

# Dansk Pædiatrisk Selskab.

## Den pædiatriske indsats for børn udsat for seksuelle overgreb eller mistænkt herfor.



**JUNI 2001.**

**Ad hoc udvalgets medlemmer:**

*Overlæge Uffe Stender Hansen, Børneafdelingen, Odense Universitetshospital.*

*1. reservelæge Karin Lassen, Børneafdelingen, Odense Universitetshospital.*

*Overlæge Erling Nathan, Børneafdelingen, Skejby Sygehus.*

*Overlæge Tony Olesen, Børneafdelingen, Centralsygehuset i Næstved (formand).*

*Overlæge Birgit Peitersen, Børneafdelingen, HS-Hvidovre*

## **INDHOLDSFORTEGNELSE.**

	<u>SIDE</u>
<b><i>Samlet anbefaling</i></b>	3
Udvalgets kommissorium	4
Indledning, definition og forekomst	5
<b><i>Status i Danmark</i></b>	
Pædiatri	7
Retsmedicin	8
Retslige aspekter	8
Psykosociale aspekter	10
Teori og praksis	10
<b><i>Status i udlandet</i></b>	
Udenlandske modeller	11
Børnerådets anbefalinger	13
<b><i>Ad-hoc udvalgets anbefaling</i></b>	
Regionale centre	14
Pædiatrisk centers helhedsindsats	15
Videnscenter	18
Uddannelse af pædiatere	19
Samarbejdspartnere	20
Kvalitetssikring	21
Pædiatrisk fotokolposkopi, bilag 1	22
Uddannelsesprogram, bilag 2	26
Certifikationsgrundlag, bilag 3	28
Registreringsskema, bilag 4	30
Klassifikationsgrundlag, bilag 5	33
Erfaringer med fotokolposkopi, bilag 6	35
<b><i>Referencer</i></b>	36

## DANSK PÆDIATRISK SELSKAB'S ANBEFALING

Der oprettes 5 regionale centre, placeret med et i hovedstadsområdet, et i Næstved, et i Odense, et i Aalborg og et i Århus og evt. et i Sydjylland.  
Centrene placeres på de pædiatriske afdelinger.

Centrene skal kunne rumme det samlede procesforløb i sager som vedrører seksuelt misbrug af børn.

Den brede funktion forudsætter etablering af regionale samarbejdsrelationer til børnepsykiatriske, retsmedicinske, psykologiske og gynækologiske fagområder, samt formaliseret samarbejde med regionale forvaltninger, politi og domstole.

Der etableres formaliserede samarbejdsaftaler med de lokale pædiatriske afdelinger.

På centrene indføres fotokolposkopi udført af læge-sygeplejerske team som undersøgelsesmetode, med krav om at undersøgerne har tilstrækkelig rutine og at der løbende foregår supervision efter fastlagte retningslinier og med anvendelse af fælles undersøgelsesprotokol.

Der etableres en niveaudelt uddannelse for pædiatriske undersøgere, med henblik på certificering og der skabes forudsætninger for vedligeholdelse af erfaringsniveau og fortsat uddannelse ved integrering af de samarbejdende centre med internationale faglige netværk og institutioner.

Der etableres et videncenter for seksuelt misbrugte børn gennem koordination og samling af erfaringer fra centrene med sekretariatsfunktion på et af disse.

Videncenterfunktionen skal formidle resultater, forskning og information til gavn for forebyggelse og behandling, samt til fortsat styrkelse af den landsdækkende indsats.

**DANSK PÆDIATRISK SELSKAB**

DANISH PAEDIATRIC SOCIETY



## Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS) nedsatte i december 1999 et ad hoc udvalg:

### **Vedrørende børnelægers indsats over for børn udsat for seksuelle overgreb eller mistænkt for dette.**

Baggrunden var ønsket om en forstærket indsats i forbindelse med forebyggelse og udredning af børn udsat for seksuelle overgreb, med forslag om at etablere og definere mål og krav til en landsdækkende pædiatrisk funktion indenfor området.

Funktionen blev foreslået baseret på regionale pædiatriske afdelingscentre i formaliseret samarbejde.

#### **Udvalgets kommissorium var udarbejdelse af:**

- 1. Fælles undersøgelsesprotokol omfattende fuld objektiv undersøgelse, barnets udsagn og tilkendegivelser, adfærdsmæssige forandringer samt fotokolposkopi med dokumentation af anale og genitale fund, indsamling af bevismateriale og undersøgelse af seksuelt overført sygdom*
- 2. Kvalitetssikringskriterier, herunder krav til supervision og kollegial drøftelse (peer-review)*
- 3. Uddannelsesprogram og kvalitetskrav for undersøgere (certificering)*
- 4. Regionale samarbejdspartnere*
- 5. National opbygning på baggrund af ønsket om størst mulig geografisk nærhed i forbindelse med forslag om 3 centre i Jylland, 1 på Fyn og 2 på Sjælland, herunder den allerede etablerede funktion på Børneafdelingen, Centralsygehuset i Næstved.*
- 6. Nationale og internationale samarbejdsstrukturer.*

#### **Til udvalget udpegedes:**

Overlæge Uffe Stender Hansen, Børneafdelingen, Ålborg Sygehus, Nord.

1.reservelæge Karin Lassen, Børneafdelingen, Odense Universitetshospital.

Overlæge Erling Nathan, Børneafdelingen Skejby Sygehus.

Overlæge Tony Olesen, Børneafdelingen, Centralsygehuset i Næstved (formand).

Overlæge Birgit Peitersen, Børneafdelingen, HS-Hvidovre.

Udvalget har afholdt 9 møder.

## **INDLEDNING.**

At børn kunne være udsat for fysiske overgreb i den familiære hverdag, blev internationalt kendt, da amerikaneren børnelæge C. Henry Kempe og medarbejdere publicerede artiklen 'The Battered Child Syndrome' i 1962, ( 1 ).

Retningslinierne for diagnostik, behandling og støtte til voldsramte børn kom også til at danne grundlag for danske børneafdelingers strategi og metoder.

I 1977 deltog dansk pædiatri ved etableringen af internationalt samarbejde i International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN)( 2 ).

Samme år præsenterede Kempe forelæsningsen: 'Sexual Abuse, Another Hidden Pediatric Problem'. ( 3 ).

Med forebyggelse som mål erkendte dansk pædiatri tidligt behovet for en kvalificeret faglig indsats overfor børn udsat for overgreb, herunder seksuelle krænkelse, og denne linie er siden blevet fulgt (4 )(5 )(6)(7).

## **DEFINITION.**

Kempes definition af overgreb af seksuel karakter er internationalt anerkendt:

*Der er tale om seksuelt misbrug når et barn inddrages i seksuelle aktiviteter, som det ikke kan forstå rækkevidden af, udviklingsmæssigt ikke er parat til, og derfor ikke kan give tilladelse til, og/eller aktiviteter af denne karakter der overskrider samfundets sociale eller retslige normer (8).*

## **FOREKOMST.**

På foranledning af det Tværministerielle Børneudvalg er forekomsten af seksuelle overgreb mod børn i Danmark belyst i en nyligt publiceret rapport (9). Ud fra et forsigtigt skøn af rapportens datakilder antages mindst 1% af alle børn at blive udsat for seksuelt overgreb i barndommen.

Incidensen i amerikanske undersøgelser er højere. Det antages, at 1% af alle børn hvert år udsættes for seksuelle overgreb af forskellig karakter. Med denne hyppighed vil mellem 12% og 25% af alle piger og 8% til 10% af drengene have oplevet forskellige former for seksuelle overgreb inden det fyldte 18 år (8)

Lignende hyppigheder fandtes i 1988 i en dansk spørgeskemaundersøgelse til 2000 personer. Med svarprocent på 66 fandtes 14% af kvinderne og 7% af mændene at have været udsat for en seksuel krænkelse inden det fyldte 18 år. Cirka 2/3 af overgrebene fandt sted udenfor familien. Overgreb indenfor familien havde for 62% 's vedkommende fundet sted mere end 1 gang. Første overgreb skete i 2/3 af alle sager før barnet var fyldt 12 år, og af de refererede overgreb karakteriseredes 90 % som grove til meget grove. Udøverne var hyppigst mænd, men ved overgreb mod drenge var der i 26% af tilfældene tale om en kvinde (10).

I en norsk undersøgelse af seksuelle overgreb var prævalensen for kvinder 19% og for mænd 9%. De tilsvarende svenske tal var 9% for kvinder og 3% for mænd.

Dansk politis statistikker afspejler ikke tilsvarende hyppigheder. Landsundersøgelsen viste, at anmeldelser af seksuelle overgreb mod børn i familieforhold og forbrydelser mod kønssædeligheden i perioden 1990 -1998 årligt udgjorde 5 pr. 10.000 børn i aldersgruppen op til 15 år (9).

## **STATUS I DANMARK.**

### **Alment**

Som udviklingen har forløbet, kommer mange børn idag slet ikke i berøring med en børneafdeling, selvom der er mistanke om, at de har været udsat for seksuelle overgreb.

