.

Center for Voldtægts ofre på Aarhus Universitetshospital og Center for Seksuelle Overgreb på Rigshospitalet er desuden finansieret af satspuljemidler, der er øremærket centrenes videnscenterfunktion med forskning og formidling.

Herudover kan centrene søge midler via private fonde og organisationer til særskilte, tidsbegrænsede projekter.

I nedenstående tabel ses finansieringen af centrene for voldtægts ofre i 2011. Som det fremgår, er driftsmidlerne størst i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og mindst i Region Nordjylland.

Tabel. Finansieringsgrundlag for centrene for voldtægts ofre i 2011

	Driftsmidler (i 1.000 kr.)	Satspuljemidler (i 1.000 kr)
Region Nordjylland	570	-
Region Midtjylland	1.854	1.733
Region Syddanmark	1.200	-
Region Sjælland	-	-
Region Hovedstaden	2.203	3.367
I alt	5.827	5.100

Region Sjælland har ikke et selvstændigt Center for Voldtægts ofre. Regionens borgere benytter sig af Center for Seksuelle Overgreb på Rigshospitalet, hvor afregningen for behandling sker som led i den almindelige betaling for ydelser.

## 5 Den fremtidige virksomhed på centrene

### 5.1 Den somatiske indsats

Den somatiske indsats for ofre for voldtægt har tre formål: Behandling af opståede skader, forebyggelse af graviditet samt forebyggelse og behandling af seksuelt overførte sygdomme.

Den retsmedicinske personundersøgelse og dokumentation udføres af speciallæge i retsmedicin eller af anden læge, der opfylder uddannelseskravene i bilag 2 til Sundhedsstyrelsens vejledning fra 1999 om den fremtidige organisation af sundhedsvæsenets indsats for volds- og voldtægtsramte kvinder. Den retsmedicinske undersøgelse belyses ikke nærmere i denne rapport, idet der henvises til den ovenfor nævnte vejledning.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at alle – uanset om der er sket anmeldelse til politiet eller ej – skal tilbydes personundersøgelse med henblik på sporsikring til opbevaring i mindst seks måneder.

Der er betydelige forskelle i omfanget af centrenes somatiske indsats. Det er arbejdsgruppens anbefaling, at den somatiske indsats tilrettelægges i overensstemmelse med nedenstående principper. Danske anbefalinger på området er tidligere beskrevet i en oversigtsartikel i Ugeskrift for Læger (9). Disse retningslinjer er dog løbende blevet revideret og er i den nuværende form mindre omfattende. Anbefalingerne lægger sig op ad guidelines fra Verdenssundhedsorganisationen (WHO) (10), Centers for Disease Control and Prevention, USA (11) samt en nyere oversigtsartikel (12).

#### **Behandling af skader**

Som det fremgår af kapitel 3 om patientgruppens størrelse og karakteristika, har ca. 15 % af voldtægtsopofferne behandlings- eller observationskrævende skader. Disse behandles efter vanlige retningslinjer og principper og med inddragelse af relevante specialer.

#### **Forebyggelse af graviditet**

Risikoen for at blive gravid efter et seksuelt overgreb er estimeret til 5 % i en undersøgelse fra USA (13). Alle bør tilbydes graviditetstest i form af urin-HCG ved henvendelsen samt efter 14 dage.

Graviditetsforebyggende behandling bør tilbydes alle i risiko for graviditet, dvs. hvor der har været kontakt mellem penis og vagina (uafhængig af sædafgang) og som ikke anvender sikker prævention, fx spiral eller p-piller.

#### **Forebyggelse og behandling af seksuelt overførte sygdomme**

Behandling af seksuelt overførte sygdomme iværksættes afhængig af smitterisiko, dvs. om der har været slimhindekontakt, og er uafhængig af eventuel sædafgang. Der undersøges fra de åbninger (skede, svælg, endetarm), hvor der har været kontakt med penis. Da en større andel af voldtægtsopofferne ofte tabes i den opfølgende kontrol, kan det være rimeligt at tilbyde profylaktisk behandling på relativt vid indikation.



Det anbefales rutinemæssigt at undersøge for klamydia, smitsom leverbetændelse, type B og HIV. Efter konkret vurdering (samt rutinemæssigt ved mænd voldtaget af mænd) undersøges for gonore, syfilis og smitsom leverbetændelse, type A.

### **Klamydia**

Klamydia er en udbredt kønssygdom blandt yngre mænd og kvinder i Danmark (prævalens 5-10 %). Risikoen for smitte før gerningstidspunkt er stor, ligesom risikoen for, at gerningsmanden kan være smittebærer er relativt stor. I en ikke-publiceret rapport fra Center for Seksuelle Overgreb i København fandt man en prævalens af klamydia blandt de undersøgte på centeret på 10,4 %.

Podning sker efter vanlige retningslinjer. Alle, der kan være udsat for smitterisiko, bør tilbydes behandling, da en del voldtægts ofre udebliver fra opfølgende besøg. Da bekymring om smitte er meget udtalt, udføres podning, uanset at podningssvar ikke afventes.

### **Smitsom leverbetændelse, type B**

Smitsom leverbetændelse, type B, kan overføres ved seksuel kontakt. Danmark er generelt et lavprævalensområde, og risikoen for smitte må anses for lille. Det anbefales alligevel at screene for eventuel smitte samt tidligere infektion. Det anbefales endvidere at tilbyde profylaktisk post-exposure-vaccination i tilfælde, hvor gerningsmanden kommer fra et kendt højprævalensområde, er i.v.-stofmisbruger eller har haft homoseksuelle kontakter. Det er vigtigt at tilpasse tidspunktet for vaccination til den kliniske kontrol i øvrigt, da dette øger gennemførelsesprocenten.

### **HIV**

Risikoen for HIV-smitte i forbindelse med en voldtægt er beskeden. Der foreligger ikke sikre tal på området, men smitterisikoen for et enkelt vaginalt samleje med HIV-positiv mand estimeres at være 1-2 pr. 1000, mens smitten ved anal samleje estimeres til at være 1-3 pr. 1000 samlejer. Risikoen er højere, hvis der er genitale traumer, sår eller bestående infektion (14). Der er dog en ikke ubetydelig bekymring for smitte netop med HIV, ikke mindst fordi denne infektion tidligere har været anset for dødelig. Det er vigtigt at imødekomme denne angst med information, testning samt evt. post-exposure-profylaktisk behandling. Det anbefales derfor at screene alle med smitterisiko for HIV ved den akutte undersøgelse (nulprøve) samt at tilbyde kontrol efter tre måneder og evt. også efter én måned, hvis bekymringen for smitte er stor, idet en serokonvertering som oftest vil afsløre sig allerede efter fire uger.

Eventuel beslutning om posteksponeringsprofylakse kræver, at der er indhentet infektionsmedicinsk vurdering fra en afdeling med regionsfunktionen post-exposure HIV-profylaktisk behandling, jf. Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende specialevejledning for intern medicin: infektionsmedicin.

### **Gonore, syfilis og smitsom leverbetændelse, type A**

Disse sygdomme er sjældne blandt heteroseksuelle, og der anbefales derfor kun undersøgelse af kvinder, der har symptomer. Mænd voldtaget af mænd bør rutinemæssigt undersøges for gonore i relevant åbning (svælg, endetarm).

Smitte med syfilis er i stigning i det homoseksuelle miljø, hvorfor det anbefales at teste mænd for syfilisantistof (WR) initialt (nulprøve) samt efter tre måneder. Det anbefales desuden at tilbyde vaccination mod smitsom leverbetændelse, type A og B. Incidensen af smitsom leverbetændelse, type A, er generelt meget lav i befolk-

ningen, hvorfor der ikke vurderes at være indikation for at teste for dette som nulprøve.

### **Anbefaling**

Det anbefales, at centrene tilbyder en somatisk indsats af høj faglig kvalitet, herunder at centrene udarbejder og løbende opdaterer fælles retningslinjer for den somatiske indsats med udgangspunkt i rapportens forslag til den somatiske indsats.

### **Sygeplejefaglig omsorg og behandling**

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om den fremtidige organisation af sundhedsvæsenets indsats for volds- og voldtægtsramte kvinder' fra oktober 1999, at centrene bør have døgnåben modtagelse med sygeplejepersonale i døgnvagt.

Centrenes sygeplejersker vil almindeligvis være den første sundhedsperson, som voldtægtsopret kommer i kontakt med ved henvendelse til et center. Det er derfor vigtigt, at de modtagende sygeplejersker har særlige kompetencer i forhold til håndteringen af såvel fysiske som psykiske følger af en voldtægt, herunder at de er erfarne i at yde relevant og målrettet krisestøtte og psykosocial omsorg.

