

## Offentlig høring om systematisk brug af voldtægt i krigszoner. Folketinget 30/1 2019

Goddag, mit navn er Merete Engell. Jeg kommer fra Læger uden Grænser som er en medicinsk nødhjælpsorganisation som hjælper ofre for krig, naturkatastrofer og epidemier.

Jeg er sygeplejerske og har siden 2003 arbejder med behandling af ofre for seksuel vold i forskellige krigsområder. Jeg vil starte med en historie om en patient:

### **Slide**

En kvinde på omkring de 50 år er sammen med nogle yngre kvinder ude og finde brænde i ørkenen omkring den lejr for internt fordrevne som hun bor i.

Det er meget farligt at bevæge sig udenfor lejren da militsgrupperne driver rundt i ørkenen, angriber landsbyer, dræber mange af mændene og voldtager de kvinder som overlever angrebet. Selvom nogen undslipper angrebene og finder beskyttelse i en af de mange lejre, er de ikke i sikkerhed for den systematiske voldtægt som militsgruppen bruger som et krigsvåben. Kvinderne er dagligt tvunget til at begive sig ud af lejren for at søge efter brænde og føde. Her bliver de ofte overfaldet af militsgrupperne med det formål at blive voldtaget.

Denne gruppe af kvinder støder ind i en militsgruppe som er bevæbnede og uniformerede mænd lige uden for lejren og fordi denne ældre kvinde ikke kan løbe så hurtigt tilbage om de yngre kvinder, bliver hun fanget af gruppen. Hun bliver kastet til jorden og én efter én voldtager fem soldater hende, de gennemtæver hende og skærer i hende med knive.

Det var desværre ikke et særsyn at der var så mange der deltog i voldtægterne, vores statistikker viste på det tidspunkt at op mod 80% af kvinderne blev voldtaget af fem mænd eller flere.

Efter voldtægterne tager de hende med ud i ørkenen hvor de binder hende til et træ og efterlader hende til at tørste ihjel. Hele natten og det meste af næste dag står hun bundet, svært såret og dehydreret. Ved et helt usandsynligt held kommer der nogen folk forbi som opdager hende. De bringer hende tilbage til lejren og til Læger uden Grænsers hospital hvor jeg ser hende. Hun fortæller mig historien, vi skriver den ned og hun modtager førstehjælp og medicinsk behandling.

Desværre ved hendes lokalsamfund i lejren, at hun er blevet bragt ind til os efter en voldtægt og på grund af den stigmatisering der er omkring disse voldtægter, bliver hun efterfølgende tvunget til at forlade lejren med sine børn. Dette sker fordi hun havde haft sex med mænd som hun ikke var gift med. En problematik som vi ofte så og som vi ofte kæmpede forgæves for at løse.

Dette var en kvinde som jeg mødte i vest Darfur i Sudan i 2005, hvor jeg var leder af Læger uden Grænsers felthospital i en lejr for internt fordrevne. Hun er bare én af de mange kvinder, jeg har mødt igennem mit arbejde. Og selv om det er lang tid siden, så har hver og én af de voldtagne kvinder, mænd og børn jeg har mødt igennem arbejdet, gjort dybt indtryk på mig på grund af de uhyrligheder de bliver udsat for, den ondskab der ligger bag og den ubegribelige overlagte strategi som bevæbnede grupper gør brug af over hele verden; Systematisk voldtægt som et krigsvåben.

I Darfur blev de systematiske voldtægter brugt siden begyndelsen af konflikten i 2003.

Militsgrupperne gjorde det for at sprede rædsel og terror blandt befolkningen, som en del af en etnisk udrensning, for at ydmyge mændene ved at vise dem at de ikke kunne tage vare på deres kvinder og for at angribe fundamentet i familien og i samfundet, hvilket i mange lavindkomst lande er kvinden. Hvis man målrettet går efter kvinden, så påvirker man mange lag i samfundet udover at traumatisere det enkelte offer.

## **Slide**

Konsekvenserne for det enkelte offer er omfattende. Voldtægten har ikke kun fysiske konsekvenser såsom langvarige kroniske skader, infertilitet eller handicap, men også langtrækkende psykiske konsekvenser såsom Post Traumatisk Stress Syndrom, depressioner og selvmordsforsøg. Endvidere har det konsekvenser for hele familien hvor ofret kan blive ramt af stigmatisering med opløsning af familien til følge eller graviditeter med voldtægtsmændenes børn for bare at nævne nogle få. Der er som oftest meget langt mellem tilbuddene om reel hjælp til disse ofre, specielt i krigszoner og derfor er det et meget effektivt våben, hvor man kan sige det er en kamp mellem mænd og kamppladsen er kvindens krop.