Således fremgår det af et høringssvar til Regeringens Tværministerielle Børneudvalg (11), at der mellem kommuner og politi er udviklet en samarbejdsrutine, hvor det ved personneutrale konsultationer, afgøres om sager bør anmeldes. Derudover registreres visse sager uspecifikt under 'andre undersøgelser', indtil der er taget stilling til, om de bør efterforskes. Det indikerer, at et ukendt antal sager ikke kommer til offentlighedens kendskab. Derudover er det blevet besluttet at politiet, skal bringe børn til undersøgelse på et retsmedicinsk institut i de sager, hvor der er sket anmeldelse (12).

Disse børn, samt de der måtte blive afvist af politiet, og de tilfælde hvori der er rejst mistanke i social sammenhæng, kommer sjældent til undersøgelse i pædiatrisk regi.

## **Pædiatri.**

Tidligere blev børn udsat for seksuelle overgreb modtaget akut i landets børneafdelinger.

Sundhedsstyrelsen meddelte i 1988, at det ikke var berettiget, at anvende anæstesi ved gynækologisk undersøgelse af børn som havde været udsat for seksuelle overgreb, med mindre særlige forhold måtte give anledning dertil (13). Indtil 1995 var proceduren alligevel ofte, at journaloptagelse og almindelig undersøgelse, for pigers vedkommende fulgtes af gynækologisk undersøgelse i anæstesi, hvilket med foreliggende muligheder måtte anses for den mest skånsomme måde, hvormed anatomiske forandringer i kønsorganerne har kunnet vurderes, og sikring af spor foretages. Ved overgreb begået mindre end 24 timer tidligere, blev undersøgelsen ofte udført i samarbejde med embedslægeinstitutionen med henblik på sædundersøgelser og anden sporsikring, med mindre klinikeren havde erfaring med denne type undersøgelser. Fotografisk dokumentation af anatomiske fund forekom sjældent.

Pædiatrisk fotokolposkopi blev beskrevet i USA 1986 (14). Preliminære erfaringer fra 4 års brug viste, at metoden var skånsom og velegnet til børn, god til fotografisk dokumentation til brug i retslig og uddannelsesmæssig sammenhæng, og samtidig gav kendskab til normalvariationer. Et fagligt dansk besøg i amerikanske institutioner, bevirkede praktisk og teoretisk kendskab til fotokolposkopimetoden, som i 1994 anbefalede indført som standardundersøgelse i danske børneafdelinger ved mistanke om seksuelle overgreb (15). Metoden, der beskrives i bilag 1, indførtes ved børneafdelingen i Næstved i 1995, og et par år senere ved børneafdelingen i Skejby. Praksis for modtagelse og diagnostik af seksuelt misbrugte børn er fortsat varierende ved landets børneafdelinger. Tre strategier har været gennemgående.

1) Modtagelse, undersøgelse, dokumentation, støtte og behandling i et helhedsorienteret fagspecialiseret regi (Næstved og Skejby).

I Næstved indebar dette indtil 1999 samarbejde med det lokale politi og embedslæger. I Skejby benyttedes et etableret samarbejde med retsmedicinere.

2) Modtagelse i børneafdeling. Undersøgelse og beskrivelse udføres af gynækologer uden pædiatrisk ekspertise. Indtil 1999 kunne embedslægeinstitution indgå i dette samarbejde.

3) Efter modtagelse i børneafdeling. Hvis sagen er anmeldt til politiet, bringes barnet til et retsmedicinsk institut til undersøgelse og dokumentation for tegn på overgreb. Herefter tilbage til den lokale børneafdeling eller hjem.

## **Retsmedicin.**

Tidligere blev personundersøgelser ved seksuelle overgreb varetaget af regionale embedslæger med eller uden medvirken af kliniske afdelinger, samt af de retsmedicinske instituter. Ved omstrukturering af embedslægefunktionen blev undersøgelserne ved en justitsministeriel cirkulæreskrivelse fra 1999 henlagt til de retsmedicinske instituter (12).

Den fotokolposkopiske undersøgelsesmetode blev indført ved institutterne i København og i Århus fra 1994.

Den retsmedicinske undersøgelse foretages ambulantly ved indbringelse af børn, hvis sager er politianmeldt. Undersøgelsens formål er at skaffe dokumentation for et overgreb, samt hvis overgrebet har fundet sted inden for få døgn, at sikre eventuelle biologiske spor.

Den retsmedicinske kontakt er principielt uafhængig af sygehusvæsenet, men henvisning hertil kan ske efter behov.

Resultatet af 34 retsmedicinske undersøgelser med anvendelse af fotokolposkopi i 1995 er nyligt publiceret fra Retsmedicinsk Institut i Århus. I et tilfælde bidrog undersøgelsen med dokumentation af abnormitet efter seksuelt misbrug. Som bevis ligger hovedvægten således på barnets mundtlige udsagn, med fotokolposkopiundersøgelsen som et væsentligt supplement (16).

I Skejby er der udarbejdet en formaliseret samarbejdsaftale mellem børneafdelingen og det retsmedicinske institut.

## **Retslige aspekter.**

Hvis et barn eller en ung angiver at have været udsat for et seksuelt overgreb, skal der ske en underretning til den sociale forvaltning, som i følge et cirkulære er pålagt at foretage en politianmeldelse såfremt dette ikke allerede er sket.

Uanset i hvilket lægeligt regi et barn først måtte blive set er det af betydning, at være opmærksom på ikke at eliminere eventuelle beviser.

*Materiale der fra en lægelig undersøgelse kan blive beviser i en anmeldt sag kan omfatte:*

- Barnets beklædningsgenstande ved mulighed for, at disse indeholder spor.
- Beskrivelse og fotografisk dokumentation af ydre læsioner.
- Undersøgelse af kønsorgan og endetarm med billeddokumentation.
- Materiale til DNA og sædundersøgelser fra genitalia eller hud (akutte situationer).



- Hår eller fremmedlegemer (akutte situationer).
- Urin (akutte situationer).
- Påvisning af kønssygdom eller anden seksuelt overført sygdom.
- Oplysninger som fremkommer spontant i forbindelse med undersøgelsen.

*Ved anmeldelse påbegyndes politiets efterforskning, der kan omfatte:*

- Barnets eget vidneudsagn evt. optaget til video ved politiets afhøring
- Afhøring af sigtede.
- Effekter fra sigtedes hjem, opholdssted eller gerningssted, f.eks. fotografiske optagelser.
- Udsagn fra eventuelle vidner.
- Information fra psykologiske undersøgelser af barnet.

*Når en sag efterforskes tildeles barnet en bistandsadvokat.*

- Denne støtter og informerer barnet om procesforløbet.
- Varetager at barnets forudsætninger i forløbet tilgodeses.
- Er til stede ved politiets afhøring samt ved barnets evt. afhøring i retten

*Afhøring af børn.*

Afhøring af børn er i Danmark en politimæssig opgave, og der er i flere år givet formaliseret undervisning til udvalgte kriminalbetjente og jurister.

På flere af landets politistationer, er der indrettet særlige afhøringsrum så børn kan føle sig trygge i afhøringssituationen.

Blandt de anmeldte sager vil kun få nå dertil, at der bliver rejst sigtelse mod en person. For mange sagers vedkommende vurderes det, at hverken afhøringen af barnet, den lægelige undersøgelse eller andre omstændigheder kan løfte bevisbyrden, når den sigtede benægter et strafbart forhold.

Disse sager, samt de der ikke registreres fordi en offentlig myndighed og/eller politiet ikke finder tilstrækkelig substans i sagerne til en sigtelse, udgør en betydelig men kvantitativt ukendt del af forekomsten af seksuelle overgreb.

Børnene i sådanne sager nyder hverken strafferetslig eller civilretsligt beskyttelse.

### **Psykosociale aspekter.**

Seksuelle overgreb mod børn udgør et tillidsbrud fra den voksne verden. Afhængig af nærhed i familierelation, gentagelsesmønstre og individualitet repræsenterer overgrebene og de potentielle gentagelser en angstbefordrende psykisk belastning. Denne kan senere få negative følger for individets sociale og seksuelle interaktion.

Risikoen for ikke at blive hørt eller troet ved forsøg på afsløre overgrebene, øger denne stigmatisering. Børns reaktionsmønstre når de er udsat for overgreb betegnes 'det seksuelle tilpasningssyndrom' (17).

At fortælle om overgreb til ukendte voksne volder betydelige vanskeligheder for børn, som ved genfortælling genoplever og dermed reaktiverer angst og symptomer som ved 'det posttraumatiske stressyndrom' (PTSD). Det kræver indføling og betydelig evne til opbygning af tillidsforhold at afhøre eller samtale med børn herom, og stiller større krav des yngre barnet er (18).

Tilladelsen til at sigtede overværer videoafhøringen vil modvirke barnets mulighed for at kunne give et frit og fyldestgørende vidneudsagn, foruden at risikere at skade forholdet til den mistænkte, som måske er en af barnets forældre (19).

Empati og tillidsskabende procedurer er ligeledes forudsætninger for at børn, selv i ret høj alder kan medvirke ved fotokolposkopisk undersøgelse af kønsorganerne, uden at opleve dette som endnu en krænkelse af personlig og kropslig integritet.

Hvis et overgreb har foregået inden for familiens rammer, er det ved afsløring ofte ensbetydende med sammenbrud af den familiære struktur, og en traumatisk emotionelt ladet dynamik i den øvrige familie. Sådanne reaktioner rammer både barnet og dets søskende.

