

ETABLERING AF BØRNEHUSE I DANMARK

- styrkede rammer for det
tværfaglige og tværsektorielle
samarbejde i sager om
overgreb mod børn

2012

Etablering af børnehuse i Danmark

- styrkede rammer for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i sager om overgreb mod børn

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

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

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

Emneord: Overgreb, vold, mishandling, misbrug

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 24. september 2012

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-424-9

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2012.

Indhold

1	Baggrund	7
1.1	Baggrund og formål	7
1.2	Kommissorium og arbejdsgruppens sammensætning	7
1.3	Arbejdsgruppens arbejde	9
1.4	Definitioner og afgrænsning	10
2	Lovgivningsmæssigt grundlag	11
2.1	Serviceovens bestemmelser	11
2.1.1	Serviceovens bestemmelser om forebyggelse og tidlig opsporing	11
2.1.2	Serviceovens bestemmelser om udredning af barnet	11
2.1.3	Serviceovens bestemmelser for hjælp til børn, der har været udsat for overgreb	12
2.1.4	Serviceovens bestemmelser for opfølgning	13
2.2	Straffelovens bestemmelser	13
2.3	Sundhedslovens bestemmelser	14
2.3.1	Generelle bestemmelser	14
2.3.2	Regionale og kommunale ansvarsområder	14
2.3.3	Sygehusvæsenet	14
2.3.4	Information og samtykke	15
2.3.5	Sundhedspersoners tavshedspligt	16
3	Gruppens størrelse og karakteristika	18
3.1	Opgørelse af gruppens størrelse	18
3.2	Politianmeldte overgreb	19
3.3	Selvrapporteret forekomst af overgreb mod børn	21
3.4	Aktivitet i sygehusvæsenet	23
3.5	Kommunalmyndighedernes kendskab til overgreb	24
3.5.1	Ankestyrelsens oplysninger	24
3.5.2	Undersøgelse af særligt sårbare børnegrupper	25
3.5.3	Antal børn og familier, der ses i kommunale tilbud	25
3.5.4	Børn, der krænker børn	27
3.5.5	Internationale tal for forekomst og aktivitet	27
4	De nuværende tilbud og indsatser på området	28
4.1	Tilbud og indsatser i kommunerne	28
4.1.1	I tiden før en sag – forebyggelse og tidlig opsporing	28
4.1.2	I tiden under en sag – fra underretning er modtaget, til barnet er afhørt	29
4.1.3	Opfølgende indsats	29
4.1.4	Samarbejde internt i kommunen	30
4.1.5	Kommunale børne- og familiehuse	31
4.1.6	SISO – Videnscenter om Sociale Indsatser ved vold og Seksuelle Overgreb mod børn.	32
4.1.7	Børn, der krænker andre børn – Janus-Centret	33
4.2	Tilbud og indsatser i politi og retsvæsen	34
4.3	Tilbud og indsatser i sundhedsvæsenet	37
4.3.1	Beskrivelse af hovedfunktionsniveauet	37
4.3.2	Beskrivelse af de højt specialiserede centre	37
4.3.3	Indholdet i den sundhedsfaglige indsats	40

4.4	Internationale erfaringer	40
4.4.1	Børnehuse i USA – Child Advocacy Center (CAC)	41
4.4.2	Børnehus på Island – Barnahús	42
4.4.3	Børnehuse i Norge	43
4.4.4	Børnehuse i Sverige	43
4.4.5	Perspektivering af internationale erfaringer i dansk kontekst	44
5	Anbefalinger for fremtidige tilbud og indsatser	45
5.1	Behovet for tilbud og indsatser	45
5.2	Baggrund for modeller for børnehuse	46
5.3	Arbejdsgruppens anbefalinger	48
5.3.1	Børnehusenes målgruppe og opgave	49
5.3.2	Et styrket tværsektorielt og tværfagligt samarbejde	51

Sammenfatning

Med satspuljeaftalen for 2012 blev der aftalt en styrkelse af rammerne for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i sager om overgreb mod børn.

Som et fælles initiativ mellem Social- og Integrationsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Justitsministeriet blev der nedsat en bredt sammensat arbejdsgruppe i regi af Sundhedsstyrelsen med den opgave at bidrage til ministeriernes belysning af området, herunder vedr. modeller, der kan styrke det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde på området.

På baggrund af arbejdsgruppens drøftelser og bidrag udarbejder en tværministeriel gruppe bestående af Social- og Integrationsministeriet, Justitsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Sundhedsstyrelsen et nærmere beslutningsoplæg til regeringen med indstilling vedrørende modeller for etablering af landsdækkende børnehusordning til brug for satspuljeudmøntningen.

I denne rapport fremsætter arbejdsgruppen anbefalinger til etablering af børnehuse i Danmark. Betegnelsen 'børnehus' udtrykker rammerne for en koordineret tværsektoriel og tværfaglig samarbejdsmodel, hvor samarbejdet sker i et børnevenligt miljø og med barnet i centrum. Det overordnede formål med arbejdsgruppens forslag til børnehusmodel er at bidrage til den bedst mulige indsats over for det enkelte barn og dets familie samt sikre ensartet høj kvalitets i indsatsen på tværs af landet.

Arbejdsgruppen har inddraget både internationale og danske erfaringer med børnehuse i arbejdet. Der findes i dag kun enkelte eksempler på børnehuslignende tilbud i Danmark. Det mest udbyggede eksempel ses på Center for Børn udsat for Overgreb (CBO) på Aarhus Universitetshospital i Skejby, hvor der er etableret fast samarbejde mellem kommune, politi og sygehusvæsen.

Arbejdsgruppen har fremsat anbefalinger, der omfatter etablering af nye børnehusorganisationer og samtidig bygger videre på de eksisterende tilbud. Følgende anbefales:

- 1) Kommunerne i hver af landets fem regioner etablerer i fællesskab ét organisatorisk børnehus, som bemandes med relevant personale med de nødvendige og hensigtsmæssige kompetencer, herunder socialfaglige og psykologiske. Herudover vil fagpersoner fra de sociale myndigheder, politiet og sundhedsvæsenet efter behov kunne inddrages. Børnehuse etableres med udgangspunkt i et tværkommunalt samarbejde.
- 2) Afhængig af geografi og eventuelle andre forhold kan det enkelte børnehus eventuelt råde over flere matrikler i regionen, som kan benyttes under hensyn til behov for bl.a. let tilgængelighed for barn og forældre samt samarbejdet med den relevante politikreds.
- 3) Det vil være en forudsætning, at der etableres faste og formaliserede aftaler omkring drift, benyttelse og samarbejde mellem relevante kommuner, politikredse og sygehuse.