## **Slide**

Op igennem 90'erne gjorde Læger uden Grænser sig erfaringer med seksuel vold i krigszoner under krigen i eks-Jugoslavien, under Folkemordet i Rwanda og i de lange borgerkrige i Sierra Leone og Liberia. Dog uden at have reelle muligheder for at hjælpe ofrene. Lige indtil der var en enkelt læge som havde fået nok af at stå magtesløs overfor denne problematik og foreslog en medicinsk behandling som kunne gives i selv de mest akutte af katastrofer.

## Slide

Siden 0'erne hvor Læger uden Grænser endelig startede de første programmer op, har vi behandlet ofre i en lang række forskellige konflikter. Konflikterne i Vestafrika, i Sudan og nu også i Sydsudan, Somalia, Den Central Afrikanske republik, DR Congo, Mellemøsten og Afghanistan. Alle konflikter hvor ofre beretter om voldtægter begået af bevæbnede og uniformerede mænd og grupper uden dog at kunne sige at det alle steder bliver brugt så bevidst som våben som vi så det i Darfur.

## Slide

I dag tilbyder Læger uden Grænser medicinsk behandling til ofre for seksuel vold på 133 projekter over hele verden. I 2017 (da data ikke er klart fra 2018 endnu) behandlede vi næsten 19.000 patienter på disse projekter.

Når vi kigger på de lande hvor der er konflikt og hvor vores patienter fortæller os at de er blevet udsat for voldtægt af bevæbnede grupper, ligger DR Congo, Den Central Afrikanske Republik, Sydsudan og Bangladesh hvor Rohyingaer er flygtet fra Myanmar, højest på listen i øjeblikket. DR Congo udgør alene 25 % af alle patientsagerne i 2017 og er det land hvor Læger uden Grænser er mest massivt tilstede med 20 projekter.

Det skal dog siges at en stor del af vores projekter ligger i lande hvor hvor den seksuelle vold ikke udspringer af en krigsstrategi. Det vi ser er at niveauet af seksuel vold som oftest stiger i takt med at en befolknings sårbarhed også stiger på grund af konflikt, uroligheder, katastrofer og flygtningestrømme. I alle flygtningelejre ser vi næsten altid forhøjede niveauer af seksuel vold og blandt de mange kvinder vi ser i detentionscentrene i Libyen, som er en del af de flygtninge og migranter der bliver tilbageholdt på ubestemt tid, for at de ikke skal begive sig ud på Middelhavet, beretter 9 ud af 10 kvinder at de er blevet udsat for seksuel vold både på flygtningeruterne eller/og i detentionscentrene.

I krigsområder er behandling af seksuel vold næsten altid en del af vores projekter fordi vi altid ser forhøjede niveauer af seksuel vold, ligemeget om det bliver brugt som krigsvåben eller ej. Ofrene er overvejende kvinder i den fødedygtige alder, men vi ser desværre også et stort antal børn i alle aldre, helt ned til nyfødte og af begge køn og vi ser også en vis procentdel mænd.

Nogle gange oplever vi, senest i Kasai provinsen i DR Congo i efteråret 2018 at vi får et stort influx af patienter fra et specifikt område, hvor patienterne alle beretter samme historie omkring angreb på deres by af bevæbnede mænd, med omfattende voldtægt, tortur og mord til følge. I nye

flygtningestrømme som for eksempel i Bangladesh, hører vi at Rohingyaerne beretter om at mange kvinder blev udsat for seksuel vold og tortur af bevæbnede mænd i Myanmar under flygten og i Den Central Afrikanske republik vi ser en jævn tilstrømning af ofre, jo mere kendt det bliver at Læger uden Grænser tilbyder hjælp. Dog uden at nogle af disse konflikter udelukkende producerer ofre for systematisk brug af voldtægter men lige vel ofre fra lokalsamfundet.