### **Teori og praksis.**

De symptomer og informationer der medfører henvisning af børn som har været udsat for seksuelle overgreb er ikke ensartede, og samtidig har overgrebene ofte har anden karakter end samleje.

Diagnosen seksuelt overgreb stilles som i andre medicinske sammenhænge oftest på en kombination af givne oplysninger, fysiske fund og laboratorieundersøgelser. I nogle tilfælde er alene de fysiske fund tilstrækkelige for diagnosen (20).

De sammenhænge i hvilke formodning om overgreb kan opstå, vil naturligt henhøre under pædiatrisk ekspertise. Som eksempler her på kan anføres:

Henviſning til *udredning af et fysisk symptom*, f.eks. udflåd eller infektion.

Indlæggelse for *psykosomatiske symptomer*, f.eks. mavesmerter eller hovedpine.

Henviſning på grund af *markante adfærdſændringer* og/ eller mistanke om epilepsilignende *anfald*.

Indlagte børn der i trygge omgivelser og *spontant afslører*, at de er udsat for seksuelle overgreb eller anden overlast.

I børneafdelingen vil man ikke foretage nærmere udspørgen om omstændighederne ved eventuelle overgreb, ud over hvad der foreligger oplyst eller spontant angives, men det foreliggende dokumentationsmateriale vil kunne videregives og benyttes ved et eventuelt strafferetsligt forløb, når socialforvaltningen efter underretning vurderer, at forholdet skal politianmeldes.

## **STATUS I UDLANDET.**

### **Udenlandske modeller.**

I Norge, USA, England og mange andre steder i verden udføres undersøgelser og helhedsvurderinger af børnelæger. Praktiske og teoretiske erfaringer er for 3 af de amerikanske stater vedkommende beskrevet i 1994 (15).

Generelt er de *amerikanske centre* tilknyttet børneafdelinger, og kan derved også medvirke ved diagnostik af andre former for overgreb som fysisk eller psykisk vold, som ofte er knyttet til det seksuelle overgreb. Derudover giver denne model mulighed for diagnostik og behandling af andre sygdomme, der konstateres i relation til undersøgelsen. Fotokolposkopien udføres i samarbejde mellem børnelæge og børnesygeplejerske. Til centrene er knyttet psykologer, socialrådgivere og politi samt afhørere med særlig uddannelse til retsligt gyldige interview's med børn.

En støttende psykologisk indsats kan straks påbegyndes, idet involverede terapeuter undlader at berøre sagsaktuelle forhold.

Team-samarbejde i fælles fysiske rammer indebærer, at der i første døgn foretages:

- Afhøring af barnet til video
- Opsamling af lægelig og social information
- Udvendig kropsundersøgelse
- Fotokolposkopisk undersøgelse af kønsorganerne med dokumentation og sporsikring
- Planlægning af behandling, støtte og intervention.

I de fleste stater etableres kollegiale netværk, så supervision og faglig dialog kan etableres når anatomiske fund giver anledning til tolkningsmæssige overvejelser, hvilket ofte forekommer. Kommunikationen foregår ved digital overførelse af anonymiseret dokumentationsmateriale, samt ved årlige eller halvårslige møder, såkaldte 'peer-reviews', hvor et større antal repræsentative sager gennemgås i faglig audit.

I faglige kontaktforsøg er det til stadighed det primære undersøgelsessted der besidder kompetencen for endelig tolkning af undersøgelsesfund.

De pædiatriske specialister har pligt til kontinuerlig dokumentation af faglig kompetence ved kollegiale reviews, konferencedeltagelse, publikationer og undervisning. De skal endvidere gennemføre en kompetencegivende uddannelse for at mestre foretræde som professionelt sagkyndigt vidne i retssager om overgreb mod børn, hvor centret har været involveret.

I Norge er det regionale børneafdelinger der traditionelt varetager undersøgelser af misbrugte børn, herunder fotokolposkopi med fotografisk dokumentation og sporsikring. Læge og børnesygeplejerske samarbejder i team.

Man har sammen med retsmedicinere udarbejdet en vejledning for opbygning og indhold af erklæringer til retsligt brug.

På landsplan er etableret 'Nasjonalt Resurssenter for Seksuelt Misbrukte Barn' med beliggenhed i Oslo. Dertil er knyttet sociale medarbejdere, psykologer og socialrådgiver. Enhver kan også rette henvendelse hertil for at få undersøgt børn og unge, der formodes udsat for seksuelle overgreb eller anden overlast.

Afhøringen af børn forestås af politimyndigheden.

Det nationale center påtager sig kvalitetssikringsopgaver ved halvårligt at arrangere faglige møder, hvor alle børneafdelinger indbydes til at forelægge sager til kollegial fællesvurdering, et såkaldt 'peer-review'. Ved møderne, der strækker sig over to dage, indbydes specialister endvidere til at belyse relevante emner vedrørende for eksempel epidemiologi, mikrobiologi eller lovgivning, og der orienteres om ny udvikling baseret på konferencedeltagelse i ind- og udland. Med basis i amerikanske erfaringer er der også udarbejdet et klassifikationsgrundlag for anatomiske fund (21).

Andre *internationale modeller* følger amerikanske normer om helhed i sagsforløbene og mindst muligt belastning og traumatisk genoplevelse for barnet.

## **BØRNERÅDETS ANBEFALINGER**

Børnerådet nedsatte i 1999 en afklaringsgruppe for at udarbejde forslag til national strategi for seksuelt misbrug af børn. Rapporter fra Børnerådet konstaterede, at der er behov for regionale centre med udgangspunkt i børneafdelinger til varetagelse af opgaverne, i regionalt samarbejde med retsmedicinere hvor sådant er muligt (22)(23).

Børnerådets forslag til national strategi for indsats omkring seksuelt misbrug af børn omfatter i alt fem hovedområder, som refereret nedenfor.

*Børnerådets forslag til indsatsområder er følgende:*

- styrkelse af den tilgængelige viden om seksuelt misbrug både i familien og i institutioner og skoler,
- opkvalificering af den samlede undersøgelsespraksis vedr. seksuelt misbrug af børn, både lægeligt, retsmedicinsk, psykologisk og socialt,
- orientering af den retlige sammenhæng i retning af større hensyntagen til børns særlige udsathed,
- forbedring og intensivering af den kommunale indsats i forbindelse med seksuelt misbrug, herunder både som forebyggelse og behandling,
- kraftig forbedring af grunduddannelsen af en række professionelle grupper i forhold til hele spørgsmålet om seksuelt misbrug af børn.

### Vedrørende undersøgelse af børn.

Det er Børnerådets opfattelse, at dokumentation, rådgivning og behandling af børn udsat for seksuelt misbrug i fremtiden bør struktureres som en integreret og helhedsorienteret rutine i regionalt regi. Dette decentrale beredskab bør være let tilgængeligt, evt. organiseret i samarbejde mellem flere amtskommuner, lokaliseret på børneafdelinger med adgang til undersøgelse, inklusive fotokolposkopi, vejledning, psykologisk og lægelig rådgivning og videre behandling. Beredskabet etableres i samarbejde med politiet. Ved placering af beredskabet bør der tages hensyn til såvel nærhedsprincippet, som muligheden for at oparbejde den nødvendige ekspertise og rutine. Børnerådet foreslår, at Sundhedsministeriet tager initiativ til etableringen af regionale undersøgelsescentre.

## AD-HOC UDVALGETS ANBEFALING.

### Regionale centre.

For at minimere den belastning børn udsættes for, når de undersøges efter seksuelt misbrug, anbefaler udvalget, at der med basis i eksisterende børneafdelinger etableres regionale centre i et antal på 5 eller 6. Man er opmærksom på at udviklingen kan medføre behov for tilpasning af antallet, idet opretholdelsen af ekspertise kræver et vist antal undersøgelser.

Udvalgets anbefaling af centrenes placering er: Ålborg, Århus, Odense, Næstved og København. Eventuelt et center med placering i Sydjylland.

Til de regionale centre knyttes pædiatriske speciallæger, heraf har mindst én uddannelse svarende til ekspert eller supervisor (se bilag 2). Desuden skal ansættes sygeplejersker, sekretær, socialrådgiver, psykolog og/ eller pædagog.

Visitation til centrene kan udgå fra kommuner, praktiserende læger, speciallæger, politi, offentlige og private institutioner for børn og unge, skadestuer og fra børneafdelingerne.

Centrene skal fungere året rundt, således at undersøgelser kan udføres alle ugens dage, inklusive helligdage og week-ends. Dette indebærer ligeledes, at de tilknyttede fagpersoner skal kunne vikariere for hinanden ved sygdom og ferier.

Ved hvert center skal forefindes et undersøgelseslokale, der alene anvendes i forbindelse med centrets funktion, og således rummer et permanent opstillet fotokolposkopisk udstyr med mulighed for statisk og dynamisk billeddokumentation og mulighed for indbyrdes datakommunikation mellem centrene.

De funktionelt samarbejdende centre udpeger en repræsentant, der kan varetage kontakten til andre instanser i ind- og udland, herunder uddannelsesmæssige forhold.

Der udpeges endvidere en person fra hver center med henblik på at forestå og formidle det praktisk faglige samarbejde mellem centrene. Dette kan have form af regelmæssige møder med information og sager til supervision, og halvårslige møder af 1-2 dages varighed med pligt til 'peer-review', udarbejdelse af instrukser. Der udarbejdes herfra rapport over berørte emner.