Verdenssundhedsorganisationen, WHO, har i ovennævnte guidelines fra 2003 (10) i et appendiks opstillet et forslag til områder, som sundhedspersoner, der skal arbejde med voldtægtsopre, bør have kompetencer i og viden om. Forslaget indeholder blandt andet følgende områder (flere underpunkter fremgår af WHO-publikationen):

1. Tværfagligt teamsamarbejde
2. Seksualiseret vold
3. Retslægelig personundersøgelse
4. Klinisk håndtering af voldtægtsopret
5. Retssystemet
6. Ethiske aspekter

### **Anbefaling**

Det anbefales, at sygeplejerskerne på centrene har særlige kompetencer, herunder at de kan håndtere fysiske og psykiske følger af en voldtægt samt yde relevant og målrettet krisestøtte og psykosocial omsorg. Det anbefales, at centrene udarbejder et fælles efteruddannelseskoncept med kompetenceprofiler for sygeplejersker ved et center for modtagelse af voldtægtsopre. Efteruddannelseskonceptet kan tage udgangspunkt i WHO's områder og bør omfatte supervision. Der anbefales endvidere rutinemæssig lokal opfølgning i form af en årlig temadag og/eller besøg på et af videnscentre.

## **5.2 Psykologisk støtte og behandling**

De psykologiske følger efter et seksuelt overgreb kan være mange, og der findes forskellige former for psykologisk støtte og behandling, som anvendes i forbindelse med voldtægtsopre. I litteraturen er effekten af psykologisk støtte og behandling mest undersøgt i relation til posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD).

I en undersøgelse foretaget ved Center for Voldtægtsopre i Aarhus, hvor deltagerne var blevet udsat for voldtægt for i gennemsnit syv-otte år siden, led 72 % af PTSD før behandlingen. Efter et behandlingsforløb bestående af ti psykologisamtaler hav-

de deltagerne målt med Harvard Trauma Questionnaire signifikant færre traumesymptomer (15).

Denne undersøgelse understøttes i høj grad af international forskning omkring effekten af behandling for PTSD. En stor metaanalyse vedrørende psykologisk behandling af PTSD konkluderer således på baggrund af 33 randomiserede, kontrollerede undersøgelser, at traumefokuserede behandlinger er effektive i forhold til behandlingen af PTSD (16).

For at imødekomme et voldtægtsoffers behov kan det være nødvendigt at inddrage flere forskellige behandlingsteknikker, både verbale og nonverbale (17). Det har desuden vist sig at være vigtigt, at de interventioner, der anvendes, imødekommer personens behov på det funktionsniveau, vedkommende befinder sig, og på det tidspunkt og i det tempo, personen er parat til.

Også specifikt i relation til kvinder udsat for voldtægt peger internationale metaanalyser af effekten af psykologisk behandling på, at der er effekt af behandlingen i forhold til PTSD, depression og angst (18). Der findes flere manualiserede (dvs. behandlinger, der har et bestemt antal sessioner med fastlagte temaer og en overordnet teoretisk referenceramme) og gennemprøvede behandlinger, der er udviklet specifikt til kvinder, der har været udsat for voldtægt. Randomiserede, kontrollerede undersøgelser af disse behandlingsformer peger på stor effekt (19). Der er således evidens både for traumebehandling generelt såvel som specifikt i forhold til ofre for voldtægt.

I det nyeste review over psykologisk behandling af PTSD generelt konkluderes det, at specifikke traumefokuserede terapier har bedst effekt i forhold til PTSD-symptomatologi. Herudover konkluderes det, at andre ikke-traumefokuserede psykologiske behandlingsformer (fx støttende og ikke-direktive behandlingsformer) ikke reducerer traumesymptomer i tilsvarende eller tilstrækkelig omfang (16). Lignende konklusioner nås i andre reviews af psykologisk behandling af PTSD (20). Specifikt i relation til kvinder udsat for voldtægt konkluderes der på linje hermed i et review over effekten af behandlingen, at traumefokuserede psykologiske behandlinger udviklet specifikt til målgruppen (21) er mest effektive, og at disse former for behandling er mere effektiv end støttende former for terapi, som vurderes kun at have begrænset effekt (22). Det er væsentligt at bemærke, at litteraturen på nogle af disse områder er mere sparsom, og at den manglende evidens i forhold til specifikke terapiformer kan skyldes, at området er utilstrækkeligt belyst.

Opsummerende fremgår det således, at der er evidens for, at psykologisk behandling er effektiv og kan medvirke til at reducere symptomer opstået som følge af at have været udsat for voldtægt. Psykologisk behandling er derfor en vigtig del af tilbuddet på centrene for voldtægtsofre.

### 5.2.1 Ophævelse af tidsgrænsen for henvendelse efter voldtægten

Der er på de fleste centre for voldtægtsofre i dag, som tidligere beskrevet, en tidsgrænse for henvendelse til centret med henblik på psykologisk behandling. Tidsgrænsen varierer betydeligt fra center til center.

Der er evidens for, at der er massive psykiske, sociale og fysiske følgevirkninger efter at have været udsat for voldtægt, og at voldtægt er det traume, hvor risikoen for udvikling af posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) er størst (23-25). Undersøgelser peger på, at der tre måneder efter overfaldet er 47 %, der opfylder de

diagnostiske kriterier for PTSD. Efter henholdsvis seks og ni måneder lider 42 % stadig af PTSD. Det ser således ud til, at man efter 6 måneder ikke kan forvente en spontan bedring af PTSD (26). Ud over PTSD er der en lang række andre psykiske, sociale og fysiske konsekvenser af voldtægt.

Det er veldokumenteret (27), at der er en del barrierer for at opsøge hjælp lige efter, at man har været udsat for voldtægt. Et af kernekriterierne i PTSD-diagnosen er undgåelsesadfærd, hvilket indebærer, at voldtægtsopret prøver at undgå alt det, der minder om traumat, ligesom følelser af skyld og skam i forhold til overgrebet, kan gøre det svært at søge hjælp. Da der er mange myter omkring voldtægter, er der også voldtægtsopre, der i en rum tid er i tvivl om, hvorvidt det, de har været udsat, reelt er en voldtægt. Af disse forskellige grunde prøver mange selv at håndtere deres vanskeligheder og undlader at søge hjælp på trods af svære psykiske reaktioner på overgrebet. Det kan derfor tage uger, måneder eller til og med år, før voldtægtsopret erkender, at der er problemer forbundet med overgrebet, som vedkommende ikke selv kan klare.

Målgruppen for den psykologiske behandling på centrene bør være voldtægtsopre med psykiske følger i relation hertil. I tilfælde, hvor symptomerne relaterer sig andet end voldtægtshændelsen, bør patienten viderehenvises til andet relevant tilbud, fx hos privatpraktiserende psykolog. Der bør endvidere foretages en faglig vurdering af, hvorvidt patienten har behov for et andet specialiseret tilbud, fx i psykiatrisk regi.

### **Anbefaling**

Det anbefales, at tidsgrænsen for henvendelse til centrene ophæves, så det bliver muligt for centrene at visiterer til og tilbyde psykologisk støtte og behandling til de voldtægtsopre, der henvender sig med psykiske problemer relateret til voldtægten.

### **5.2.2 Psykologer med fast tilknytning til centret**

Der er i forhold til en del af patientgruppen brug for en aktiv og opsøgende behandlingsindsats for at sikre, at voldtægtsoprene modtager den behandling, de har behov for. Det skyldes bl.a., at mange af voldtægtsoprene i forvejen har sociale og psykiske belastninger, og det forhold, at en del har undgåelsessymptomer som følge af akut og posttraumatisk belastningsreaktion efter voldtægten. En aktiv og opsøgende indsats kan ikke forventes varetaget af personer, der ikke er fast tilknyttede centrene og ikke har særlige kompetencer på området. Arbejdsgruppen finder derfor, at der bør være fast tilknyttede psykologer med særlige kompetencer på centrene.

Psykologer knyttet til centrene bør have særlige kompetencer i traumefokuserede behandlingsformer, og de bør jævnligt modtage supervision fra specialister eller supervisorer. Da længerevarende terapeutiske forløb med ofte traumatiserede og socialt belastede patienter giver en øget risiko for sekundær traumatisering hos psykologerne selv, bør der i supervisionen være særligt fokus på dette og tilbydes ekstra supervision ved behov.