Men vi ved også, at i krigsområder, er det ofte kun toppen af isbjerget af ofre vi ser, da mange faktorer gør sig gældende omkring adgangen til medicinsk behandling. Det enkelte individ kan være plaget af skyld, skam og stigmatisering der afholder vedkommende fra at søge hjælp. Hvor dette kan gøre sig gældende for mange kvindelige ofre, ser vi at denne skam og stigmatisering ofte er langt mere overvældende for de mandlige ofre og gør at endnu færre søger hjælp hvilke giver et stort mørketal omkring voldtægt af mænd. På vores projekter ser vi ca. omkring 5% mænd, men nogle steder repræsenterer de op omkring 25% af patienterne.

Andre barrierer vi ser i forhold til adgang for ofre, kan være manglende information omkring muligheden for hjælp i lokalområder, hvis den da overhoved er til stede. Endvidere kan adgangen til sundhedshjælp for befolkningen være meget svær på grund af bevægelige frontlinjer eller generel usikkerhed i lokalområder og befolkningen kan derfor ikke nå frem. Eller som vi har oplevet de senere år, hvor det humanitære rum hvor de neutrale nødhjælpsorganisationer skal operere for at hjælpe en civilbefolkning, bliver mindre og mindre og fratager befolkningen muligheden for medicinsk nødhjælp så som for eksempel i Syrien hvor vi kun kan være tilstede via fjernstyrede projekter fra de omkringliggende lande.

## **Slide**

Den behandling vi tilbyder ofrene er førstehjælp og behandling af skader. Vi tilbyder forebyggende behandling for udvikling af HIV og en fortrydelsespille, begge dele hvis ofret kommer inden for få dage af voldtægten og vi tilbyder vaccination mod stivkrampe og smitsom leverbetændelse og antibiotika for at forebygge seksuelt overførte sygdomme.

Vi laver endvidere en lægeerklæring, hvor en læge beskriver hændelsesforløbet med patientens egne ord og bevidner kroppens tilstand uden dog at kunne skrive under på om patienten har været udsat for voldtægt eller ej. Denne lægeerklæring kan bruges i en eventuelt fremtidig retsag, hvis det nogensinde skulle lykkedes ofret at få voldtægtsmanden eller mændene for en domstol, hvilke er meget sjældent.

De store medicinske udfordringer vi oplever er, at ofrene ofte ankommer alt for sendt i forhold til den forebyggende medicinske behandling og derfor udvikler HIV og får seksuelt overførte sygdomme og bliver gravide. En stor udfordring er at ofrene i langt de fleste lande ikke har adgang til sikker abort hvis de er blevet gravide med voldtægtsmandens barn. Læger uden Grænser tilbyder abort på en lang række projekter til alle som måtte opsøge dette.

Efter den medicinske behandling tilbyder vi endvidere, eller sørger for overførsel til en anden organisation som tilbyder psykosocial opfølgning for ofrene.

Men hjælpen ender ikke her, da et reelt tilbud til ofrene ligger på flere niveauer. Ofrene har blandt andet behov for juridisk hjælp, social hjælp og beskyttelse. Noget som ofte ligger udenfor Læger uden Grænsers område og hvor vi er afhængig af andre organisationer og instanser som ikke altid er til stede.

I Læger uden Grænser mener vi ikke at man kan tilbyde hjælp til ofrene uden også at tilbyde medicinsk hjælp. Vi ser desværre at tilbyddet i felten er meget begrænset for ofrene i mange konfliktområder, hvor kun ganske få organisationer er til stede. Som Læger uden Grænser lærte for snart tyve år siden, er det muligt at give en kvalitetsbehandling som en del af en akut indsats.

Endvidere ser vi at den fokusering der kan være på den systematiske brug af voldtægt som et krigsvåben kan skabe et hierarki af ofre; hvilket betyder at ofre der er blevet voldtaget af bevæbnede mænd i militæruniform kan modtage gratis medicinsk hjælp hvorimod ofre der er blevet voldtaget af civile i lokalsamfundet må betale for medicinsk behandling og derved har langt mindre adgang til hjælp.

Sidst men ikke mindst ser vi også, at mænd, som bliver udsat for seksuel vold, enten som soldater eller i civil, har langt mindre adgang til medicinsk hjælp end kvinder og børn. Ud over den øgede stigmatisering, er projekternes adgangsdør som oftest designet til kvinder ved at lægge programmerne under mor/barn aktiviteter, hvilke udelukker mændene fra at have adgang til samme ydelser.

## **Slide**

Tak for ordet.