## **Et pædiatrisk centers helhedsindsats ved seksuelle overgreb:**

### *Beskyttelse i forbindelse med indlæggelse (shelter funktion)*

Uafhængig af den tidsmæssige relation mellem overgreb og barnets afsløring heraf vil der ofte være behov for en beskyttelse og aflastning ved indlæggelse i den børneafdeling, hvor det regionale center fungerer.

Personalet vil her være instrueret i at varetage de særlige forhold der knytter sig til det traumatiserede barn og dets familie, herunder sikring af at bevismateriale og spor ikke går tabt i tiden, der måtte hengå fra barnets ankomst indtil den lægelige undersøgelse kan finde sted.

I den forbindelse kan et standardiseret personundersøgelsessæt finde anvendelse, uanset der ikke på ankomsttidspunktet, er foretaget politianmeldelse (24 ).

Shelterfunktion skal indebære mulighed for, at afhøring af barnet kan foregå i forbindelse med indlæggelsen.

### *Teamindsats med specialuddannet personale.*

En vigtig forudsætning for centrets funktion er, at der foruden de specialuddannede læger og sygeplejersker samt centrets psykolog, også er etableret teamsamarbejde med de børnepsykiatriske og gynækologiske fagområder, for i særlige tilfælde at kunne imødekomme hurtig indsats fra disse faggrupper.

### *Fotokolposkopisk undersøgelse af ano-genitalregionen.*

Fotokolposkopi udføres af pædiater og pædiatrisk sygeplejerske, som beskrevet i bilag 1. Ved akutte situationer evt. i samarbejde med retsmedicinere. Barnet bevarer hele tiden kontrollen over egen krop, og kan på ethvert tidspunkt bringe undersøgelsen til ophør. Ingen undersøgelse kan gennemføres ved tvang eller trussel. Ved undersøgelsen forestår den pædiatriske læge fotodokumentation, og der foretages de nødvendige podninger og undersøgelser. Den pædiatriske sygeplejerske er instrueret i de håndgreb, som er forudsætning for synliggørelsen af kønsorganernes anatomi. Sygeplejersken har ligeledes til opgave at instruere barnet i undersøgelsesforløbet, herunder lejring i rygleje og knæalbueposition. Sporsikring foretages på lægens ansvar. Med mindre fremmedlegemer mistænkes, eller der er indikation for kirurgisk/ gynækologisk behandling anvendes anæstesi ikke.

### Udfærdigelse af retsligt anvendelige erklæringer.

Journalen og de afgivne erklæringer inddrages som dokumentation, når en sag føres for retten. Disse skal derfor være af en kvalitet, så de udtømmende beskriver de fund der er gjort, med angivelse af disses eventuelle sammenhæng med det angivne overgreb.

Erklæringer skal udfærdiges på dansk. Dette gælder også alle anatomiske betegnelser.

### Diagnostik og behandling af sygdomme.

En vægtigt argument for pædiatrisk indsats ved mistanke om seksuelt misbrug er, at forskellige akutte og kroniske lidelser kan frembyde symptomer, der kan forveksles med følger af overgreb. Det kræver diagnostiske færdigheder og viden om den nødvendige behandling med efterkontrol, at kunne identificere disse børn, så der ikke påbegyndes et social/retsligt forløb på fejltagtigt grundlag.

Den mest almindelige lidelse, der kan give anledning til forveksling benævnes lichen sclerosus (25).

Denne tilstand kan manifestere sig med hudforandringer med blødningstendens fra huden omkring kønsorganet. Andre hudlidelser med kløe og irritation kan give lignende vanskeligheder. Dertil kommer medfødte tilstande med forandringer i skridtet, samt infektioner, hvor især beta-hæmolytiske streptokokker, gruppe A, har vist en betydelig tendens til at recidivere.

Dertil kommer diagnostik og behandling af de infektioner, der principielt kan være seksuelt overførte, og dermed have relation til overgreb. Det drejer sig om f.eks. infektion med klamydia, candida, trichomonas samt HPV ( condylomer) og HIV (25).

Endelig må behandlerteamet kunne diagnosticere og afhjælpe en graviditet opstået som følge af overgreb.

### Krisestyring og støtte

Uanset hvornår et seksuelt overgreb har fundet sted, vil afsløringen altid være forbundet med akutte krisereaktioner. Der vil være behov for, at centrets psykolog straks kan varetage akut krisestyring og støtte til børn og forældre, som ikke er involverede, inden en længerevarende støtte- og terapiplan kan defineres med den regionale forvaltning og dens institutioner. Behovet herfor er også fremført fra politiets side (11).

### Akut behandling og efterkontrol.

I pædiatrisk regi er der altid mulighed for akut behandling af kirurgisk eller medicinsk karakter, hvis et overgreb kræver det. Samarbejdet med de nødvendige specialer indgår i enhver afdelings rutine.

Det samme gælder den ambulante opfølgning.



### Samarbejde med kommuner og primærsektor

Det regionale center forventes at etablere tæt kontakt til kommunale enheder på børneområdet, således, at der forefindes retningslinier for samarbejdet omkring familier og børn der involveres i sager om seksuelt misbrug. Der skal i den forbindelse også tages vare på søskende og deres reaktioner. Planlægning for den enkelte sag foregår ved behandlingsmøder arrangeret af det regionale pædiatriske center. Heri inddrages også praktiserende læger i størst muligt omfang.

Et terapeutisk forløb findes også indiceret, såfremt familien efter forløbet vælger at fortsætte samlivet.

### Kendskab til andre ledsagende former for overgreb af fysisk eller psykisk karakter.

Seksuelt misbrug af børn står aldrig alene. Overgrebet vil indebære et ledsagende psykisk overgreb, og trusler eller direkte vold mod barnet forekommer ofte. Desuden er der i disse familier hyppigt psykosociale problemer. Det behandlende center må derfor indebære en ekspertise, med kendskab til symptomer og tegn på fysisk vold og diagnostik heraf. Der skal endvidere være kendskab til behovet for behandling af de psykologiske komponenter af overgrebet, herunder kendskab til det posttraumatiske stress syndrom (PTSD).

### Samarbejde med regionens øvrige pædiatriske afdelinger

Samarbejdet med regionens øvrige børneafdelinger skal have en formaliseret struktur i form af en samarbejdsaftale, hvoraf det fremgår i hvilke situationer børn skal undersøges på det regionale center, hvorlænge det skal opholde sig der samt hvem der er ansvarlig for at sørge for støtte til barn og familie efter undersøgelse.

Der skal desuden aftales registrering i database af de børn, der ikke er blevet viderehenvist med registrering af årsagen til, at de ikke blev henvist.

### Dialog med primærsektor med henblik på forebyggelse.

Indsatsen i det regionale område omfatter også information til andre professionelle med henblik på tidlig opsporing og forebyggelse af seksuelle overgreb i skoler, klubber og institutioner.

### Kontakt med de amtslige forebyggelses- og koordinationsgrupper.

De regionale centre er repræsenterede i de amtslige tværfagligt sammensatte forebyggelses- og koordinationsgrupper. Disse har mange steder fungeret som informationsformidler. Dette giver mulighed for hurtig kommunikation af nye tiltag til regionens offentlige instanser.

### Samarbejdende centre i nationalt netværk.

Centrene skal knyttes sammen med de respektive pædiatriske afdelinger, men i et tæt samarbejde som en enhed ud fra ensartede præmisser i et nationalt netværk. Undersøgelser, registrering, protokol, faglige møder, supervision og fremlæggelse af cases til kollegial drøftelse udføres efter fælles retningslinier. Supervision foregår ved digital billedtransmission i lukket kredsløb.

Alle centrenes samarbejdspartnere indbydes til at deltage ved fælles faglige møder 2 gange om året. Der etableres et fælles centerråd bestående af den for hvert center ansvarlige læge. Det anbefales, at der etableres en kontaktflade mellem DPS's faglige udvalg og centerrådets konstituerede repræsentanter.

### Videnscenter.

Et nationalt videnscenter knyttes til et af de centre, som er placeret på et Universitetshospital.

Dertil indgår alle data og registreringer, og derfra formidles viden og erfaringer til andre instanser.

Fra videnscentret tages initiativ til og udarbejdes forskningprojekter efter godkendelse i centerrådet hvorfra forslag også kan anbefales til videnscentret.

Det er videnscentret der administrerer den fælles database, hvorfra de enkelte centre har adgang til eget materiale eller efter aftale med centerråd og videnscenter til dele af det samlede materiale.

Det er videnscentrets opgave at holde sig ajour med den videnskabelige udvikling, og formidle denne opdatering skriftlig, samt ved indlæg på de faglige fora der 2 gange om året holdes for alle centre og deres samarbejdspartnere.

## **Uddannelse.**

Samtidig med kravet om sikkert at kunne diagnosticere anatomiske følger efter overgreb, peger undersøgelser på muligheden for overfortolkning af visse almene symptomer.

Fund der kan relateres til overgreb forekommer endvidere sjældnere end tidligere antaget hos børn i den aldersgruppe, der hyppigst er bekymring for (se bilag 6).