- 4) De tre børnehuse i hhv. Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden kan med fordel placeres tæt ved og i samfunktion med de tre højt specialiserede sygehusfunktioner, som af Sundhedsstyrelsen er godkendt til at varetage funktionen seksuelt misbrugte børn i samarbejde med de retsmedicinske institutter, der er beliggende de samme steder. De to øvrige børnehuse i hhv. Region Nordjylland og Region Sjælland kan med fordel placeres tæt ved et større sygehus i regionen med en pædiatrisk afdeling.
- 5) I børnehusene håndteres sager, hvor der er behov for et samarbejde mellem kommune og politi og sundhedsvæsenet. Indsatsen i børnehuset kan fx bestå af børnefaglig, psykosocial og/eller psykologisk undersøgelse, udredning og behandling samt krisestøtte til barnets nære relationer. I den enkelte konkrete sag bør relevante fagpersoner fra de involverede myndigheder deltage, dvs. relevante kommunale sagsbehandlere, polititjenestemænd og sundhedsfagligt personale. Politiet kan foretage videoafhøring af barnet i børnehuset samt vurdere behovet for retsmedicinsk undersøgelse. Sundhedsfagligt personale fra de højt specialiserede sygehusafdelinger kan deltage i samtaler, samråd og netværksmøder i børnehuset samt foretage en vurdering af barnets behov for sundhedsfaglig indsats og evt. viderevisitation.
- 6) Alle fem børnehuse (inkl. Region Nordjylland og Region Sjælland) bør være omfattet af samarbejdsaftaler med de tre højt specialiserede sygehusafdelinger og retsmedicinske institutter om varetagelse af visitation, undersøgelser m.v., herunder indlæggelsesmulighed i de sager, hvor en specialiseret sundhedsfaglig indsats er påkrævet. For børnehusene placeret i Region Nordjylland og Region Sjælland skal der endvidere være en samarbejdsaftale med et af regionens egne sygehuse, jf. ovenfor.
- 7) Det er centralt, at der sikres tæt og forpligtende samarbejde og netværk på tværs af børnehuse og involverede myndigheder om den faglige udvikling på området. Det betyder, at børnehusene skal opfylde fælles minimumskrav til tværsektoriel funktionalitet i børnevenlige rammer. Herudover betyder det, at netværksmøder, årsmøder, kurser, temadage m.m. afholdes for alle involverede i netværket, og at der udarbejdes fælles retningslinjer og kvalitetsstandarder for indsatsen i børnehusene med henblik på at sikre et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet. Der bør endvidere ske fælles registrering og dokumentation med henblik på at kunne opsamle erfaringerne og evaluere indsatsen.

1 Baggrund

1.1 Baggrund og formål

Der findes ikke entydige opgørelser over antallet af børn og unge, som udsættes for overgreb, herunder seksuelt overgreb, i Danmark. Det skyldes bl.a. et mørketal, idet nogle tilfælde af overgreb formentlig aldrig kommer til myndighedernes kendskab.

Mange børn, som udsættes for overgreb, oplever et så stort tillidsbrud, at der er stor risiko for, at hændelsen sætter sig varige spor. Det er derfor afgørende, at barnet og dets familie modtager den bedst mulige indsats og hjælp, og at barnet altid er i centrum.

En sag om overgreb på børn kan involvere flere forskellige sektorer, herunder de sociale myndigheder, politiet og sundhedsvæsenet. At sikre den bedst mulige indsats og hjælp til barnet og dets familie stiller store krav til de involverede fagpersoner og til samarbejdet på tværs af sektorerne. Selvom der allerede ydes en stor indsats på området, skal der fortsat være fokus på forbedringspotentialet, herunder i forhold til rammerne for det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde.

Med satspuljeaftalen for 2012 blev der aftalt en styrkelse af rammerne for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i sager om overgreb mod børn.

1.2 Kommissorium og arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdet med styrkelse af rammerne for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i sager om overgreb på børn, herunder seksuelle overgreb, fik følgende kommissorium:

Arbejdsgruppen har deltagelse af et bredt udsnit af faglige eksperter, der skal bidrage til belysningen af området, herunder vedrørende modeller, der kan styrke det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde på området.

Arbejdsopgaven omfatter bl.a. en beskrivelse af:

- Gruppens størrelse og karakteristika – forekomst
- Det nationale udgangspunkt, herunder de nuværende tilbud i Danmark og indsatser i forskellige sektorer samt opgave- og ansvarsfordeling
- International og national viden og erfaringer på området, herunder konkrete modeller for børnehuse
- Principper, kriterier og forudsætninger for etablering og drift af børnehuse
- Behovet for specialiseret kapacitet i de forskellige sektorer, herunder opgave- og ansvarsfordeling samt samarbejde
- Mulige modeller for børnehuse i Danmark
- Behov for dokumentation, evaluering og forskning

På baggrund af arbejdsgruppens drøftelser og bidrag udarbejder en tværministeriel gruppe bestående af Social- og Integrationsministeriet, Justitsministeriet, Ministe-

riet for Sundhed og Forebyggelse samt Sundhedsstyrelsen et nærmere beslutningsoplæg til regeringen med indstilling vedrørende modeller for etablering af landsdækkende børnehusordning til brug for satspuljeudmøntningen.

På Center for Børn udsat for Overgreb (CBO) på Skejby Sygehus og Center for Seksuelle Overgreb (CSO), børneteamet, på Rigshospitalet er der udviklet modeller, som giver klare rammer for det lokale samarbejde mellem sundhedsvæsen, kommune og politi. Erfaringerne fra disse modeller kan indgå i overvejelserne om hensigtsmæssige modeller for det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, politi og sundhedsvæsen i sager om overgreb mod børn.

Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning:

Repræsentant	Organisation
Enhedschef (formand) Søren Brostrøm	Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Maja Marker	Social- og Integrationsministeriet
Souschef Lise Stidsen Vandahl	Social- og Integrationsministeriet
Fuldmægtig Jesper Jarnit	Justitsministeriet
Fuldmægtig Louise Borgstrøm	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Fuldmægtig Sandra Poulsen	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Faglig leder Anne Melchior Hansen	Videnscentret for sociale indsatser ved vold og seksuelle overgreb mod børn (SISO)
Speciallæge, Seniorforsker Karin Helweg-Larsen	Forskningsnetværket om seksuelle overgreb mod børn
Chefkonsulent Søren Gade Hansen	Børnerådet
Klinikchef, overlæge dr.med. Karen Vitting Andersen	Region Hovedstaden, BørneUngeKlinikken, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet
Socialrådgiver og daglig leder Anette Baadsgaard	Region Hovedstaden, Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet
Overlæge, MPH og daglig leder af CBO Hanne Nødgaard Christensen	Region Midtjylland, Pædiatrisk Afd. A, Aarhus Universitetshospital
Overlæge Karin Lassen	Børneafdelingen, Odense Universitetshospital

Statsobducent, dr. Med. Annie Vesterby	Dansk Selskab for Retsmedicin
Overlæge Bodil Moltesen	Dansk Pædiatrisk Selskab Region Hovedstaden, Børneafdelingen, Herlev Hospital
Reservelæge Bodil Lyng Rasmussen	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
Ledende overlæge Erik Østergaard	Region Nordjylland, Børneafdelingen, Aalborg Sygehus
Centerchef, Ph.d. Kristjar Skajaa	Region Midtjylland, Hjertecentret, Aarhus Universitetshospital
Socialfaglig Konsulent Gitte Jakobsen	Region Syddanmark, Det sociale område, konsulent og rådgivning
Overlæge Tony Olesen	Region Sjælland
Chefkonsulent Hanne Gøttrup	Kommunernes Landsforening
Centerleder Anette Stevn Jensen	Kommunernes Landsforening og Socialchefforeningen
Familiechef Jan Dehn	Børne- og kulturchefforeningen
Politiinspektør Michael Weiss	Rigspolitiet
Psykolog, Formand for Børnesagkyndiges Selskab Michael Kaster	Dansk Psykologforening
Centerchef, psykolog Mimi Strange	Janus-Centret
Overlæge Marianne Jespersen	Sundhedsstyrelsen (sekretariat)
Chefkonsulent Charlotte Hosbond	Sundhedsstyrelsen (sekretariat)
Sekretær Charlotte M. Erdland	Sundhedsstyrelsen (sekretariat)

1.3 Arbejdsgruppens arbejde

I henhold til kommissoriet skulle arbejdet afsluttes medio 2012. Arbejdsgruppen holdt sit første møde primo marts 2012 og sidste møde i slutningen af maj 2012.

Den foreliggende rapport om en styrkelse af rammerne for det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde i sager om overgreb mod, herunder seksuelt overgreb af, børn består af følgende dele:

- En beskrivelse af det lovgivningsmæssige grundlag
- En beskrivelse af gruppens størrelse og karakteristika
- En beskrivelse af de nuværende tilbud og indsatser på området
- Anbefalinger for fremtidige tilbud og indsatser

Der har blandt arbejdsgruppens medlemmer været flere forskellige opfattelser af, hvordan børnehusmodellen bør etableres i Danmark. Anbefalingerne i rapporten er et udtryk for en børnehusmodel, der har kunnet opnå bred opbakning. Det må anbefales, at børnehusmodellen i dansk kontekst evalueres tre år efter implementering med henblik på at opsamle viden om, hvorvidt modellen fungerer hensigtsmæssigt eller bør justeres.

1.4 Definitioner og afgrænsning

Arbejdsgruppens arbejde blev i henhold til kommissoriet afgrænset til modeller, der kan styrke det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde på området. I rapporten anvendes betegnelsen 'børnehus' til at beskrive rammerne for en koordineret tværsektoriel og tværfaglig samarbejdsmodel, hvor samarbejdet sker i et børnevenligt miljø og med barnet i centrum.

Arbejdsgruppen har i den forbindelse ikke beskæftiget sig med opgaveløsningen i den enkelte kommune, bl.a. i lyset af at Socialministeriet har nedsat et ekspertpanel med den opgave at fremsætte anbefalinger til Socialministeren om behovet for eventuelle nye tiltag, der kan styrke indsatsen i kommunerne.

Tilsvarende har arbejdsgruppen ikke beskæftiget sig med de helt enkle, ukomplicerede opgaver på området, som aktuelt løses kvalitetsmæssigt og fagligt tilfredsstillende i den enkelte sektor, og hvor der ikke er behov for tværsektoriel eller specialiseret indsats.

I kommissoriet for arbejdet er der fokus på seksuelle overgreb på børn og unge. Undervejs i arbejdet er det imidlertid blevet fremhævet af arbejdsgruppens medlemmer, at et så snævert fokus ikke er hensigtsmæssigt, bl.a. fordi indsatser og tilbud over for børn og unge udsat for andre typer overgreb end seksuelle overgreb, fx fysisk vold og omsorgssvigt, stiller tilsvarende krav og ofte involverer de samme sektorer og fagpersoner som for børn og unge udsat for seksuelle overgreb. I rapporten anvendes det bredere udtryk 'overgreb' som udtryk for ovenstående typer af overgreb mod børn og unge. Hvor det er relevant for forståelsen af teksten, anvendes et mere præcist udtryk.

2 Lovgivningsmæssigt grundlag

2.1 Servicelovens bestemmelser

2.1.1 Servicelovens bestemmelser om forebyggelse og tidlig opsporing

Kommunen har pligt til at føre et generelt tilsyn med de forhold, hvorunder børn i kommunen lever (Servicelovens § 146). Kommunen skal føre sit tilsyn på en sådan måde, at kommunen så tidligt som muligt kan få kendskab til tilfælde, hvor det må antages, at et barn eller en ung kan have behov for særlig støtte. Forpligtelsen til at føre dette generelle tilsyn gælder på tværs af sektorer, forvaltninger og myndigheder i kommunen. En stor del af kommunens forebyggende arbejde udføres således på grundlag af denne bestemmelse.