Af hensyn til mulighederne for at sikre voldtægtsopre et tværfagligt tilbud af høj kvalitet bør oprene tilbydes en visiterende samtale med en psykolog fast tilknyttet centret med henblik på at afklare behovet for psykologbehandling. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at voldtægtsopre med behov for psykologbehandling som udgangspunkt bør modtage behandlingen på centret, hvor psykologen har særlige kompetencer på området. Såfremt særlige hensyn m.m. taler herfor, kan opret hen-

vises til behandling hos en privatpraktiserende psykolog eller anden fagperson i nærområdet, fx i tilfælde, hvor voldtægtssofret allerede er i et behandlingsforløb, eller hvor voldtægtssofret vil have lang transporttid eller store transportudgifter i forbindelse med behandling hos psykolog på centret. I dette tilfælde bør psykologbehandling ske under supervision og med sparring fra psykolog med særlige kompetencer ved et af centrene, således at kvaliteten af behandlingen så vidt mulig sikres. Der bør derfor indgås samarbejdsaftale med udvalgte privatpraktiserende psykologer, som har erfaring med voldtægts ofre eller med traumefokuserede behandlingsformer.

### **Anbefaling**

Det anbefales, at psykologisk støtte og behandling på centrene for voldtægts ofre tilbydes af psykologer med særlige kompetencer i behandling af voldtægts ofre. Der bør være en eller flere psykologer fast tilknyttet alle centre.

### **5.2.3 Gruppebehandling**

Et gruppebehandlingstilbud er væsensforskelligt fra et individuelt behandlingstilbud og bidrager på en anden måde end individuel behandling til reduktion af eftervirkningerne af at have været udsat for voldtægt. Gruppebehandling giver brugerne mulighed for at være i et fællesskab, hvor man er tryk, og både bidrager med sin egen fortælling og personlige erfaringer og er med til at bevidne andres oplevelser. Samtidig tyder erfaringer med gruppeterapi på, at gruppen er med til at fastholde brugerne i et socialt netværk, og gruppen kan på den måde bygge bro til omverdenen og en fastholdelse af fællesskaber uden for gruppen (28). Desuden er muligheden for at fastholde voldtægts ofrene i behandlingen større i en gruppe end i individuel terapi.

I en ekstern, kvalitativ evaluering af Rigshospitalets gruppetilbud til unge mellem 13 og 16 år foretaget på baggrund af 23 enkeltinterviews med gruppedeltagere og forældre konkluderes (29), at gruppeterapien viste sig yderst velegnet som behandlingstilbud til unge voldtægts ofre. Gruppebehandlingen har hjulpet de unge med at få almengjort overgrebet ved hjælp af spejlingsprocesser med hinanden, få modvirket følelsen af isolation og skabt mulighed for sociale relationer og få genopbygget personlig styring og kontrol. Gruppebehandlingens største gevinst for unge voldtægts ofre synes at være, at interaktionen med andre unge i samme situation kan reducere den unges isolation og følelser af at være anderledes. Særligt følelsen af empati fra de andre i gruppen beskrives som en af de helende faktorer. Fordi unge udgør en særligt udsat gruppe med hensyn til re-viktimisering, kan en tidlig behandlingsindsats med mulighed for behandling i gruppe med jævnaldrende have stor betydning for den unges stabilisering og medvirke til en sund udvikling (30).

En undersøgelse fra Aarhus Universitetshospital af 47 kvinder, der havde været udsat for voldtægt for mere end et halvt år siden (15), havde blandt andet som fokus at undersøge effekten af gruppebehandling. Undersøgelsen havde et forholdsvist lille deltagerantal, og resultaterne skal derfor betragtes med forsigtighed, men undersøgelsen viser, at voldtægts ofre, der har modtaget gruppebehandling, oplever et større fald i deres traumesymptomer end de voldtægts ofre, der har modtaget individuel behandling. Forskellen er ikke signifikant, men resultaterne peger i retning af, at gruppebehandlingen muligvis har en bedre effekt i forhold til at reducere traumatiseringsgraden hos voldtægts ofre. Det har ligeledes været behandlernes kliniske oplevelse, at gruppebehandlingen i særlig grad medvirkede til bedring hos deltagerne.

Således kan gruppebehandling ses som en effektiv behandling af voldtægts ofre, fordi den tilbyder et rum, hvori voldtægts ofrene kan modtage omsorg, emotionel støtte og få feedback på deres oplevelse af overgrebet (31-32).

En forholdsvis stor del af de voldtægts ofre, der henvender sig i centrene, har som nævnt sociale belastninger eller problemer med at indgå i relationer med andre. Disse voldtægts ofre kan derfor have svært ved at indgå i en gruppe. Gruppebehandling bør derfor ikke være det eneste tilbud, men i stedet indgå som en mulighed blandt andre behandlingsformer og bør kun gives til egnede patienter.

Behandlingsformen kræver tillige et tilstrækkeligt antal patienter og et jævnt flow af egnede patienter for, at det vil være muligt at oprette grupper på regelmæssig basis. Det kan derfor muligvis være vanskeligt at få et tilbud om gruppebehandling til at fungere i praksis på de mindre centre, og der bør derfor etableres samarbejde på tværs af centrene.

### **Anbefaling**

Det anbefales, at voldtægts ofre, som vurderes egnede hertil, tilbydes psykologisk gruppebehandling. Såfremt det enkelte center ikke har et tilstrækkeligt antal egnede voldtægts ofre til etablering af tilbuddet, bør voldtægts ofrene orienteres om muligheden for gruppebehandling på et andet center og tilbydes henvisning hertil. Tilbuddet kan ikke erstatte tilbuddet om individuel behandling, men må betragtes som et supplement til den individuelle behandling for voldtægts ofre, som vurderes egnede til gruppebehandling.

## **5.3 Socialrådgiverbistand**

En voldtægt kan have store sociale omkostninger for voldtægts ofret, der i mange tilfælde har sociale problemer i forvejen. Der kan fx være tilfælde, hvor voldtægts ofret ikke kan blive i sin bolig, ikke er i stand til at færdiggøre sin uddannelse eller bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. Der er derfor grund til at styrke den sociale indsats i relation til en voldtægt med henblik på at mindske de sociale konsekvenser af voldtægten samt hjælpe voldtægts ofret med de akutte problemstillinger, som kan opstå efter en voldtægt.

Aktuelt er socialrådgiverbistand kun et tilbud til voldtægts ofre på centrene i København og Aalborg, hvor en socialrådgiver er fast tilknyttet centret og har særlig kompetence i relation til voldtægts ofre. Der er gode erfaringer med at integrere socialrådgiverbistand i tilbuddet på centret, men der er ikke foretaget konkrete evalueringer og opfølgninger af ordningen.

Arbejdsgruppen finder, at bistanden bør ydes af en socialrådgiver med særlige kompetencer i relation til voldtægts ofre, idet der knytter sig særlige problemstillinger hertil. Socialrådgiveren er i besiddelse af specialviden om sociallovgivning i forhold til hjælpemuligheder og i forhold til, hvilke konkrete tilbud om støtte og foranstaltninger der findes i den enkelte kommune. Derfor bør socialrådgiveren tilknyttes fast til centret, hvilket også fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om den fremtidige organisation af sundhedsvæsenets indsats for volds- og voldtægtsramte kvinder fra 1999.

Nogle voldtægts ofre henvender sig med massive problemstillinger, som berører mange andre aspekter i deres liv end aspekter relateret til voldtægten, mens andre

ønsker støtte i forhold til en mere afgrænset problemstilling. Socialrådgiverbistanden på centrene for voldtægts ofre kan spænde vidt, men bør være knyttet tæt an til voldtægts ofrets akutte behov i relation til voldtægten. Såfremt der er behov for længerevarende eller bredere hjælp og støtte til voldtægts ofret, bør centret sikre viderehenvisning til en socialrådgiver i relevant regi.

Socialrådgiverens opgaver kan omfatte følgende:

- Koordinerende rolle ved underretning over for kommunen efter lov om social service. Underretningspligten påhviler imidlertid alle ansatte på centrene, der under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage, at der er behov for at underrette kommunen.
- Vejledning i forhold til de sociale problemstillinger, som en voldtægt kan medføre og i den forbindelse støttende samtaler og koordinerede hjælp. Det kan fx omhandle skilsmisse, forældremyndighed, samliv, boligsøgning m.m.
- Koordinerende indsats og samarbejde med kommunal sagsbehandler eller sagsbehandler i andet regi (fx psykiatrien eller misbrugscenter).

#### **Anbefaling**

Det anbefales, at socialrådgiverbistand er en del af tilbuddet på alle centre for voldtægts ofre. Socialrådgiveren bør være fast tilknyttet centret og have særlige kompetencer i relation til voldtægts ofre.