Vedligeholdelse af rutiner og erfaringsgrundlag kræver derfor praktisk uddannelse på basis af en patientpopulation, der går udover, hvad der knytter sig til politianmeldte sager om seksuelt misbrug i Danmark.

### *Kontinuerlig uddannelse og vedligeholdelse af færdigheder under supervision.*

Til sikring af et ensartet højt kvalitetsniveau i de udførte undersøgelser etableres en uddannelse med tre definerede niveauer (se bilag 2).

- Praktiker
- Ekspert
- Supervisor

Der stilles på hvert niveau krav om supervision, faglig fremlæggelse og fortsat uddannelse samt formaliseret vedligeholdelse af viden og færdigheder. Der forudsættes også regelmæssig deltagelse i relevante indenlandske og udenlandske konferencer.

Der skal ved hvert center hurtigst muligt uddannes en pædiater på ekspertniveau.

Grundlaget for funktion som praktiker er teoretisk og praksisk uddannelsesophold i dansk børneafdeling med specialeerfaring med tilhørende kursus godkendt af DPS.

Grundlaget for ekspertfunktion er et teoretisk kursus, praksis i dansk børneafdeling med specialeerfaring, samt 2 ugers formaliseret ophold på et child protection center og 2 ugers formaliseret ophold i et child advocacy center.

Grundlaget for supervisorfunktionen indeholder ovenstående samt en dokumenteret personlig viden og erfaring på området.

Der opnås certification for hvert niveau. De specifikke beskrivelser fremgår af bilag.

De i Danmark gældende krav til uddannelsesniveau, supervision og efteruddannelse justeres af Dansk Pædiatrisk Selskab.

Kunne foretræde som sagkyndigt vidne for retten.

At give foretræde for retten i sager hvor centret har været involveret er en naturlig konsekvens af indsatsen. Det er imidlertid helt uden for de fleste danske pædiateres erfaringsområde at indgå i denne sammenhæng. Det er således vigtigt at have forståelsesrammer for både anklagere, forsvareres og dommeres strategi og metoder i, samt at kende egne styrker og begrænsninger samt krav ved fremlæggelse for domstol.

Kontakt til internationale kollegiale netværk og institutioner.

Kontakt til internationale kolleger på området er af stor betydning for kvalitet og udvikling af den diagnostiske og behandlingsmæssige indsats. De uddannelsesmæssige kontakter er etableret. Det er endvidere nødvendigt, at man i netværket sørger for inddrage udenlandske specialister i danske møder og faglige fora. Kontakt til skandinaviske kolleger repræsenterer et andet felt, der er under opbygning, men som vil kræve ressourcer. Sammen med de norske pædiatere, som har stor erfaring i denne type faglig aktivitet, vil denne opgave kunne løses.

**SAMLET OVERSIGT OVER ANBEFALEDE SAMARBEJDSPARTNERE.**

De eksisterende regionale samarbejdsrelationer udbygges ved etablering af faglig kontakt til specialer der indgår i den samlede behandlingsstrategi.

Der peges på:

- Andre regionale børneafdelinger
- Socialforvaltninger
- Børnepsykiatriske afdelinger
- Retsmedicinske instituter
- Gynækologiske afdelinger
- Praktiserende læger
- Amtslige og kommunale behandlingsinstitutioner
- Regionale politikredse
- Amtslige og kommunale Koordinationsgrupper.

## **KVALITETSSIKRING.**

De pædiatriske centrers funktionelle enhed skal til stadighed være underlagt kvalitetssikringsprincipper, der tilgodeser og dokumenterer faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitetsmål.

### Faglige mål.

Uddannelse af læger på praktiker-niveau på hvert center med grundlag for, at uddannelse til ekspert niveau kan påbegynde.

Tekniske faciliteter, der muliggør digital kommunikation mellem centrene.

Etablering af den database, hvori centrenes materiale samles.

### Kvalitetssikring af det diagnostiske grundlag opretholdes ved:

- a. krav om kollegialt review
- b. krav om blinde interobserverundersøgelser
- c. vurdering af undersøgelseskvalitet på baggrund af billedmateriale.
- d. krav om udarbejdelse af egne faglige eksempelkataloger.

### Organisatoriske mål.

Afholdelse af centrenes landsdækkende og regionale faglige fællesmøder efter fastlagte tidsterminer, rammer for fagligt indhold og mødernes strukturelle afvikling.

Tidsrammer for indtastning og præcision i brug af den fælles database.

### Patientoplevede kvalitetsmål.

Kvalitetssikringsprotokoller med målbare data for børn i 3 forskellige aldersgrupper, samt for medfølgende voksne.

Protokollerne skal belyse den lægelige og sygeplejemæssige indsats, graden af tolerans overfor undersøgelsesmetoden og senoplevelser efter denne.

Løbende vurdering af 'out-come' for indsatsen.

## **PÆDIATRISK FOTOKOLPOSKOPI (BILAG 1)**

Fotokolposkopi er en ikke invasiv undersøgelsesmetode med visuel og fotografisk dokumentation af anatomiske forhold i kønsorganer og endetarmsområde. Undersøgelsen muliggør statisk og dynamisk dokumentation af påviste fund.

Kolposkopet udgøres af et linsesystem med indbygget lyskilde, med mulighed for forstørrelse af undersøgelsesfeltet fra 4 og 30 gange.

På kolposkopets sidearme er monteret:

*a) et fotografiapparat*

*b) et mikro tv-kamera forbundet med en monitor og en videoptager med digital udprintningsboks og/eller en digital videoptager.*

### **Modtagelse.**

Når et barn er meldt til undersøgelse planlægges tids- og personalemæssig strategi for afviklingen af denne så hurtigt som muligt.

Barn og voksne ledsagere modtages i børnevenligt venteværelse.

Antallet af tilstedeværende i undersøgelsesrummet begrænses. Ofte vil en af forældrene være tilstede som støtte for barnet. Læge og sygeplejerske samarbejder om at etablere tryghed og tillid i kontakten med barn og voksne forud for undersøgelsesforløbet. Det er målet at opnå en helhedssituation, hvori undersøgelsen af genitalia indgår som en del.

Der indhentes generelle oplysninger om fødsels- og udviklingsforløb tidligere sygdomme, arvelige forhold og sociale situation.

Viden om et muligt overgrebs karakter og omstændigheder kan foreligge som information fra egen læge, offentlig myndighed, medfølgende voksne, eller fra politirapport. Enhver form for afhøringslignende situation undgås.

Fremkommer der spontant nye udsagn i forbindelse med undersøgelsen, skal disse citeres og registreres ordret i journalen med angivelse af hvorfra og i hvilken situation informationen fremkom.

Når barnet viser tryghed påbegyndes undersøgelse trin for trin.

Indledningsvis registreres højde, vægt og pubertetsforhold efterfulgt af fuld objektiv undersøgelse med neurologisk screening og vurdering af den motoriske og mentale udvikling i forhold til alderen.

Herefter følger information og instruktion i procedurerne for undersøgelsen med fotokolposkopet. Den voksne tillidsperson, der følger barnet er oftest moderen, og denne instrueres i at støtte og hjælpe barnet til at samarbejde ved undersøgelsen.

Instruktionen foretages af sygeplejersken og omfatter fortrolighed med alt teknisk udstyr, demonstration af ligestillinger på undersøgelseslejet og forevisning af podedinde. Der skal desuden tages stilling til aflåsning af døre, afblænding med gardiner og andre særlige omstændigheder for det enkelte barn.

Når barnet ligger afklædt på undersøgelseslejet dækkes kroppen med f.eks. et lagen, som trækkes til side i forbindelse med den fotokolposkopiske undersøgelse, der foretages af lægen. Opbygningen af undersøgelsesforløbet er baseret på, at barnet hele tiden *bevarer kontrollen over sin egen krop*, og på ethvert tidspunkt kan bringe undersøgelsen til ophør.

### **Undersøgelse.**

Undersøgelsen foretages af et læge/ sygeplejerske team. Monitoren anvendes som arbejdsinstrument, med henblik på optimal dokumentation. Såfremt barnet ønsker at følge undersøgelsen på monitoren gøres dette muligt. Sygeplejersken holder støttende kontakt, informerer om undersøgelsens faser, og sørger for at den genitale anatomi synliggøres bedst muligt .

Til fuldstændig dokumentation kræves ofte vurdering af de ano-genitale forhold i to lejningspositioner.

Adskillelse af de store kønslæber foretages i rygleje ved *separation* og *traktion*. Dette vil nogle gange være tilstrækkeligt til fuldstændig dokumentation, men visse fund kan dog først erklæres for sikre, når de genfindes ved lejring i knæ-albue stilling.

Afhængig af alder og udvikling kan der være brug for at bruge supplerende metoder til visualisering af de anatomiske forhold.

Der kan således anvendes *blåt lys*, *toluidin-blåt til overfladefarvning*, *'floating' med overhældning med håndvarmt vand* eller *foley-kateter teknik*. Sidstnævnte udelukkende efter indtrådt pubertet, hvor det rigelige og foldede mødomsvæv kan inspiceres henover ballonen på et intravaginalt foley-kateter. Spidsen fra dette kateter anvendes til undersøgelser af intravaginalt sekret. Ved nyligt stedfundne overgreb er sporsikring indiceret, og denne foretages systematisk i undersøgelsesforløbet til den visuelle og fotografiske dokumentation er sikret og der er podet for

infektionssygdomme og konstateret om der findes sygdomsmanifestationer med eller uden relation til overgreb, som evt er behandlingskrævende.