Skole, skolefritidsordning, sundhedspleje, dagtilbud, fritidshjem (og fra 1. juni 2012 også skoletandplejen) samt myndigheder, der løser opgaver inden for området for udsatte børn og unge, kan indbyrdes udveksle oplysninger om konkrete børns og unges rent private forhold (Servicelovens § 49a). Betingelsen for, at der kan udveksles oplysninger om rent private forhold, er, at det sker som led i kommunens tidlige eller forebyggende samarbejde på børn og unge-området. Samarbejdet har til formål at styrke sammenhæng og helhed i tilbuddene til de svagest stillede børn og unge og sikre, at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægelig, social, pædagogisk, psykologisk og anden sagkundskab. Udvekslingen af oplysninger kan ske i tilfælde, hvor en fagperson i sit daglige arbejde med et barn eller en ung bliver bekymret for et konkret barns trivsel, udvikling eller sundhed, og som i den sammenhæng har behov for at drøfte bekymringen med en eller flere relevante fagpersoner for nærmere at afklare problemets omfang. Drøftelsen har til formål at afklare, hvorvidt den konkrete bekymring skal give anledning til et særligt tiltag overfor barnet eller den unge.

Personer, der yder offentlig tjeneste eller hverv, har pligt til at underrette den kommunale forvaltning, hvis de bliver bekendt med et barn eller en ung, som kan have behov for særlig støtte. I bestemmelsen herfor er det tydeliggjort, at der skal underrettes ved antagelse om overgreb (Servicelovens § 153).

Derudover gælder det generelt, at alle, der får kendskab til et barn eller en ung, som fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen efter Servicelovens regler (Servicelovens § 154). Kommunen skal kvittere skriftligt, når den modtager en underretning.

2.1.2 Servicelovens bestemmelser om udredning af barnet

Når kommunen bliver bekendt med et barn eller en ung, som kan have behov for særlig støtte, eksempelvis på grund af at barnet har været udsat for overgreb, skal kommunen foretage en børnefaglig undersøgelse (Servicelovens § 50).

Undersøgelsen skal omfatte:

- Barnets udvikling og adfærd
- Familieforhold
- Skoleforhold
- Sundhedsforhold
- Fritidsforhold og venskaber
- Andre relevante forhold

Den børnefaglige undersøgelse kan foretages uden forældrenes samtykke. Som led i undersøgelsen skal kommunen inddrage de fagfolk, som har viden om barnets eller den unges og familiens forhold. Dette kan ske ved at inddrage sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere m.v. Hvis det er nødvendigt, kan kommunen lade barnet undersøge af en læge eller en autoriseret psykolog. Undersøgelsen skal afsluttes senest fire måneder efter, at kommunalbestyrelsen bliver opmærksom på, at et barn eller en ung kan have behov for særlig støtte. Hvis den undtagelsesvist ikke kan afsluttes inden fire måneder, skal kommunalbestyrelsen udarbejde en foreløbig vurdering og snarest herefter afslutte den. Undersøgelsen skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger, og i bekræftende fald af hvilken art disse bør være.

Når det må anses for nødvendigt for at afgøre, om der er åbenbar risiko for alvorlig skade på et barns sundhed eller udvikling, kan børn og unge-udvalget uden samtykke fra forældremyndighedsindehaverne beslutte at gennemføre undersøgelsen under ophold på institution eller indlæggelse på sygehus efter lægelig godkendelse (Servicelovens § 51).

Inden der træffes afgørelse om foranstaltninger, skal kommunen udarbejde en handleplan, der skal angive formålet med indsatsen, og hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet. Handleplanen skal tage udgangspunkt i resultaterne af den børnefaglige undersøgelse og skal i forhold til de problemer, der blev afdækket af undersøgelsen, indeholde konkrete mål i forhold til barnets trivsel og udvikling (Servicelovens § 140).

Inden der træffes afgørelse om foranstaltninger, skal kommunen endvidere gennemføre en samtale med barnet (Servicelovens § 48). Formålet med samtalen er at få kendskab til det barn eller den unge, som sagen drejer sig om, og tage hensyn til barnets eller den unges egen opfattelse af situationen. Samtalen skal derfor klarlægge barnets eller den unges egen holdning til den påtænkte afgørelse. Samtalen skal ske på en kvalificeret og respektfuld måde, og det er centralt, at kommunen gør sig tilstrækkelige anstrengelser for at finde frem til barnets eller den unges egen mening i sagen. Barnet eller den unge har mulighed for at have en bisidder som personlig støtte under samtalen.

Samtalen skal afholdes, selvom der eventuelt er afholdt en samtale med barnet eller den unge i forbindelse med udarbejdelse af en børnefaglig undersøgelse efter § 50.

2.1.3 Servicelovens bestemmelser for hjælp til børn, der har været udsat for overgreb

Kommunen er forpligtet til at iværksætte hjælp og støtte til børn og unge, som har behov herfor, herunder børn og unge, som har været udsat for overgreb. Det gælder grundlæggende, at formålet med at yde støtte til de børn og unge, som har behov herfor, er at skabe de bedst mulige opvækstvilkår, så de på trods af deres individuelle vanskeligheder kan opnå de samme muligheder for personlig udfoldelse som

deres jævnaldrende. Støtten skal være tidlig og helhedsorienteret (Servicelovens § 46).

Hvilken hjælp, kommunen iværksætter, beror på en konkret vurdering af det enkelte barns behov, og kan eksempelvis omhandle:

- Behandling af barnets eller den unges problemer
- Anbringelse af barnet eller den unge uden for hjemmet
- Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte (Servicelovens § 52)

Er der en åbenbar risiko for, at barnets sundhed eller udvikling lider alvorlig skade på grund af eksempelvis alvorlige overgreb, kan børn og unge-udvalget uden samtykke fra forældremyndighedsindehaverne samt den unge, der er fyldt 15 år, træffe afgørelse om, at barnet eller den unge skal anbringes uden for hjemmet (Servicelovens 58).

2.1.4 Servicelovens bestemmelser for opfølgning

Kommunen skal løbende følge op, når der iværksættes foranstaltninger, hjælp og støtte til et barn eller en ung. Opfølgningen skal ske senest tre måneder efter, at hjælpen er iværksat, og det skal her vurderes, om indsatsen er tilstrækkelig eller skal ændres. Herefter skal samme vurdering foretages med højst seks måneders mellemrum (Servicelovens § 70).