## **5.4 Tilbud om sexologisk rådgivning**

Et seksuelt overgreb kan karakteriseres som en forbrydelse, der drejer sig om magt, vrede, aggression og degradering. Det seksuelle aspekt nedtones ofte, og dermed kan der ligeledes ske en nedtoning af behovet for behandling til ofre, som efterfølgende oplever seksuelle problemstillinger og seksuel dysfunktion.

I et omfattende review (33) af 43 videnskabelige undersøgelser konkluderes, at hyppigheden af seksuel aktivitet falder efter udsættelse for et seksuelt overgreb. En prospektiv undersøgelse (34) viser, at 38 % af ofre for voldtægt helt opgav seksuel aktivitet i mindst seks måneder. 33 % angav forsinket genoptagelse af og nedsat frekvens af seksuel aktivitet. Yderligere en prospektiv undersøgelse (35) viser, at ofre, som før overgrebet har haft seksuel aktivitet sjældent eller episodisk, helt opgiver seksuel aktivitet i op til 48 uger efter et overgreb. De samme to prospektive undersøgelser viser, at 40-70 % af voldtægts ofrene i tiden efter overgrebet oplever seksuel dysfunktion i form af smerter ved samleje, nedsat lyst, ophidselsesproblemer, orgasmeproblemer samt angst for sex. Disse problemer varer for over en tredjedel af ofrene ved i mindst et år og kan vare ved i adskillige år.

En stor gruppe af de ofre, som udvikler seksuel dysfunktion efter et seksuelt overgreb, oplever flere forskellige typer dysfunktioner. Ofres partnere oplever, at det seksuelle overgreb har negativ påvirkning af parrets seksualliv (36). Nogle er usikre på, hvordan parforholdet vil blive påvirket på længere sigt, hvilket er en reel bekymring, idet op mod halvdelen af faste parforhold brydes op pga. seksuelle problemer (23).

Sexologisk oplysning og rådgivning bør derfor være en del af tilbuddet på centrene for voldtægts ofre. Ved egentlig sexologisk lidelse bør patienten henvises til relevant afdeling med regions- eller højt specialiseret funktion.

### **Anbefaling**

Det anbefales, at der ved centrene for modtagelse af voldtægts ofre oplyses og rådgives om risikoen for at udvikle seksuel dysfunktion, og at voldtægts ofre og deres eventuelle partner ved behov tilbydes sexologisk rådgivning. Rådgivningen bør varetages af en uddannet sexologisk rådgiver (specialist i sexologisk counseling eller tilsvarende), der er fast tilknyttet centret eller er tilknyttet centret i kraft af en samarbejdsaftale.

## **5.5 Tilbud om rådgivning til pårørende**

En voldtægt rammer ikke kun den kvinde eller mand, der bliver voldtaget. Også pårørende kan blive dybt berørte af det overgreb, en af deres nærmeste har været udsat for.

Traditionelt har pårørende været betegnet som de personer, der havde familiær tilknytning, fx ægtefælle, samlever, forælder, søskende og/eller børn. Som en konsekvens af samfundets udvikling, hvor flere og flere vælger at leve alene, og befolkningen bliver ældre, opfattes begrebet pårørende mere bredt, fx familie, venner og omgangskreds, naboer m.m. Det er altid patienten selv, der må afgøre, hvem der er nærmeste pårørende.

Det understreges i forskningen, at voldtægtens følgevirkninger for de pårørende ikke er et hurtigt forbigående fænomen, men har langvarig effekt, og ofte medfører permanente forandringer på flere måder (37-38). Samtidig er det kun få pårørende, der har modtaget professionel hjælp, selv om de har haft behov herfor (15, 39-40). De pårørende inddrages på centrene aktuelt i begrænset omfang i behandlingsforløbet for voldtægts ofret. For så vidt angår rådgivning specifikt målrettet pårørende, er der aktuelt kun tilbud herom på centrene i København og Hillerød.

De pårørende kan have forskellige former for individuelle efterreaktioner, herunder posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), depression, tristhed og sorg, skyld og selvbekjendelser, vrede og hævnfølelser, kognitive reaktioner som hjælpeløshed og magtesløshed samt somatiske reaktioner (37-38, 40-44).

Ud over de individuelle reaktioner hos pårørende ses ligeledes en række reaktioner, der udspiller sig i interaktionen med voldtægts ofret. Disse reaktioner påvirker ikke kun de pårørende selv, men kan også være belastende for voldtægts ofret. Flere undersøgelser viser, at der er en signifikant sammenhæng mellem en ikke-støttende adfærd fra omgivelserne og dårligere psykologisk tilpasning hos voldtægts ofret (45-49). Derfor er det også vigtigt at tage hånd om de pårørendes efterreaktioner.

Følgende interpersonelle efterreaktioner er almindelige blandt de pårørende:

- Frustration og usikkerhed omkring, hvordan man støtter voldtægts ofret (50). Dette kan føre til, at man ikke giver sociale støtte, hvilket kan have stor betydning for voldtægts ofrets heling.
- En overbeskyttende adfærd, der kan modarbejde helingsprocessen, da den kan forstærke voldtægts ofrets følelse af hjælpeløshed og manglende kontrol (51).



- En følelse af, at voldtægtssofret selv bærer en del af skylden, hvilket kan medføre, at de pårørende har svært ved at støtte voldtægtssofret emotionelt.
- En voldtægt kan være en stor belastning for et parforhold og kan også have negative konsekvenser for det seksuelle forhold. Flere studier viser tillige, at mange parforhold går i stykker efter en voldtægt. Tallene varierer, men ligger mellem 50-80 %.

Der er gode erfaringer med de hidtidige tilbud til pårørende (39-40), da de pårørende forholdsvis hurtigt efter én til to psykologsamtaler har kunnet hjælpes tilbage til en normalt fungerende hverdag. De pårørende har ofte selv givet udtryk for, at de ikke oplever behov for yderligere hjælp efter en enkelt eller to kontakter, hvor fokus har været at normalisere de pårørendes reaktioner på overgrebet samt enten bekræfte de pårørende i deres støtte til voldtægtssofret eller give yderligere redskaber til, hvordan de bedst støtter voldtægtssofret i efterforløbet.

Voldtægtssofrene giver ligeledes udtryk for, at det har været en lettelse, at de pårørende har benyttet sig af tilbuddet. Voldtægtssofret oplever at kunne give slip på følelsen af at skulle tage sig af de pårørende eller tage hensyn til dem i forbindelse med overgrebet og kan i stedet fokusere på sine egne reaktioner og bearbejdning af overgrebet.

### **Anbefaling**

Det anbefales, at centrene for voldtægts ofre tilbyder information og oplysning samt krisestøtte og psykosocial støtte til pårørende. Tilbuddet bør fokusere på den pårørendes reaktioner og håndtering heraf samt omfatte psykoedukation om voldtægtssofrets reaktioner samt om, hvordan den pårørende bedst støtter i efterforløbet. Tilbuddet kan etableres ved fast tilknytning af eller samarbejdsaftale med en kvalificeret fagperson. Typisk vil der være tale om en til to samtaler. Centrene forventes ikke at kunne varetage behandlingsforløb for pårørende i større omfang end dette, fraset situationer hvor det af hensyn til voldtægtssofret skønnes mest hensigtsmæssigt.

## **5.6 Tilbud om genoprettende samtale**

På centrene i København og Hillerød har der gennem ti år været et tilbud til personer udsat for en voldtægt, der ønskede at møde og tale med den person, der havde begået overgrebet. En sådan samtale kaldes ofte for 'mægling' eller 'genoprettende samtale', men målet for samtalen er ikke mægling eller konfliktløsning i traditionel forstand.

Når man tilbyder en samtale mellem den krænkede og krænkeren, får begge parter mulighed for at tale sammen om det, der er sket. Den krænkede får mulighed for at udtrykke sig, stille spørgsmål, få en forklaring og høre en undskyldning. Krænkeren får mulighed for at tage ansvar for sin handling og få indsigt i dens konsekvenser. Det er den krænkedes behov, der er udgangspunktet for samtalen, og fokus vil være på at støtte og hjælpe hende eller ham videre. Målet er således ikke at nå frem til en løsning, ej heller til tilgivelse eller forsoning, men gennem en dialog at give mulighed for at udveksle synspunkter og afklare positioner, og i det omfang det er muligt at genoprette en følelse af sikkerhed og værdighed.