I alle tilfælde formodet seksuelt overgreb foretages mikrobiologiske undersøgelser muligt seksuelt overførte infektioner med gonorrhè, trikomonas, kondylom- og herpesvirus. Der undersøges for klamydiasmitte ved kliniske tegn til infektion.

Ved mulighed for smitte med HIV skal situationen behandles efter foreliggende retningslinier.

Hvis der er mulighed for graviditet i forbindelse med overgrebet, kontaktes gynækologisk afdeling for diagnostik og behandling heraf.

Den objektive undersøgelse og de ano-genitale fund følger fælles retningslinier og registreres for eksempel som angivet i bilag 4, som også inkluderer generel information, udviklings- og adfærdsmæssige forhold.

Resultaterne af den objektive undersøgelse registreres skematisk efter fælles retningslinier, som eksemplificeret i bilag 4, medens de ano-genitale fund klassificeres i et standardiseret klassifikationssystem som ses i bilag 5. Dette tjener til sikkerhed for fyldestgørende observation og beskrivelse, samtidig med at de foretagne observationer stratificeres som indikatorer for overgreb, uden at tilsigte entydighed i vurderingerne.

Hvis der i en sag er behov en umiddelbar tilkendegivelse af undersøgelsesfund kan dette formidles ved foreløbig skriftlig eller mundtlig angivelse. Er tegn på formodet overgreb tydeligt tilstede kan en anmeldelse til politimyndigheden vedlægges digitalt video-print, der illustrerer fundet.

En endelige erklæring til dokumentation af fund baseres på gennemsyn af dias og videooptagelse, når svar på podninger for infektionssygdom, og eventuelle blodprøver foreligger.

Den endelige erklæring udformes individuelt på baggrund af kendte informationer og undersøgelses resultater og observationer, og der tages i konklusionen stilling til hvorvidt der synes at være overensstemmelse mellem det til sagen oplyste, og det ved objektiv undersøgelse konstaterede.

Fotokolposkopi udføres ved Børneafdelingerne, Skejby Sygehus og Centralsygehuset i Næstved. I Skejby er der etableret en lokal samarbejdsrelation med retsmedicinsk institut.

I Næstved er der fra 1995 udført 330 undersøgelser af børn og unge efter henvisning fra kommuner, læger og politi og andre børneafdelinger.

Der arbejdes i læge/sygeplejerske teams og personalet har modtaget undervisning fra internationale pædiatriske eksperter, fremlagt tilfælde til supervision i Norge og USA, og deltaget i vedligeholdelseskurser for pædiatriske specialister for at vedligeholde kvalifikationsgrundlaget.



Resultater og metoder er forelagt ved konferencer i Wien i 1997 og San Diego i januar 1998 og januar 1999 (26) samt ved Dansk Pædiatrisk Selskabs møde i oktober 1999 i samarbejde med professor Nancy Kellogg fra Children's Advocacy Center; San Antonio, Texas, som kvalificerede undersøgelseskonceptets internationale standard (27).

## **FORSLAG TIL 3-DELT UDDANNELSESPROGRAM FOR PÆDIATRISKE SPECIALISTER I FOTOKOLPOSKOPI (BILAG 2).**

### **1. Praktiker - niveau**

Gennemgå et godkendt teoretisk kursus  
Ophold i dansk børneafdeling med specialerfaring (1 uge)  
Deltage i landsdækkende Fagligt Møde 2 gange årligt.  
Deltage i regionalt Fagligt Møde 2 gange årligt.  
Modtage supervision af alle undersøgelser.  
Fremlægge egne cases ved regionalt fagligt møde.  
Have deltaget i anerkendt national eller international conference.

### **2. Ekspert - niveau**

Gennemgå et godkendt teoretisk kursus  
Være pædiatrisk speciallæge  
Beskæftiget sig med børn udsat for overgreb i mindst 5 år  
Gennemgået ophold på child protection center (2 uger)  
Gennemgået træning på child advocacy center (2 uger)  
Fremlægge fotos/video med egne undersøgelsesfund ved Faglige Møder.  
Præsentere 2 gange årligt ved fælles Fagligt Møde.  
Deltage i anerkendt international conference mindst hvert 2 år.  
Arrangere regionalt tværfagligt møde mindst 1 gang årligt  
Modtage kollegial supervision af alle af abnorme fund i gruppe 3 og 4.

### **3. Supervisor - niveau**

Beskæftiget sig med børn udsat for overgreb i mindst 5 år.  
Personlig erfaring fra > 300 undersøgelser.  
Have skrevet publikationer og/eller forsket på området  
Regelmæssigt have deltaget i træningssessioner ved nationale og internationale møder  
Regelmæssigt have vurderet kolposkopiske fotografier mhp signifikans for overgreb.  
Have fremstillet fotoserie/ video med illustration af egne fund fra gruppe 1-4 til fremlæggelse ved fælles Fagligt møde.  
Anerkendt international conference hvert år.  
Træning på Child Protection Center ( 4 uger)  
Træning på Child Advocacy Center ( 4 uger)  
Medlem af nationalt og internationalt professionelt selskab.  
Fagligt Forum: 2 gange årligt med mødeledelse og præsentation  
Arrangere regionalt tværfagligt møde 2 gange årligt.  
Kunne supervisere suspekter og sikre fund.  
Have kontakt med internationale specialistnetværk.

## **Teoretisk Uddannelsesprogram**

Skal formidle kendskab til:

- Udvikling af køns karakterer med Tanner-stadier.
- Kvindelige eksterne genitale anatomi og dens udviklingsstadier, herunder østrogeneffekten.
- Mandlige eksterne genitale anatomi og udvikling.
- Kendskab til den anogenitale embryologi.
- Normale varianter af den kvindelige genitale anatomi.
- Normale varianter af den mandlige genitale anatomi.
- Akutte og non-akutte tegn på seksuelle overgreb efter klassifikationssystem.
- Tilstande der kan forveksles med traumer efter seksuelle overgreb.
- Diagnostik og behandling af veneriske sygdomme.
- Forholdsregler ved uønsket graviditet
- Forholdsregler og diagnostik ved mistanke om HIV-smitte.
- Fysisk og psykisk vold som ledsagende former for overgreb.
- Til børns normale seksuelle adfærd og udvikling.
- Social- og strafferetslig lovgivning.
- Krav til opbygning af erklæringer til brug for tværsektorielle sagsforløb.
- Social-forvaltningers sagsforløb.
- Retslige sagsforløb herunder inddragelse som sagkyndigt vidne.
- Forskellige muligheder for fotografisk og grafisk dokumentation af fysiske fund.
- Epidemiologi, risikofaktorer og prognose for børn og udøvere.
- Internationalt accepteret terminologi.
- Relevante internationale tidsskrifter.
- Internationale lærebøger.

## **Praktiske færdigheder.**

- Korrekt kunne dokumentere fund ved forskellige undersøgelsesstillinger og tekniker i samarbejde med specialuddannet sygeplejerske.
- Kunne forestå anamneseoptagelse og samtaler med børn og unge der kommer til undersøgelse, uden at påvirke eventuel senere efterforskning.
- Rutinemæssig brug af internationalt anerkendt terminologi og klassifikation
- Undersøgelse af børn, der henvises for uspecifikke ano-genitale symptomer.
- Værebekendt med sporsikringsset og dets anvendelse.
- Sikring af materiale til brug ved retsgenetisk undersøgelser i tilfælde af nyligt stedfundne overgreb.
- Fremlægge mindst 5 sags erklæringer.
- Fremlæggelse af mindst 10 cases årligt i forbindelse med afdelingskonferencer og faglige fællesmøder.
- Fremlægge undersøgelser fra internationale tidsskrifter.
- Kunne foretage dataregistrering efter fælles skema

## **CERTIFIKATION TIL VURDERING AF BØRN OG UNGE DER ER UDSAT FOR SEKSUELT MISBRUG (BILAG 3).**

**Certifikation til vurdering af børn og unge udsat for seksuelt misbrug forudsætter:**

### **1. Kendskab til:**

a. *Normal anatomi og udvikling*, herunder:

- udvikling af køns karakterer (Tanner stadier)
- eksterne kvindelige genitale anatomi og med udviklingsstadier ( f.ex. østrogens effekt)
- eksterne mandlige anatomi og udviklingsstadier
- anal anatomi
- normale varianter af kvindelig genital anatomi
- normale varianter af den mandlige genitale anatomi

b. *Akutte og ikke akutte tegn på seksuelle overgreb* og fundenes signifikans for penetration.

c. *Normale ophelingsprocesser.*

d. *Tilstande som kan forveksles med seksuelle traumer.*

e. *Epidemiologi, risikofaktorer, prognose, psykopatologi ( ofre og udøvere)*

f. *Udvikling af børns normale seksualitet.*

g. *Relevant lovgivning.*

h. *Retslige procedurer* ved indkaldelse som sagkyndigt vidne.

i. Muligheder for *grafisk og fotografisk dokumentation* af fysiske fund.