2.2 Straffelovens bestemmelser

Straffeloven indeholder en række bestemmelser om beskyttelse af bl.a. børn mod seksuelle krænkelser. Det drejer sig navnlig om bestemmelserne i §§ 222, 210, 216, 219, 223 og 232.

Efter straffelovens § 216, stk. 1, straffes for voldtægt den, der tiltvinger sig samleje ved vold eller trussel om vold. Straffen er fængsel indtil otte år. Har voldtægten haft en særlig farlig karakter, eller foreligger der i øvrigt særligt skærpende omstændigheder, kan straffen stige til fængsel op til indtil 12 år, jf. § 216, stk. 2.

Den, der har samleje med et barn under 15 år, straffes med fængsel indtil otte år efter straffelovens § 222, stk. 1. Har barnet været under 12 år, eller har gerningsmanden skaffet sig samlejet ved tvang eller fremsættelse af trusler, kan straffen stige til fængsel indtil 12 år, jf. § 222, stk. 2. Efter § 222, stk. 3, skal det ved fastsættelse af straffen efter stk. 1 og stk. 2, 1. led, indgå som en skærpende omstændighed, at gerningsmanden har skaffet sig samlejet ved udnyttelse af sin fysiske eller psykiske overlegenhed.

Den, der har samleje med en slægtning i nedstigende linje, straffes med fængsel indtil seks år, jf. straffelovens § 210, stk. 1. Efter § 210, stk. 2, straffes med fængsel indtil to år den, der har samleje med sin broder eller søster. Straffen kan bortfalde for den, der ikke er fyldt 18 år.

Efter straffelovens § 219 straffes med fængsel indtil fire år den, der er ansat eller er tilsynsførende ved bl.a. børne- eller ungdomshjem, hvis den pågældende har samleje med nogen, der er optaget i institutionen.

Efter straffelovens § 223, stk. 1, straffes med fængsel indtil fire år den, som har samleje med en person under 18 år, der er den skyldiges adoptivbarn, stedbarn eller plejebarn eller er betroet den pågældende til undervisning eller opdragelse. Den, som under groft misbrug af en på alder og erfaring beroende overlegenhed forfører en person under 18 år til samleje, straffes efter § 223, stk. 2, ligeledes med fængsel indtil fire år.

Den, som ved uterligt forhold krænker blufærdigheden eller giver offentlig forargelse, straffes med bøde eller fængsel indtil fire år, jf. straffelovens § 232.

De nævnte bestemmelser i straffelovens §§ 210, 216, 219, 222 og 223 finder tilsvarende anvendelse med hensyn til anden kønslig omgængelse end samleje, herunder kønslig omgængelse med en person af samme køn, jf. straffelovens §§ 224, 225 og 210, stk. 3.

2.3 Sundhedslovens bestemmelser

2.3.1 Generelle bestemmelser

Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Sundhedsloven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og opfylde behovet for:

- 1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet,
- 2) behandling af høj kvalitet,
- 3) sammenhæng mellem ydelserne,
- 4) valgfrihed,
- 5) let adgang til information,
- 6) et gennemsigtigt sundhedsvæsen og
- 7) kort ventetid på behandling.

2.3.2 Regionale og kommunale ansvarsområder

Regioner og kommuner er ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient (Sundhedsloven § 3).

Regionerne har ansvaret for tilbud på sygesikringsområdet, herunder fx almen praksis, speciallægepraksis, psykolog, fysioterapi m.m., samt tilbud i sygehusvæsenet (Sundhedsloven §§ 57 og 74). I almen praksis tilbydes bl.a. de generelle børneundersøgelser samt vaccinationsprogrammer. Kommunerne har ansvaret for tilbud i relation til bl.a. forebyggelse og sundhedsfremme m.m., herunder fx sundhedsplejerske, skolesundhedsplejerske, kommunal børnetandpleje m.m. (Sundhedsloven afsnit IX).

2.3.3 Sygehusvæsenet

Sygehusvæsenet tilbyder diagnostik og behandling ambulant eller under indlæggelse enten via henvisning fra almen praksis eller direkte uvisiteret gennem skadestuer og akutte modtagefunktioner. Der er 19 sygehuse med pædiatriske afdelinger (bør-

neafdelinger) i landet. Afdelingerne varetager hovedfunktioner inden for pædiatrien, dvs. almindelig og hyppigt forekommende diagnostik og behandling af børn. Der er på afdelingerne lagt stor vægt på børnevenlig indretning, bl.a. med faciliteter så familien kan være indlagt sammen med barnet.

Sundhedsstyrelsen fastsætter krav til og placering af mere specialiserede sygehus-tilbud (såkaldte specialfunktioner) på landets sygehuse (Sundhedsloven § 208). Specialfunktioner omfatter sjældne, komplekse og/eller særligt ressourcekrævende tilstande, hvor bl.a. hensynet til rutine og erfaring, faglig organisering og rammer samt adgang til understøttende nødvendige funktioner, herunder multidisciplinært samarbejde på tilsvarende specialistaniveau er til rådighed.

Sundhedsstyrelsen har i medfør heraf udarbejdet specialevejledninger for hvert af de lægefaglige specialer bl.a. omfattende fastsættelse af specialfunktioner (regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner) samt placering heraf og krav hertil. I specialevejledningen for pædiatri er 'seksuelt misbrugte børn' fastsat som en højt specialiseret funktion, der varetages på Rigshospitalet, Odense Universitetshospital og Aarhus Universitetshospital Skejby. Der er i specialevejledningen beskrevet krav til varetagelsen, herunder vagtforhold, samarbejde med andre specialer m.m. Formålet med at fastsætte denne behandling som højt specialiseret på de tre sygehuse i landet er at sikre, at patientgruppen får ensartet behandling af høj kvalitet.

2.3.4 Information og samtykke

Patienters medinddragelse i og samtykke til behandlingsbeslutninger er centrale elementer i enhver virksomhed på sundhedsområdet. Denne ret til selvbestemmelse kommer først og fremmest til udtryk i sundhedslovens kapitel 5, hvori reglerne om informeret samtykke er lovfæstet.