Arbejdsgruppen finder, at genoprettende samtaler kan være et vigtigt og relevant tilbud, men at der er brug for at afklare behovet og grundlaget for genoprettende

samtaler, herunder i hvilket regi sådanne samtaler bedst kan foregå. Det har på grund af arbejdsgruppens korte tid til arbejdet ikke været muligt at inddrage repræsentanter fra retsvæsenet i arbejdsgruppens drøftelser.

### **Anbefaling**

Det anbefales, at der sker en videre afklaring af behovet for og eventuelt tilrettelæggelsen af genoprettende samtaler, herunder med inddragelse af relevante parter, fx retsvæsenet.

## **5.7 Styrket samarbejde og indsats på tværs af centrene**

Center for Seksuelle Overgreb ved Rigshospitalet og Center for Voldtægtsofre ved Aarhus Universitetshospital fungerer som nationale videnscentre på voldtægtsområdet. Det betyder, at centrene skal varetage forskning og metodeudvikling samt udvikle relevante standarder, procedurer og instrukser. Der er behov for en styrkelse af den samlede virksomhed på centrene for voldtægtsofre i Danmark. Derfor bør videnscenterfunktionen udbygges og styrkes til gavn for alle centrene.

### **5.7.1 Øget og koordineret oplysningsindsats.**

Centrene oplyser i dag blandt andet om deres tilbud på deres respektive hjemmesider. Oplysning om centrene fremgår også af fx Ligestillingsministeriets hjemmeside om vold mod kvinder ([voldmodkvinder.dk](http://voldmodkvinder.dk)), og i regi af Ligestillingsministeriets pågår der endvidere et oplysningsarbejde om vold i nære relationer, hvor der også vil blive oplyst om centrene for voldtægtsofre.

Alligevel er det aktuelt en stor udfordring for samtlige centre, at kendskabet til centrenes tilbud er yderst begrænset. Det betyder formentlig, at ikke alle voldtægtsofre, der har brug for den støtte og behandling, centrene kan tilbyde, henvender sig. Oplysningsindsatsen bør ske samlet og på tværs af centrene. Arbejdsgruppen finder, at oplysningsindsatsen naturligt kan forankres i videnscenterfunktionen. Indsatsen bør målrettes unge, idet det hyppigst er unge, der udsættes for voldtægt. Det kan fx ske ved integration i eksisterende indsatser som fx seksualundervisning i folkeskolen, sundhedsplejerskebesøg og lign.

### **5.7.2 Øget samarbejde og videndeling mellem centrene**

Samarbejde og videndeling mellem centrene for voldtægtsofre i Danmark er i dag meget begrænset. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at der har været gennemført projekter af samme karakter ved forskellige centre, uden at der har været samarbejdet herom. Der er derfor tale om 'dobbeltarbejde' på flere områder. Herudover er den viden, der er akkumuleret via disse projekter ikke i tilstrækkeligt omfang videreformidlet til de andre centre i landet, hvorfor der ikke i tilstrækkelig grad profiteres af denne viden.

Der foretages heller ikke en systematisk, fælles registrering af behandlingen af voldtægtsofre i landet, men derimod foregår der separate, og ofte forskelligartede og ikke umiddelbart sammenlignelige, registreringer i de forskellige centre. For at få større viden om behandling og indsatser, herunder effekter, i relation til voldtægtsofre er det væsentligt, at der opsamles viden på tværs af centrene, bl.a. på baggrund af fælles registrering af aktiviteterne.

### 5.7.3 Øget og koordineret fokus på forebyggelse

I regi af Det Kriminalpræventive Råd er der nedsat en tværfaglig gruppe, som udarbejder en faglig statusrapport omkring primær forebyggelse af seksuel vold. Rapporten introducerer en planlægningsstruktur, der har til hensigt at kvalificere den videre danskbaserede forebyggende indsats for på sigt at medvirke til en reduktion i forekomsten af voldtægt og voldtægtsforsøg i Danmark. Ud over Center for Voldtægts ofre, Aarhus Universitetshospital, og Center for Seksuelle Overgreb (voksen- og børneteam), Rigshospitalet, deltager blandt andet repræsentanter fra Politiets Videnscenter ved Rigspolitiet, Videnscenter for Sociale Indsatser ved Vold og Seksuelle Overgreb mod Børn ved Socialstyrelsen, Det Kriminalpræventive Råd, Videnscenter for Psykotraumatologi ved Syddansk Universitet etc.

#### **Anbefaling**

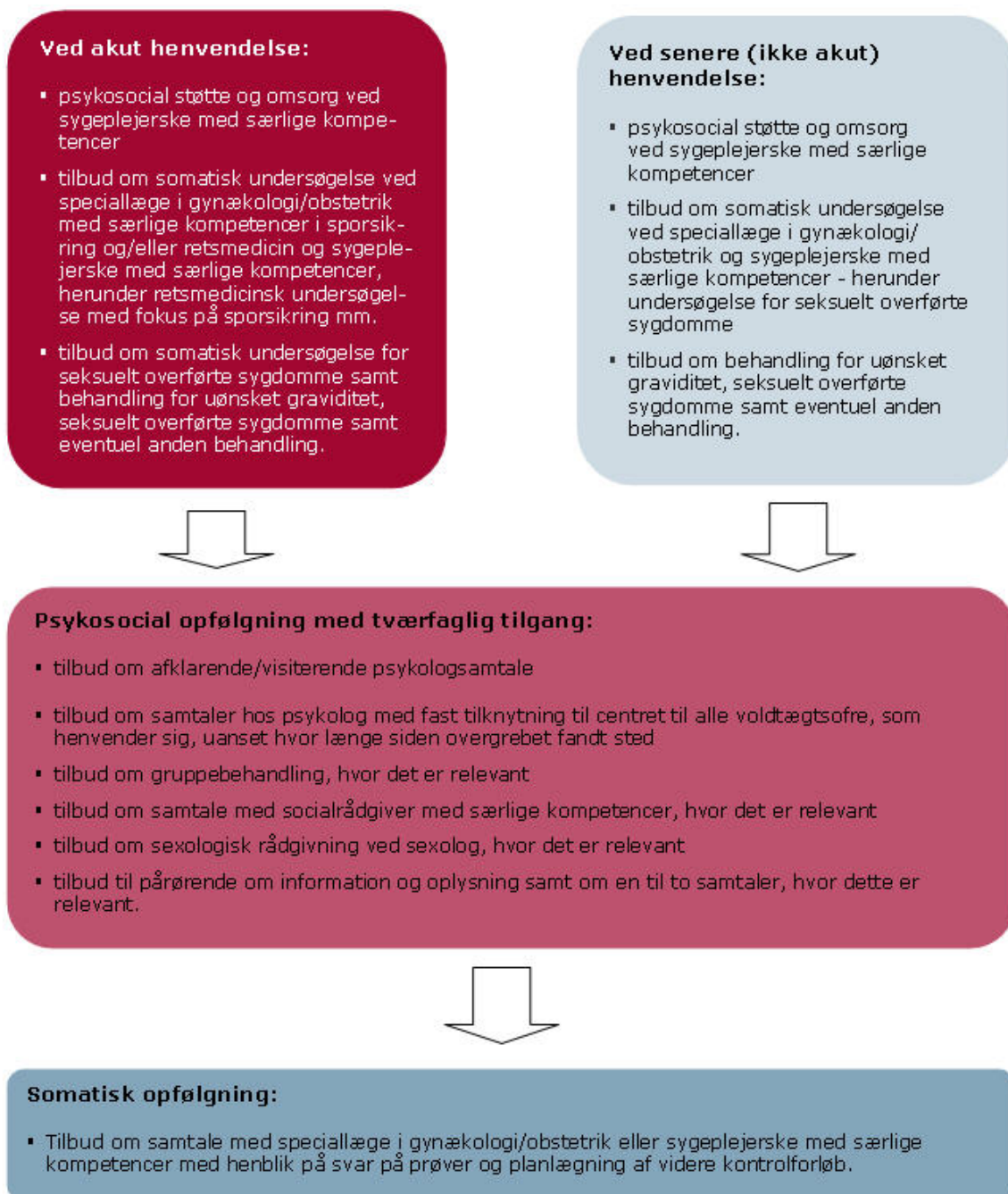
Det anbefales, at videnscenterfunktionen på centrene i København og Aarhus styrkes og udbygges til gavn for den samlede virksomhed på centrene for voldtægts ofre i Danmark. Videnscenterfunktionen bør fremadrettet også omfatte følgende aktiviteter:

- Oplysning om centrene for voldtægts ofre og deres tilbud. Oplysningsindsatsen bør ske samlet og på tværs af centrene. Indsatsen bør målrettes unge, idet det hyppigst er unge, der udsættes for voldtægt. Oplysningen kan fx ske ved integration i eksisterende indsatser som fx seksualundervisning i folkeskolen, sundhedsplejerskebesøg og lign.
- Indsatser, der understøtter øget samarbejde og videndeling på tværs af centrene for voldtægts ofre i Danmark. Det kan fx ske ved etablering af et fælles forum med fokus på ny læring og udvikling, fx i form af afholdelse af et årligt seminar for personale tilknyttet centrene med præsentation af projekter og resultater oparbejdet i det forgangne år samt eventuelle internationale bidrag. Endvidere bør der i regi af videnscentre etableres en platform for fælles registrering og opfølgning på indsatsen over for voldtægts ofre i Danmark i form af oprettelse af en national database.
- Videreformidling af resultaterne af det igangværende arbejde i regi af Det Kriminalpræventive Råd med henblik på øget viden om og fokus på forebyggelsesindsatser i relation til voldtægt.