### **2. Klinisk at kunne: (+ praktik)**

a. Anvende *forskellige undersøgelsesstillinger* og teknikker korrekt.

b. Samtale med børn og unge ved *neutral samtale teknik* uden ledende spørgsmål.

c. Forestå undersøgelse af børn for *uspecifikke ano-genitale symptomer* og tegn hvor der ikke er formodning om overgreb.

d. Forestå og dokumentere *undersøgelser, der kan anvendes retsligt*, inklusiv brugen af 'sporsikringsæt'.

e. Være i stand til at diagnosticere og behandle *seksuelt overførte sygdomme, dermatologiske lidelser* i ano-genital regionen, samt andre medicinske sygdomme der påvises i udredningsforløbet.

f. Vurdere og formidle behandling af *emotionelle følger* af overgreb eller krænkelse, herunder hjælp ved suicidal risiko, utilstrækkelig voksenomsorg, eller frygt for fysiske repressalier fra voksne omsorgsgiveres side.

g. Vurdere og dokumentere, og behandle kropslæsioner, der giver mistanke om *ikke-hændelige traumer* som kan, men ikke behøver at være relateret til overgreb.

### **C. Evaluering.**

Ved *check-skema* godtgøre at ovenstående viden og færdighed er opnået på tilfredsstillende vis.

#### **D. Fortsat uddannelse.**

1. Opretholdelse af certification kræver *faglig videreuddannelse* i henhold til Dansk Pædiatrisk Selskabs Retningslinier for ekspertuddannelse. Retningslinierne kan løbende revideres.

2. Mindst halvdelen af de undersøgelser der udføres det første år efter certification, og som karakteriseres som sandsynlige eller sikre for seksuelle overgreb mod et barn der klart har givet udtryk for overgreb skal gennemgå kollegial vurdering af anerkendt ekspert.

## **REGISTRERINGSSKEMA FOR UNDERSØGTE BØRN (BILAG 4).**

### Generelle oplysninger:

Navn og CPR og adresse:  
Indlæggelsestidspunkt:  
Forældres / medfølgende persons navn og adresse og telf.:  
Søskende, alder og køn:

Henvissende instans: Prakt læge, politi, kommune, forældre, anden, ingen  
Informeret om underretningspligten i tilfælde af formodning om overgreb.

### Almene oplysninger

Egen læge:  
Tidligere indl:  
Udviklingsforløb, motorisk / mentalt:  
Kroniske sygdomme:  
Medicin:  
Allergier:

### Anamnestiske oplysninger: (JA, NEJ, Ukendt)

Søvnforstyrrelser  
Spiseproblemer  
Skoleproblemer  
Seksualiseret adfærd  
Angst  
Vrede  
Depressionstegn  
Suicidalforsøg  
Bortløben fra hjem  
Andet

### Fysiske symptomer/anamnese: (JA, NEJ, Ukendt)

Smerter, abdomen/ bækken  
Gener / smerter fra genitalia  
Vaginal smerte/ penil irritation  
Udflåd (penilt/ vaginalt)  
Blødning (vaginal /penil)  
Rectalblødning  
Rectalsmerte  
Dysuri  
Urinvejsinfektion  
Enuresis  
Encoprese  
Obstipation  
Opkastning  
Diarrhoe

Seksuel anamnese: (JA, NEJ, Ved ikke)

Frivilligt indledt seksualliv  
Antikonception  
Tidligere kønssygdomme  
Oplysning om tidligere overgreb

Piger:

Menstruation (JA, NEJ, Alder sidste)  
Sidste M normal  
Tamponbrug  
Tidl. graviditet

Overgrebsanamnese:

Kort om det oplyste samt spontane tilkendegivelser. Anfør oplysningskilde.  
Forekom blødning ?  
Smerte ?  
Antal angivne forøvere:  
Overgriber(e)s relation til barn:  
Varighed siden sidste overgreb  
Sædudtømmelse:  
Kondom:  
Smøremiddel:

Efter overgrebet har barnet:

Tørret eller vasket sig:  
Taget bad eller brus:  
Haft vandladning:  
Afføring?  
Børstet tænder eller skyllet mund:  
Spist drukket:  
Skiftet tøj:

Det seksuelle overgrebs karakter.(kryds af: *barn-udøver*)

<i>genit-oral</i>	<i>genital-genital</i>	<i>digital-genital</i>	<i>hånd-genital</i>
<i>oral-genit</i>	<i>genital-anal</i>	<i>digital-anal</i>	<i>genital-hånd</i>
<i>oral-oral</i>	<i>anal-genital</i>	<i>genital-digital</i>	<i>Brug af fremmedlegeme</i>

## **Fysisk undersøgelse:**

### **Barnets reaktion**

Chokeret non responsiv  
Tilbagetrækning fra voksenkontakt  
Medvirkede ved uden besvær ved den legemlige undersøgelse

Hyperaktiv  
Aggression: beskriv  
Andet:

**Kooperation:** Helt, delvis, ikke.  
Emotionel reaktion

### **Observationer:**

Puls, BT, Temp, RF  
Højde, vægt

### **Alm. objektiv undersøgelse:**

Krydsskema (norm, unorm, kommentar)  
Indtegnning på kropsdiagram

### **Seksuel modning**

Tanner: Bryst 1-5  
Genitalia 1-5

### **Fotokolp:**

Rygleje, K-A leje Lateral, andet  
Speculum. ja / nej  
Andet: anfør

### **Abnormiteter indtegnes på genitogram:**

Vulva, Vestibulum, Vagina, Cervix, Uterus, Adnexa, Hymen, Rectum, Anus

## **Sammenhæng mellem angiven hændelse og aktuelt fund.**

### *Normal undersøgelse:*

- a. I overensstemmelse med den beskrevne hændelse
- b. I overensstemmelse med den tid der er gået siden overgreb fandt sted.
- c. Ses hos ikke misbrugte børn. Udelukker ikke seksuelle eller fysiske overgreb

### *Abnorm undersøgelse*

- a. I overensstemmelse med den beskrevne hændelse
- b. I overensstemmelse med den tid der er gået siden overgreb fandt sted.
- c. Ej i overensstemmelse med angivne overgreb; antyder penetrationstraume
- d. Kan være overensstemmende med overgreb, men kan også ses hos normale børn
- e. Kan henføres til en specifik diagno



## KLASSIFIKATIONSSYSTEM TIL VURDERING AF FYSISKE, LABORATORIEMÆSSIGE OG ANAMNESTISK INFORMATION VED MISTANKE OM SEKSUELLE OVERGREB (BILAG 5).

*Joyce Adams, 4. revision, 1999.*

*Ano-genitale fund konstateret ved undersøgelsen.*

### **KLASSE 1**

1. Periuretrale eller vestibulære bånd.
2. Longitudinelt forløbende intravaginale broer eller søjler
3. Hymenale flige
4. Hymenale frembulinger
5. Linea vestibularis
6. Hymenal kløft eller udrift i den forreste del af den hymenale cirkumferens, når barnet er i rygleje.
7. Ydre hymenal bro

### **KLASSE 2**

8. Hymenalt septum
9. Midtliniefusionsdefekt
10. Midtliniefure i fossa posterior ved pubertet
11. Diastasis ani
12. Perianal hudfold
13. Øget perianal pigmentation
14. Erytem i vestibulum eller perianalt
15. Øget vaskularisering i vestibulum
16. Labial adhæsion
17. Vaginal udflåd
18. Vævsskørhed i commisura posterior
19. Fortykket hymenalvæv
20. Kondylomer hos børn < 2 år
21. Analfissurer
22. Affladede analfolder
23. Analdilatation ved ikke tom tarm
24. Venøs stase i perianal ring
25. Vaginalblødning
26. Umiddelbar dilatation af analringen < 30 sek på tom tarm i knæ-albueleje.

### **KLASSE 3.**

27. Hymenal indkærvning eller kløft svarende til den posteriore (inferiore) del af vævskanten.  
Fundet består ved undersøgelse i knæ-albueleje.
28. Kondylomer hos børn > 2år
29. Akutte afskrabninger, vævsudrifter eller blødning fra labia, peri-hymenale væv eller perineum.
30. Ar eller friske vævslæsioner i fossa posterior uden at disse involverer hymenalvævet.
31. Peri-anal ardannelse

### **KLASSE 4.**

33. Udrift i hymenalvæv, akut.
34. Ekkymoser på hymenalvævet.
35. Perianale udifter, der strækker sig ned til externe analsphincter.
36. Hymenal transsektion (ophelet), 'komplet kløftdannelse'.
37. Manglende hymenalvæv iden bageste halvdel.  
Kræver stadfæstelse i knæ-albueleje

## **Samlet vurdering.**

### **KLASSE 1.**

1. Normal undersøgelse, ingen anamnese, ingen adfærdsændringer, ingen bevidnede overgreb.
2. Uspecifikke fund med anden kendt eller sandsynlig forklaring, ingen anamnese om overgreb eller adfærdsændringer
3. Barnet vurderes i risiko for overgreb, men uden anamnese, og kun uspecifikke adfærdsforandringer.
4. Fysiske skader med anamnese om accidentelt traume, som er klart og troværdigt.