Efter den nuværende lovgivning om informeret samtykke til behandling af patienter er det ikke tilladt at indlede eller fortsætte behandling uden patientens informerede samtykke (sundhedsloven § 15, stk. 1), medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af lovens §§ 17-19. Sidstnævnte bestemmelser omhandler mindreårige patienter (§ 17), patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke (§ 18), samt patienter med øjeblikkeligt behandlingsbehov (§ 19).

En patient, som er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling, omend forældremyndighedens indehavere tillige skal have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen (sundhedslovens § 17, stk. 1).

Såfremt patienten ikke er fyldt 15 år, følger det af sundhedslovens § 14, at den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, indtræder i patientens rettigheder efter sundhedslovens §§ 15-51, herunder altså også reglerne om samtykke til behandling.

Forældremyndighedens indehavere skal drage omsorg for barnet og kan træffe afgørelse om dets personlige forhold ud fra barnets interesse og behov. Det er med andre ord forældremyndighedens indehavere, som giver samtykke til behandling af den mindreårige. Af samme årsag har forældremyndighedens indehavere krav på fuld information om barnets helbredstilstand og behandlingsbehov m.v. (forældreansvarsloven § 2).

I det omfang, der er uenighed mellem barnet og forældremyndighedsindehaverne om, hvorvidt behandling skal indledes eller fortsættes, ligger den endelige beslutningskompetence hos sidstnævnte. Barnet skal dog – afhængig af alder og modenhed – så vidt muligt inddrages. Finder sundhedspersonen, at forældremyndighedsindehaverne ikke varetager barnets tarv på tilstrækkelig vis, kan sundhedspersonen uden forældremyndighedsindehavernes samtykke gøre kommunen opmærksom herpå og videregive helbredsoplysninger om barnet.

Det fremgår ikke af lovgivningen generelt, hvordan uenighed mellem to forældremyndighedsindehavere om samtykke til undersøgelse og behandling af barnet skal håndteres.

2.3.5 Sundhedspersoners tavshedspligt

Det er sundhedspersoners pligt at underrette kommunen ved mistanke om fx overgreb. Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen af 18. april 2006 (under revision) understreger sundhedspersonalets pligt hertil. Der findes samtidig en række bestemmelser om sundhedspersoners tavshedspligt over for patienten.

En patient – dvs. også en patient, der ikke er fyldt 15 år – har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold eller andre fortrolige oplysninger (sundhedsloven § 40, stk. 1).

Forældremyndighedens indehavere skal drage omsorg for barnet og kan træffe afgørelse om dets personlige forhold ud fra barnets interesse og behov (forældreansvarsloven § 2), og det er derfor forældremyndighedsindehaverne, som giver samtykke til behandling af den mindreårige (sundhedslovens § 14). Uanset barnets krav på tavshed er der således tale om en berettiget videregivelse af barnets helbredsoplysninger m.v., hvorfor forældremyndighedsindehaverne har krav på fuld information om barnets helbredstilstand og behandlingsbehov m.v.

Forældremyndighedsindehaverne kan ligeledes blive bekendt med barnets/den mindreåriges helbredsoplysninger m.v. ved at anmode om aktindsigt. Den, om hvis helbredsforhold, der er udarbejdet patientjournaler m.v., på anmodning har ret til aktindsigt heri (sundhedsloven § 37, stk. 1). Af sundhedslovens § 14 følger, at såfremt en patient ikke i stand til selv at varetage sine interesser, indtræder den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil, i patientens rettigheder efter sundhedslovens §§ 15-51, i det omfang det er nødvendigt for at varetage patientens interesser i den pågældende situation.

Ugifte børn og unge under 18 år er under forældremyndighed (forældreansvarsloven § 1). Forældremyndighedsindehaverne har således som udgangspunkt adgang til aktindsigt i den mindreåriges patientjournal i henhold til sundhedslovens § 37, stk. 1, jf. § 14. Forældremyndighedsindehaveres adgang til aktindsigt i en mindreårigs patientjournal kan begrænses, i det omfang forældremyndighedsindehavernes interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige (sundhedsloven § 37, stk. 2). Der skal foretages en konkret afvejning af på den ene side forældremyndighedsindehavernes ønske om og behov for at blive gjort bekendt med journaloplysningerne og på den anden side hensynet til den mindreårige patient og dennes krav på tavshed og fortrolighed.

Der er i forarbejderne til patientretsstillingslovens § 20, stk. 2, (nu sundhedslovens § 37, stk. 2), jf. lovforslag nr. L 15, FT 1997-1998, 2. samling, nævnt følgende eksempler på oplysninger, hvor forældremyndighedsindehavernes interesse kan tænkes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige: Prævention, abortindgreb, behandling for kønssygdomme og journaloplysninger fremkommet i forbindelse med psykolog- og psykiaterundersøgelser. Aktindsigt vil således kunne nægtes forældremyndighedens indehavere, hvis den mindreåriges patientjournal m.v. indeholder sådanne oplysninger. Der er dog ikke tale om en udtømmende opregning af typer af oplysninger, hvor det vil kunne overvejes at begrænse forældremyndighedsindehavernes adgang til aktindsigt.

For optegnelser, der er journalført før den 1. januar 2010, kan retten til aktindsigt efter lovens § 37, stk. 1, begrænses, i det omfang patientens – og dermed også forældremyndighedsindehavernes – interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser (sundhedsloven § 37, stk. 3). De nævnte andre private interesser vil kunne være oplysninger som tredjemand, fx pårørende, før lovens ikrafttræden måtte have givet til journalen i tillid til, at oplysningerne ville kunne undtages fra aktindsigt, og hvor en oplysning herom til patienten – og altså for mindreårige også forældremyndighedsindehavere – vil kunne være til alvorlig skade for patient- eller familieforholdet.

Regeringen har netop sendt et udkast til lovforslag i høring, hvor der blandt andet foreslås en udvidelse af sundhedslovens § 37, stk. 2, om begrænsning af forældres adgang til aktindsigt. Det foreslås nærmere bestemt, at forældremyndighedsindehaveres adgang til aktindsigt i en mindreårigs patientjournal efter sundhedslovens § 37, stk. 1, jf. samme lovs § 14, også skal kunne begrænses i det omfang, forældremyndighedsindehavernes interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige i det omfang, det er nødvendigt til beskyttelse af væsentlige hensyn til forebyggelse, efterforskning og forfølgning af lovovertrædelser samt beskyttelse af vidner eller andre i sager om strafferetlig forfølgning.