## 6 Sammenhæng, planlægning og implementering

### 6.1 Et ensartet patientforløb af høj faglig kvalitet

Arbejdsgruppen har i nedenstående figur skitseret, hvordan patientforløbet vil være på alle centre for voldtægts ofre, såfremt anbefalingerne i denne rapport realiseres. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at et sådant patientforløb vil forbedre og sikre mere ensartede tilbud på tværs af landet.



## 6.2 Udmøntning af rapportens anbefalinger

Sundhedsstyrelsen har, som tidligere nævnt, fastsat, at modtagelse af ofre for voldtægt er en specialiseret funktion (regionsfunktion) på syv centre i landet. Grundlaget for Sundhedsstyrelsens godkendelse af regionsfunktionen på de syv centre er, at indsatsen sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav til regionsfunktionsniveau som beskrevet i specialevejledningen for psykiatri samt i Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om den fremtidige organisation af sundhedsvæsenets indsats for volds- og voldtægtsramte kvinder' fra 1999.

Som det fremgår af rapporten, foregår indsatsen aktuelt ikke i alle tilfælde i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens tidligere fremsatte krav og vejledninger. Anbefalingerne i denne rapport skal ses som et supplement hertil og som en tilkendegivelse af, at der er brug for øget fokus på og prioritering af indsatsen overfor voldtægts ofre, hvis centrenes indsats skal være af ensartet og høj faglig kvalitet.

Det fremgår af folketingsbeslutningen, at eventuelle forslag til forbedringer i tilbuddene på landets centre for voldtægts ofre, der vil medføre øgede offentlige udgifter, vil indgå i en prioritering i sundhedsvæsenet. Anbefalingerne i rapporten vil indgå i en videre politisk beslutningsproces, og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i den forbindelse udarbejdet et notat med overvejelser om de afledte ressourcemæssige konsekvenser af anbefalingerne.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at afstanden til centeret er afgørende for, om voldtægts ofre, som ofte er meget unge, sårbare kvinder, får den vurdering og behandling, som de har brug for. Nærhedsprincippet er derfor i relation til denne patientgruppe vigtigt. Arbejdsgruppen kan i den forbindelse konstatere, at der ikke er et center i Region Sjælland, og at afstanden til centret ved Rigshospitalet eller Hillerød Hospital kan være stor for mange voldtægts ofre med bopæl i Region Sjælland. Opgørelser fra centret ved Rigshospitalet viser, at andelen af voldtægts ofre, der modtages fra Region Sjælland, er mindre end forventet på baggrund af regionens folketal. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at tilbuddet til voldtægts ofre bør være geografisk dækkende, herunder også med et center i Region Sjælland.

Med anbefalingerne har det været arbejdsgruppens ambition at definere indhold i og rammerne for et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet på centrene. Arbejdsgruppen er bevidst om, at centrenes befolkningsunderlag og størrelse er meget forskellig, og at det derfor ikke vil være meningsfuldt at realisere alle anbefalingerne på alle centrene. Der må derfor naturligt være forskel på centrenes organisation og tilrettelæggelse. Det afgørende for arbejdsgruppen er, at der sikres adgang til de i anbefalingerne nævnte tilbud og kompetencer på fornuftig vis med henblik på, at voldtægts ofre, uanset hvilket center de henvender sig på, får samme højt kvalificerede tilbud. Regionerne bør derfor sikre et hensigtsmæssigt organisatorisk set-up og relevante aftaleløsninger i regionen og ved behov på tværs af regionerne. En oplagt model vil være, at de store centre i landet organiseres med de anbefalede kompetencer og tilbud fast på centret, og at de mindre centre i formaliseret samarbejde med de større centre sikres adgang til samme kompetencer og kvalificerede tilbud.

Anbefalingerne vedrører en styrkelse og/eller udbygning af kompetencer og tilbud på centrene for voldtægts ofre. Det er imidlertid også vigtigt at definere, hvad der ligger uden for centrenes virksomhed. Det gælder generelt for centrenes tilbud, at indsatsen på centrene bør være knyttet tæt an til voldtægts ofrets behov i relation til voldtægten. Såfremt der er behov for bredere hjælp, støtte, vurdering og/eller be-

handling til voldtægtsofret, bør centret sikre viderehenvisning til andet relevant tilbud eller instans.

Arbejdsgruppen finder desuden, at centrene bør have et udbygget netværk i form af samarbejde og koordination med relevante instanser. Inden for sundhedsvæsenet drejer det sig om den alment praktiserende læge, psykiatrisk afdeling og infektionsmedicinsk afdeling. Herudover vil der afhængig af det enkelte centers organisatoriske forankring være behov for samarbejde med henholdsvis den fælles akutmodtagelse/traumecentret og gynækologisk afdeling. Der er desuden brug for tæt samarbejde med de sociale myndigheder i kommunalt regi samt politi og retsvæsen.

## 7 Litteratur

1. Schroll AM, Tabor A, Kjaergaard H. Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011;32(1):19-26.
2. Balvig F, Kyvsgaard B. Udsathed for vold og andre former for kriminalitet. Offerundersøgelserne 2005-2010; 2011.
3. Martinussen MBE, Balvig F, Laursen B, Madsen KS, Sidenius K. Voldtægt der anmeldes. Det Kriminalpræventive Råd; 2009.
4. Hilden, M., Schei, B., Swahnberg, K., Halmesmki, E., Langhoff-Roos, J., Offerdal, K., Pikarinen, U., Sidenius, K., Steingrimsdottir, T., Stoum-Hinsverk, H. and Wijma, B. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG* 2004; 111(10):1121-1127.
5. Elklit A, Shevlin M. General practice utilization after sexual victimization: A case control study. *Violence Against Women* 2010;16(3):280-290.
6. Elklit A, Shevlin M. Female sexual victimization predicts psychosis: a case-control study based on the Danish registry system. *Schizophr Bull* 2011;37(6):1305-1310.
7. Årsrapport 2010. Center for Voldtægts ofre, Aarhus Universitetshospital; 2011.
8. Van der Kolk BA. Assessment and treatment of complex PTSD. I: Yehuda R (red.). *Treating trauma survivors with PTSD*. American Psychiatric Publishing; 2002.
9. Worm AM, Sidenius K, Hilden M. Seksuelt overførte infektioner og seksuel vold mod kvinder. *Ugeskr Laeger* 2002;164(41):4768-4773.
10. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. World Health Organization; 2003.
11. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010;59(RR-12):1-110.
12. Linden JA. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *N Engl J Med* 2011;365(9):834-841.
13. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Obstet Gynecol* 1996;175(2):320-325.
14. Boily MC, Baggaley RF, Wang L, Masse B, White RG, Hayes RJ, Alary M. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis*. 2009;9(2):118-129.