### **KLASSE 2.**

5. Klasse 1 eller 2 fund i kombination med signifikante adfærdsændringer, specielt af seksualiseret karakter, men uden at barnet er i stand til at berette om overgreb.
6. Herpes type 1 anogenitale læsioner hos førpubertetsbørn, uden anamnese med overgreb, og en ellers normal undersøgelse.
7. Kondylomer hos barn < 2 år
8. Barnet er kommet med angivelse, men denne er enten ikke tilstrækkeligt detaljeret i forhold til barnets udviklingsmæssige niveau eller ikke overensstemmende med det angivne traume.
9. Klasse 3 fund uden oplysning om overgreb eller adfærdsændringer.

### **KLASSE 3.**

10. Barnet har givet en klar, fyldestgørende detaljeret beskrivelse af at have været udsat for overgreb. Med eller uden fysiske fund.
11. Positiv dyrkning for klamydia trachomatis fra genitalområdet hos børn > 2år.
12. Positiv vækst af Herpes Simplex, type 2, genitalområdet eller anale læsioner.
13. Trikomonas infektion, diagnosticeret i et vådpræparat eller dyrkning fra vaginal podepind.
14. Diagnosticeret kondylom sygdom hos barnet > 2år, hvor muligheden for perianal eller ikke-seksuel overførsel anses for usandsynlig.

### **KLASSE 4.**

15. Klasse 4 fund uden oplysning om hændeligt uheld.
16. Fund af sperma eller sædvæske i eller på et barns krop
17. Graviditet
18. Positivt fund ved dobbeltkultur for gonorre ved podning fra skede, urinrør, endetarm eller hals.
19. Påvisning af syfilis erhvervet efter fødselen.
20. Situationer hvor fotografier eller videobånd viser, at barnet misbruges.
21. HIV infektion, uden mulighed for perinatal overførsel eller overførsel via blodprodukter eller kontaminerede kanyler.

## **ERFARINGER MED PÆDIATRISK FOTOKOLPOSKOPI (BILAG 6).**

De fleste meddelelser kommer fra USA.

En undersøgelse fra 1987 omfattede 305 piger med gennemsnitsalder 4,8 år. 119 havde været udsat for overgreb, 127 var symptomfrie og udenfor mistanke om overgreb medens 59 havde uspecifikke genitale symptomer. De kendte overgreb havde fundet sted uger til måneder forinden. I hver gruppe undersøgte for 20 forud definerede anatomiske forandringer. Hos misbrugte børn var 8 af disse forandringer hyppigere tilstede end blandt normale børn, men hos børn med forskellige symptomer som f. ex. infektioner, urinvejssymptomer, blødninger eller rifter var forekomsten af samme størrelsesorden. Øget diameter i skedens indgang var ikke entydigt tegn på overgreb (28).

Symptomer og tegn, der ikke er forårsaget af seksuelle overgreb, er udgangspunkt i en undersøgelse fra 1998 (29). 157 børn var henvist til fotokolposkopi udelukkende pga symptomer fra anogenitalregionen. Hos næsten halvdelen konstateredes infektioner, irritation, anatomiske normalvarianter, forklarlige læsioner, misdannelser og andet, men mistanke om overgreb fremkom i 13% af undersøgelserne, og for 3% 's vedkommende kunne forandringerne direkte relateres til seksuelle overgreb.

Betydning af rutine ved tolkning af anatomiske fund blev undersøgt i 1997. En gruppe læger, der karakteriserede sig selv som rutinerede gennemgik 7 simulerede tilfælde, alle ledsaget af et foto. 73% af tolkningerne viste overensstemmelse med vurderingen i et ekspertpanel. I fire af de simulerede kliniske tilfælde angav mellem 5% og 21% af lægerne at se anatomiske forandringer, som ikke var til stede. Lægernes erfaringsgrundlag forelå, og det påvistes, at rutine korrelerede positivt til ekspertpanelets vurdering (30).

Symptomer og fund i hymenalvævet og skedens forgård som følge af seksuelle overgreb er for piger mellem 3 og 8 år vurderet i et case-control studie fra 2000. 192 havde været udsat for gennemtrængning af penis eller finger til skeden. 200 børn havde ikke været udsat for nogen form for overgreb og fungerede som kontrolgruppe. Udflåd fra skeden fandtes hyppigere hos misbrugte børn. En række normale og uspecifikke forhold fandtes med samme hyppighed i de to grupper. Forandringer som følge af gennemtrængning over mødomsvævet fandtes hos 4 børn af de 192 om hvem man viste at indtrængen i skeden havde fundet sted (31).

## Referencer.

1. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemuller W, Silver HK. The battered child syndrome. JAMA 1962;181:17 - 24.
2. Vesterdal J. Handling of child abuse in Denmark. Child Abuse Negl 1977; 1:193-98.
3. Kempe CH. Sexual abuse. Another hidden pediatric problem. Pediatrics 1978;62:382-89.
4. Merrick J, Michelsen N. Børnemishandling og omsorgssvigt. En landsdækkende undersøgelse fra børneafdelingerne i perioden 1970-79. Ugeskr Læger 1985;147:3936-40.
5. Olesen T, Egeblad M, Dige-Petersen H, Ahlgren P, Nielsen A-M, Vesterdal J. Somatic manifestations in children suspected of having been maltreated. Acta Paediatr Scand 1988; 77:154-160.
6. Moesgaard K, Sardemann H. Forekomst af seksuelt misbrug hos børn henvist til en børneafdeling over en femårsperiode. Ugeskr Læger 1996;158:47-51.
7. Olesen T. Overgreb mod børn. Ugeskr Læger 1999;2183-86.
8. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse in Children. Pediatrics 1999; 103:186-91.
9. Helweg-Larsen, K. Seksuelle overgreb mod børn i Danmark. Problemets omfang og karakter vurderet ud fra en række danske datakilder. Statens Institut for Folkesundhed. År 2000.
10. Leth I, Stenvig B, Pedersen A. Seksuelle overgreb mod børn og unge. Omfang og karakter. Nordisk Psykologi 1988;40:383-393.
11. Rasmussen BM, Knudsen M & Nielsen JB. Høringsrapport vedrørende seksuelle overgreb mod børn. Udarbejdet for Regeringen Børneudvalg. Udviklings- og formidlingscentret for Fyn og Sønderjylland. Februar 2000
12. Cirkulæreskrivelse. Justitsministeriet. Civil- og Politiafdelingen. Politikontoret. Oktober 1999
13. Meddelelse vedrørende gynækologisk undersøgelse af børn, mistænkt for udsættelse for seksuelt overgreb. Sundhedsstyrelsen. 12. december 1988.
14. Woodling BA, Heger A. The use of the colposcope in the diagnosis of sexual abuse in the pediatric age group. Child Abuse Negl; 1986;10:111-14.

15. Olesen T. Child abuse and neglect. Massachusetts, California, Wisconsin. -a 94 sourcebook, 1994.
16. Lauritsen KL, Meldgaard K, Charles AV. Medical Examination of Sexually Abused Children: Medico-Legal Value. J Forensic Sci 2000;45:115-117.
17. Summit R. The child sexual abuse accommodation syndrome. Child Abuse Negl; 1983;7:177-93.
18. Strange M. Det seksuelt misbrugte barn i klemme mellem den psykologiske og den juridiske virkelighed. i Red Barnet. Seksuelle overgreb mod børn. En hvidbog, 1999.
19. Garbarino J, Stott FM., Kap. 14; Børn som vidner i Hvad børn kan fortælle os. På dansk ved Hans Reitzels Forlag, 1997.
20. Bays J, Chadwick D. Medical diagnosis of the sexually abused child. Child Abuse and Neglect 1993;17:91-110.
21. Myhre AK, Berntzen K, Selaak E, Normann EK, Ruud B, Borgen G. Klassifikationsliste av anogenitale funn. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118:67-70.
22. Debatoplæg. Seksuelt misbrug af børn. Børnerådets forslag til national strategi. Overvejselser fra Afklaringsgruppen, nedsat af Børnerådet 1999. København 2000.
23. Seksuelt misbrug af børn. Børnerådets forslag til national strategi. April 2000
24. PU-KIT. Beskrivelse og vejledning. Personundersøgelsessæt til anvendelse i kriminalsager.
25. Bays J. Conditions mistaken for child abuse. / Child Abuse. Medical diagnosis and management (Reece RM, ed.) Lea & Fibiger, 1994.
26. Olesen T, Hansen TH, Thomsen K & Krabbe S. Pediatric photocolposcopy in a danish setting, 1996-99. San Diego conference on: Responding to Child Maltreatment. January 24-28, 2000.
27. Kellogg N, Olesen T. Photocolposcopy in pediatrics. Peer-review. Demonstration. DPS møde nr. 680, 29.okt.1999.
28. Emans SJ, Woods ER, Flagg NT, Freeman A. Genital Findings in Sexually Abused Symptomatic and Asymptomatic, Girls. Pediatrics 1987;79:778-785
29. Kellogg ND, Parra JM, Menard S. Children ith anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. Arch Pediatr Adolesc Med 1998;153:634-641.

30. Paradise JE, Finkel MA, Beiser AS, Berenson AB, Greenberg DB, Winter MR. Assessments of girls' Genital Findings and the Likelihood of Sexual Abuse. Agreement Among Physicians Self-rated as Skilled. Arch Pediatr Adolesc Med 1997;151:883-91.
31. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obstet Gynecol 2000;182:820-834