3 Gruppens størrelse og karakteristika

3.1 Opgørelse af gruppens størrelse

Forekomsten af overgreb på børn i en given befolkning angives oftest som prævalensen af overgreb i barnealderen, dvs. hvor mange børn ud af den samlede mængde børn i befolkningen, der har oplevet ét eller flere af de overgreb, der er indeholdt i den anvendte definition af overgreb. Hyppigheden af overgreb angives enten som antal kendte tilfælde af overgreb på børn i løbet af et enkelt år eller som antal børn, der er ofre for overgreb i en given tidsperiode inden det fyldte 15. eller 18. år og opgjort i forhold til den samlede børnebefolkning. Forekomsten angives enten som procentandel eller som antal pr. 10.000 børn i aldersgruppen.

Verdens Sundhedsorganisationen, WHO, definerer misbrug og overgreb mod børn som alle former for fysiske og/eller psykiske overgreb, seksuelle overgreb, misrøgt, omsorgssvigt, nedværdigende behandling eller kommerciel eller anden form for udnyttelse, der resulterer i faktisk eller potentiel skade for barnets helbred, overlevelse, udvikling eller værdighed.

I Danmark er der adgang til en række forskellige datakilder, der samlet kan belyse omfanget af overgreb mod børn. Dels er der registerdata om politianmeldte sager og kontakter til sygehuse vedr. mistanke om overgreb, dels er der resultater fra spørgeskemaundersøgelser blandt børn og unge. De forskellige kilder kan belyse omfanget af de sager om omsorgssvigt og overgreb på børn i Danmark, der kommer til offentlighedens kendskab, men ingen af kilderne giver et fuldstændigt overblik over problemets omfang. Der er således et mørketal, fordi overgreb mod børn og unge i nogle tilfælde foregår i det skjulte og ikke kommer til myndighedernes kendskab. Der forefindes i øvrigt ikke en systematisk registrering af underretninger til de sociale myndigheder om overgreb og omsorgssvigt vedrørende børn.

De foreliggende registerdata kan i relation til den brede definition af overgreb mod børn belyse elementer af fysisk vold og seksuelle overgreb mod børn, men kan kun i meget begrænset omfang belyse andre typer af overgreb, som fx misrøgt/vanrøgt, anden form for omsorgssvigt og psykiske overgreb.

Fremgangsmåden i afsnittet er derfor at sammenholde det aktuelle omfang og karakteren af seksuelle overgreb mod børn i Danmark ud fra politianmeldelser i 2010, kontakter til skadestuer og hospitalsindlæggelser i 2010 og en række kommuners tilbagemelding om antal underretninger i 2009 med unges egen rapportering af overgreb i en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse i 2008. Det vil sige, at der anvendes en række forskellige datakilder til at kortlægge omfanget og karakteren af overgreb mod børn.

Opgørelserne af de forskellige data understreger, at der ikke foreligger entydige nationale opgørelse over antallet af børn og unge, som udsættes for overgreb, ligesom opfattelsen af udtrykket 'overgreb' hos den enkelte adspurgte i spørgeskemaundersøgelser ikke nødvendigvis svarer til det, der defineres som overgreb i undersøgelsen. Eksempelvis beretter 22 % af unge piger i Danmark, at de hyppigt har været udsat for uønsket sex fra en jævnaldrende eller haft seksuelle erfaringer med en voksen inden 15-års alderen mod 5 % af unge drenge. Men det er kun 9 % af pigerne og 1 % af drengene, der selv vurderer, at de har været udsat for et seksuelt

overgreb. Knap to ud af tre piger og knap hver tredje dreng har fortalt andre om overgrebene.

Det er kun et mindretal af de forhold, der i spørgeskemaundersøgelser defineres som overgreb, som kommer til myndighedernes kendskab. Forekomsten af politianmeldte seksuelle overgreb mod piger under 15 år var i 2010 på ca. 21 pr. 10.000 piger og på ca. 3 pr. 10.000 drenge. I alt drejer det sig om 554 politianmeldte ofre for seksuelle overgreb. Rigspolitiet har for perioden 2007-2011 opgjort antallet af anmeldelser, sigtelser og fældende domme vedr. seksuelle overgreb, og opgørelsen viser, at der er ca. 490 anmeldelser og samme antal sigtelser årligt samt knap 306 fældende domme.

I sygehusvæsenet er der i 2010 registreret ca. 1.200 kontakter til landets hospitaler, inklusive skadestuer, pga. mistanke om eller verificerede seksuelle og/eller fysiske overgreb på børn under 15 år. Der er i alt knap 350 kontakter til landets tre højt specialiserede sygehusafdelinger årligt.

Janus-Centeret modtager knap 30 børn årligt, som har krænket andre børn, men det faktiske antal børn, som krænker andre børn, er formentlig højere.

Ankestyrelsen vurderede i 2008 antallet af underretninger til kommunerne til at udgøre ca. 30.000 af alle forskellige årsager. Der er ikke præcise tal for omfanget af årlige underretninger til kommunerne vedr. mistanke om overgreb på børn, men i 2009 skønnede kun få kommuner, at de modtager mere end ti underretninger pr. år. Konkrete tal fra rådgivningscentre i København og Århus viser et væsentligt højere tal hhv. 42 og 124 sager vedr. seksuelle overgreb. Aalborg Kommune har registreret, at 47 ud af 1700 underretninger har drejet sig om seksuelle overgreb og vedrørt i alt 23 børn., svarende til 1,3 % af de modtagne underretninger.

Der er årligt ca. 40 børn, der anbringes uden for hjemmet pga. seksuelle overgreb. Anbragte børn samt handicappede børn har i øvrigt en særlig risiko for at blive udsat for seksuelle overgreb. Det årlige antal skønnes at udgøre ca. 700.

Alt i alt er det vanskeligt på baggrund af disse varierende oplysninger at vurdere det reelle omfang af overgreb, herunder seksuelle overgreb, blandt børn og unge, herunder også omfanget af mistanker, der bør føre til nærmere undersøgelser bl.a. med henblik på afkræftelser. Seksuelle overgreb er væsentligt sjældnere end fysisk vold, men der er generelt ofte en sammenhæng med vold, omsorgssvigt m.v.

I det følgende gennemgås ovenstående opgørelser mere detaljeret.