15. Bak RS. Stadig ramt. En undersøgelse af kvinder udsat for voldtægt for mere end ½ år siden. Center for Voldtægts ofre, Aarhus Universitetshospital; 2011.
16. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3).
17. Shalev, A.Y. Acute to Chronic: Etiology and Pathophysiology of PTSD – A Biopsychological Approach. I: Fullerton CS, Ursano RJ (red.). *Post-traumatic Stress Disorder – Acute and Long-Term Responses to Trauma and Disaster*. American Psychiatric Press, Inc.; 1997.
18. Taylor JE, Harvey ST. Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior* 2009;14(5):273-285.
19. Foa EB, Rothbaum BO. *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. The Guilford Press; 2001.
20. Ehlers A, Clark D. Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. *Biol Psychiatry* 2003;53(9):817-826.
21. Resick PA, Schnicke MK. *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Sage Publications, Inc; 1993.
22. Vickerman KA, Margolin G. Rape treatment outcome research: empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev* 2009;29(5):431-448.
23. Dahl S. *Rape: a hazard to health*. Scandinavian University Press; 1993.
24. Falsetti SA, Resnick HS. Frequency and severity of panic attack symptoms in a treatment seeking sample of trauma victims. *J Trauma Stress* 1997;10(4):683-689.
25. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(6):948.
26. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress* 1992;5(3):455-475.
27. Lyngby M. Barrierer for at søge hjælp efter voldtægt: en fænomenologisk undersøgelse af barrierer for at søge offentlig hjælp blandt voldtægtsramte i Danmark. Center for Voldtægts ofre, Århus Sygehus; 2009.
28. Bryant-Davis T. *Surviving Sexual Violence: A Guide to Recovery and Empowerment*. Rowman & Littlefield Pub Inc; 2011.
29. Bruun B. Evaluering af deltageres udbytte af gruppebehandlingen i projekt: Psykologisk gruppebehandling af voldtægtsramte i alderen 13-16 år. Udviklings- og Formidlingscenter for Børn og Unge.
30. Hill JM, Vernig PM, Lee JK, Brown C, Orsillo SM. The development of a brief acceptance and mindfulness-based program aimed at reducing sexual



- revictimization among college women with a history of childhood sexual abuse. *J Clin Psychol* 2011;67(9):969-980.
31. Herman JL, Petersen EH. *I voldens kølvand: om psykiske traumer og deres heling*. Hans Reitzels Forlag; 1992.
  32. Koss MP, Gidycz CA, Wisniewski N. The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(2):162.
  33. Van Berlo W, Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annu Rev Sex Res* 2000;11:235-257.
  34. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape: Sexual disruption and recovery. *Am J Orthopsychiatry* 1979;49(4):648-657.
  35. Ellis M. Sexual dysfunction in victims of rape: Victims may experience a loss of sexual arousal and frightening flashbacks even one year after the assault. *Women & Health* 1981;5(4):39-48.
  36. Haansbæk T. *Center for Voldtægts ofre. Voldtægts ofrets partner-hvordan går det ham? Center for Voldtægts ofre, Rigshospitalet; 2005.*
  37. Remer R, Elliott JE. Characteristics of secondary victims of sexual assault. *Int J Fam Psychiatr* 1988;9(4):373-387.
  38. Smith ME. Female sexual assault: the impact on the male significant other. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26(2):149-167.
  39. Bak RS, Knudsen L. *De skjulte ofre: støtte og information til voldtægtsramtes pårørende*. Center for Voldtægts ofre, Aarhus Universitetshospital; 2009.
  40. *Pårørenderådgivningen - et ståsted i en helt usædvanlig situation*. Enheden for Brugerundersøgelser; 2009.
  41. Emm D, McKenry PC. Coping with victimization: The impact of rape on female survivors, male significant others, and parents. *Contemporary Family Therapy* 1988;10(4):272-279.
  42. Holmstrom LL, Burgess AW. Rape: The husband's and boyfriend's initial reactions. *Family Coordinator* 1979:321-330.
  43. Rodkin LI, Hunt EJ, Cowan SD. A men's support group for significant others of rape victims. *J Marital Fam Ther* 1982;8(1):91-97.
  44. Ahrens CE, Campbell R. Assisting rape victims as they recover from rape. *J Interpers Violence* 2000;15(9):959-986.
  45. Campbell R, Ahrens CE, Sefl T, Wasco SM, Barnes HE. Social reactions to rape victims: Healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence Vict* 2001;16(3):287-302.

46. Davis RC, Brickman E, Baker T. Supportive and unsupportive responses of others to rape victims: Effects on concurrent victim adjustment. *Am J Community Psychol* 1991;19(3):443-451.
47. Symes L. Arriving at readiness to recover emotionally after sexual assault. *Arch Psychiatr Nurs* 2000;14(1):30-38.
48. Ullman SE. Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychol Women Q* 1996;20(4):505-526.
49. Ullman SE, Filipas HH. Correlates of formal and informal support seeking in sexual assault victims. *J Interpers Violence* 2001;16(10):1028.
50. Brookings JB, McEvoy AW, Reed M. Sexual assault recovery and male significant others. *Families in Society* 1994;75(5):295-299.
51. Miller WR, Williams AM, Bernstein MH. The effects of rape on marital and sexual adjustment. *American Journal of Family Therapy* 1982;10(1):51-58.

## 8 Lovgrundlag

- Bekendtgørelse af sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010)
- Vejledning om den fremtidige organisation af sundhedsvæsenets indsats for volds- og voldtægtsramte kvinder, Sundhedsstyrelsen, 1999
- Specialevejledning for gynækologi og obstetrik, Sundhedsstyrelsen, 12. oktober 2011
- Bekendtgørelse af lov om social service (lovbekendtgørelse nr. 904 af 18. august 2011)
- Bekendtgørelse nr. 1466 af 16. december 2010 om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service
- Vejledning nr. 9350 af 18. april 2006 om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen

## 9 Bilagsfortegnelse

**Bilag 1: Den aktuelle virksomhed på centre for voldtægts ofre**

# Bilag 1

	Rigshospitalet	Hillerød Hospi- tal	Odense Univer- sitetshospital	Sygehus Lille- bælt, Kolding	AUH Aarhus Sygehus	Regionshospi- talet Herning	AUH Aalborg Sygehus
Døgnmodtagelse?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Tidsfrist for modtagelse mhp. sporsikring	72 timer (men hvis politi ønsker det så længere)	72 timer (foregår på Rigshospitalet)	Syv døgn	Syv døgn	72 timer	Syv døgn	72 timer
Tidsfrist for modtagelse til psykologisk tilbud	72 timer (enkelte tilfælde længere, individuel vurdering) Unge 15-18 år ingen tidsfrist	12 måneder	Syv døgn	Seks måneder	Syv døgn	Syv døgn.	Ingen grænse
Tidsfrist for modtagelse til somatisk tilbud	72 timer	Akut: RH. Opfølgende: Ingen grænse.	Syv døgn	Seks måneder	72 timer	Syv døgn	Ingen grænse
Personalenormering (Her angives faggruppe og årsværk for fastansatte samt faggruppe og årsværksskøn for tilknyttede -fx spl., der har andre funktioner)	Psyk: 41 t/uge Soc.rådg: 37 t/uge Retsmed.: døgnkald til anmeldte Læge: 1 årsværk + gyn, vagthavende til rådighed udenfor almindelig dagtid (ca 100 t/år) Sygepl.: 4 årsværk til døgnbemanding Sek.: 25 t/uge (Dette til den kliniske del)	Sygeplejerske: 24 t/uge. Gynækolog: 1 t/uge.	Fast tilknyttet psykolog 15 timer pr. uge Sygeplejersker m. særlig uddannelse på gynækologisk operationsgang bruger anslået 1/3 årsværk i Centret. Retsmedicin anslået 0,1 årsværk.	Sygeplejerske: 0,19 ÅV Læge: 0,08 ÅV Psykolog: 0,2 ÅV.	Driftsmidler (Region Midt.): - Ledende psykolog 1 årsværk, - Sekretær 0,81 årsværk, - Spl. ca. 1 årsværk, - Serviceassistent (rengøring) ca. 0,03 årsværk. Herudover personale ansat der er finansieret via henholdsvis satspuljemidler og fondsmidler	Der er ikke tildelt normering til opgaven. Det varetages af sygeplejersker ansat i akutmodtagelsen, som frigøres fra andre opgaver for at tage funktionen. Alle har flere års erfaring. Der er tilknyttet to sygeplejersker som varetager de opfølgende opgaver omkring voldtægts ofre.	Sygeplejerske: 0,15 ÅV. Socialrådgiver: 0,2 ÅV.

## Bilag 1

	Rigshospitalet	Hillerød Hospi- tal	Odense Univer- sitetshospital	Sygehus Lille- bælt, Kolding	AUH Aarhus Sygehus	Regionshospi- talet Herning	AUH Aalborg Sygehus
Hvilken oplæring og løbende opfølgningen får de modtagende sygeplejersker	Se boks 1.	Alle gynækologiske sygeplejersker er vant til at modtage akutte gynækologiske patienter i almindelighed. De sygeplejersker der tager sig af voldtægts ofre har deltaget på Rigshospitalets og egne tema-dage.	To års side-mandsoplæring. Opfølgning: 1½ dag hvert år på tværfagligt se-minar.	Undervisning ved Centrets speciallæger og psykolog. Lokal temadag hvert andet år.	Se boks 3.	Intern oplæring i afdelingen.	Oplæringskur-sus i sygepleje-faglig sporsik-ring. Årligt opda-teringsmøde i Århus. Årlig temadag i eget regi.
Psykolog/psyko- terapeut	På centeret	På centeret og privatpraktise- rende.	På centeret	På centeret. Ca 70 % henvises og får i gennem- snit 1,5 samtaler	På centeret	Holstebro syge- hus, kommer til Herning to dage om ugen.	Privatpraktise- rende
Bliver alle tilbudt samtale med psykolog/psyko- terapeut?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Omfang af tilbud om psykologop- følgning	Individuel vurde- ring, gennem- snitligt fem sam- taler	Individuel vurde- ring, gennem- snitligt fem sam- taler	Individuel vurde- ring, gennem- snitligt fem sam- taler	Individuel vurde- ring, gennem- snitligt fem sam- taler	Individuel vurde- ring, gennem- snitligt fem sam- taler	Individuel vurde- ring, gennem- snitligt fem sam- taler	Tilbud om fem samtaler
Socialrådgiver på centeret	Ja	Nej, varetages af sygeplejer- sker, evt. m. hjælp fra Rigs- hospitalets soci- alrådgiver.	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja

## Bilag 1

	Rigshospitalet	Hillerød Hospi- tal	Odense Univer- sitetshospital	Sygehus Lille- bælt, Kolding	AUH Aarhus Sygehus	Regionshospi- talet Herning	AUH Aalborg Sygehus
Tilbud til pårø- rende	Ja	Ja	Nej (kan dog kontakte psyko- log med gene- relle spørgsmål)	Nej	Nej (dog projekt med tilbud til forældre til 13- 17-årige)	Nej	Nej
Gruppeterapi	For unge (pro- jekt)	Nej (projekt på RH kan anven- des)	Nej	Nej	Nej (dog midler- tidig fondsfinan- sieret projekt om tilbud til 13-24- årige)	Nej	Nej
Mægling	Ja	Ja (på RH)	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Tilbud om rets- medicinsk un- dersøgelse af alle	Ja (udføres af gynækolog ved ikke- anmeldelse)	Foregår på Rigshospitalet	Ja	Ja	Ja	Ja (evt. udført af embedslæge)	Ja
Hvor lang tid gemmes spor?	Seks måneder	Sporsikring fo- regår på RH.	Mindst 12 mdr.	Tre måneder ved ikke an- meldte over- greb.	Tre måneder	Seks måneder for ikke politi- anmeldte under- søgelser.	Tre måneder
Indhold af det somatiske tilbud	Se boks 2	Det akutte tilbud foregår på Rigs- hospitalet. Gy- nækologisk opfølgning kan foregå i Hillerød.	Opfølgende samtale ved sygeplejerske fra centret.	Se boks 2.	Se boks 4.	Der kan tilbydes mad, drikke, overnatning, og evt. henvises til krisecentre mm.	Kun ved særlige problemstillin- ger, ellers egen læge.

## Bilag 1

	Rigshospitalet	Hillerød Hospital	Odense Universitetshospital	Sygehus Lillebælt, Kolding	AUH Aarhus Sygehus	Regionshospitalet Herning	AUH Aalborg Sygehus
Andre tilbud (fx sexolog)	Nej	Specialist i sexologisk counselling.	Specialist i sexologisk counselling er tilknyttet, men aktuelt intet tilbud pga. manglende økonomiske ressourcer.	Tilbydes sexologisk rådgivning ved behov. Den ene af centrets overlæger er uddannet specialist i Sexologisk Counseling (Dansk Forening for Klinisk Sexologi)	Nej	Nej	Nej
Hvordan oplyses om centrets virksomhed	Hjemmeside, netværk, politiundervisning, undervisning af skadestuepersonale, krisecenter personale mm	Internettet; besøg af skole elever der laver projekt om voldtægt, Temadage tværfagligt samarbejde.	Modtager elever fra 8. og 9. klasse, der ønsker at skrive opgaver om voldtægt. Pjecer hos praktiserende læger, biblioteker, præventionsklinikken og offerrådgivning. Går så ofte som muligt i pressen og oplyser om generelt tilbud.	Via sygehusets hjemmeside Via politiet Mund til mund	Se boks 5.	Via internettet	Hjemmeside, nyhedsbreve til praktiserende læger, når elever/stud. henvender sig, når medier henv. sig - (tidligere: via avisartikel og lokaltv-interview, besøg i Røde Kors center, krisecenter m.m.)
Antal henvendelser/år	300-340	55-69	55-67	70	160	20-30	35



# Bilag 1

## **Boks 1: Oplæring af modtagende sygeplejersker ved Rigshospitalet**

Alle sygeplejersker der er vagtbærende har to års gynækologisk erfaring og dermed bredt kendskab til gynækologiske lidelser, herunder seksuelt overførte sygdomme.

Alle har gennemgået et todages kursus med:

- Sygepleje til den voldtagne
- Optagelse af hændelsesforløb
- Medicin mhp. delegeret ordinationsret
- Psykiske reaktioner
- Politiets arbejdsgang
- Bistandsadvokatens rolle
- Retsmedicinsk personundersøgelse
- Underretningspligt

Herudover er der løbende undervisning i specifikke emner som fx drug-rape, analysemetoder, beskrivelse af retsmedicinske fund, voldtægt af mænd o.l. Tæt samarbejde med Retsmedicinsk Institut og politi. Hver sygeplejerske har i snit 30 modtagelser om året.

## **Boks 2: Indhold af det somatiske tilbud ved Rigshospitalet og Sygehus Lillebælt, Kolding**

### **Undersøgelser akut:**

Fysisk undersøgelse og sporsikring ved retsmedicinsk læge. Der testes for klamydia og gonokokker. Screening for smitsom leverbetændelse (type A, B, C). HIV-test. Graviditetstest.

### **Behandling akut:**

Somatisk behandling ved relevant speciallæge på indikation.

Profylaktisk antibiotikabehandling.

Nødprævention.

Profylaktisk vaccination for smitsom leverbetændelse, type B, på indikation.

Profylaktisk behandling for HIV på indikation (efter vurdering ved Infektionsmedicinsk afdeling).

### **Opfølgende undersøgelser:**

Graviditetstest efter 2-3 uger. Screening for smitsom leverbetændelse og HIV-screening efter 10 uger. Opfølgende somatisk undersøgelse inkl. gynækologisk undersøgelse ved behov.

### **Opfølgende behandling:**

Vaccination for smitsom leverbetændelse, type B, dag 7 og 21. Anden somatisk behandling ved behov.

# Bilag 1

## **Boks 3: Oplæring af modtagende sygeplejersker ved Skejby Sygehus**

2,5 dages introduktionskursus med undervisning vedrørende:

- Sygeplejerskens rolle
- Lægeerklæring og den retsmedicinske undersøgelse
- Psykologiske reaktioner
- Politiets sagsbehandling og kriminaltekniske undersøgelser
- Børn/unge og underretnings-pligt,
- Anklagemyndigheden og bistandsadvokatens rolle
- Praktisk gennemgang af modtagelse og undersøgelse af voldtægtsramte.

Opfølgende kursus ca. hvert anden år. Også retsmedicinere (Aarhus Universitet) og politiets sagsbehandlere (Østjyllands Politi) har mulighed for at deltage i undervisningen.

## **Boks 4: Indhold af det somatiske tilbud ved Skejby Sygehus**

- Retslægelig undersøgelse med dokumentation af læsioner og sikring af biologiske spor til brug i efterforskningen
- Tilbud om undersøgelse for seksuelt overførte sygdomme inkl. HIV og smitsom leverbetændelse
- Tilbud om graviditetstest og "fortrydelsespille"
- Psykosocial behandling og omsorg ved sygeplejerske.
- Tilbud om opfølgende klamydia-hjemmetest
- Behandling af klamydia hvis relevant
- Opfølgning med svar på prøver ved sygeplejerske mulighed for behandling af skader på skadestuen, hvor centret er beliggende.

## **Boks 5: Hvordan oplyses om centrets virksomhed (Skejby Sygehus)**

- Hjemmesider (inkl. patientnetværk)
- Pjecer bliver sendt ud til læger, biblioteker etc.,
- Publicering af årsrapport
- Undervisningsmateriale til folkeskolens ældste klasser (*Sandhed og konsekvens*)
- Undervisning af fagpersoner og skoleelever (sjældent, men vil blive mere udbredt)
- Midlertidigt oplysningsinitiativ: gocards, udstilling på Kvindemuseet
- Jævnlig kontakt med pressen
- Diverse publikationer (bøger, faglige rapporter, artikler)
- Deltagelse i konferencer etc.