3.2 Politianmeldte overgreb

Rigspolitiet har tilvejebragt følgende data om antallet af anmeldelser, sigtelser og fældende domme vedrørende seksuelle overgreb mod børn under 15 år i årene 2007-2011:

Tabel 1: Anmeldelser, sigtelser og fældende domme 2007-2011

	Total	2007	2008	2009	2010	2011
Antal anmeldelser	2.437	497	513	485	501	441
Antal sigtelser	2.448	488	520	447	544	449
Antal fældende afgørelser	1.533	346	266	286	353	282

Note: Tallene i tabel 1 og tabel 2 er ikke ens. Tabel 1 omhandler antal sager mod krænkere. Den enkelte sag kan have flere ofre.

Kilde: Rigspolitiet, Kriminalstatistik, Anmeldelsesregister

De tre retsmedicinske institutter i Aarhus, Odense og København har i 2010 foretaget i alt 185 undersøgelser på baggrund af politiets rekvisitioner.

Offerregisteret er etableret i 2001 og rummer data om politirapporteret, personfarlig kriminalitet, dvs. alle anmeldte sager om seksuelle overgreb og voldsudøvelse samt trusler om vold registeret på offerets CPR-nummer.

I henhold til Offerregisteret blev der i 2010, jf. tabel 2, i alt anmeldt 112 tilfælde af blodskam, voldtægt, forsøg på voldtægt eller samleje ved tvang eller list, anden kønslig omgang med mindreårig og homoseksuelle forhold med mindreårige, hvor ofret var en dreng under 15 år, og i alt 442 tilfælde mod piger under 15 år. Der var således ca. fire gange så mange politianmeldelser om seksuelle overgreb mod piger som mod drenge.

Hertil kommer anmeldelser om blufærdighedskrænkelser. Der blev i 2010 ca. otte gange oftere anmeldt en blufærdighedskrænkelser mod 0-14-årige piger end mod drenge, henholdsvis 550 og 69 sager. Blandt piger omhandlede krænkelserne oftest beføling og dernæst blotteri, og blandt drenge omhandlede det andre former for blufærdighedskrænkelser.

Anmeldeshyppigheden af blufærdighedskrænkelser, angivet som den årlige anmeldelsesrate, var i 2010 på 11,3 pr. 10.000 piger i alderen 0-14 år mod under 4 pr. 10.000 for de andre former for seksuelle overgreb. Blandt drenge var anmeldelsesraten ens for blufærdighedskrænkelser og for homoseksuelle forhold med mindreårige, 1,3 pr. 10.000 drenge i alderen 0-14 år.

Tabel 2: Politianmeldte seksuelle overgreb på 0-14-årige i 2010

Type af overgreb	Antal drenge	Antal drenge pr. 10.000	Antal piger	Antal piger pr. 10.000	I alt
Blodskam	7	0,1	50	1,0	57
Voldtægt	3	0,1	45	0,9	48
Samleje	24	0,5	165	3,4	189
Anden kønslig omgang	68	1,3	182	3,7	250
Homoseksuelt forhold	10	0,2	0	0	10
I alt	112		442		554
Blufærdighedskrænkelser	69	1,3	550	11,3	619

Kilde: Offerregisteret

Note: Tallene i tabel 1 og 2 er ikke ens. Tabel 2 omhandler antal ofre.

Der er langt flere anmeldelser af fysisk vold, oftest såkaldt simpel vold, end af seksuelle overgreb mod 0-14-årige. Der blev i 2010 anmeldt tre tilfælde af voldtægt/forsøg på voldtægt eller samleje ved tvang mod drenge og 45 tilfælde mod piger mod henholdsvis 558 og 310 tilfælde af fysisk vold mod drenge og piger. Blandt unge i alderen 15-19 år var der i 2010 i alt 121 anmeldelser om voldtægt mod piger, men ingen mod drenge. Der blev anmeldt 1.716 tilfælde af fysisk vold mod drenge og 741 tilfælde mod piger.

Anmeldelsesraterne for voldtægt, fysisk vold og drab/drabsforsøg for henholdsvis 0-14-årige og 15-19-årige viser, at der er ca. syv gange højere rate for voldtægtsanmeldelser blandt 15-19-årige piger end blandt piger under 15 år, henholdsvis 6,7 og 0,9 pr. 10.000. Raten for voldtægtsanmeldelser for drenge ligger på 0,1 for 0-14-årige og 0,2 for 15-19-årige. Anmeldelse af vold er for begge køn langt højere og væsentligt stigende med alderen.

3.3 Selvrapporteret forekomst af overgreb mod børn

Det er muligt gennem spørgeskemaundersøgelser at få en indsigt i børns oplevelser og egen vurdering af seksuelle erfaringer og psykiske og fysiske overgreb og derved estimere omfanget og beskrive karakteren af de seksuelle overgreb og voldstilfælde, der ikke politianmeldes, eller som ikke fører til kontakt med sygehus eller kommunale myndigheder.

I 2002 gennemførtes den første landsdækkende undersøgelse af omfanget og karakteren af seksuelle og fysiske overgreb mod børn omfattende besvarelser fra 10 % af alle 15-16-årige, i alt 6.200 9. klasseelever af et computerbaseret spørgeskema. Skemaet omfattede detaljerede spørgsmål om deres seksuelle erfaringer og seksuelle kontakter, herunder seksuelle erfaringer med ældre personer og udsættelse for psykisk og fysisk vold i og uden for hjemmet.

I 2008 blev denne undersøgelse gentaget blandt lidt over 4.000 elever i 9. klasse i folkeskoler og efterskoler. Undersøgelsen rummer spørgsmål om forskellige former for seksuelle erfaringer mod egen vilje med jævnaldrende, dvs. personer der højst var 4 år ældre, og om seksuelle kontakter eller forhold til voksne defineret som personer, der var mindst fem år ældre end den unge. Derudover indeholder undersøgelsen detaljerede oplysninger om familie, sociale kontakter, fritid, fysisk og psykisk helbred og kan yderligere belyse forekomst og karakter af psykiske og fysiske overgreb i relation til konflikter i familien. De unge besvarede tre forskellige spørgebatterier, der var egnede til at belyse deres psykiske modstandskraft og sårbarhed samt eventuelle psykiske problemer.

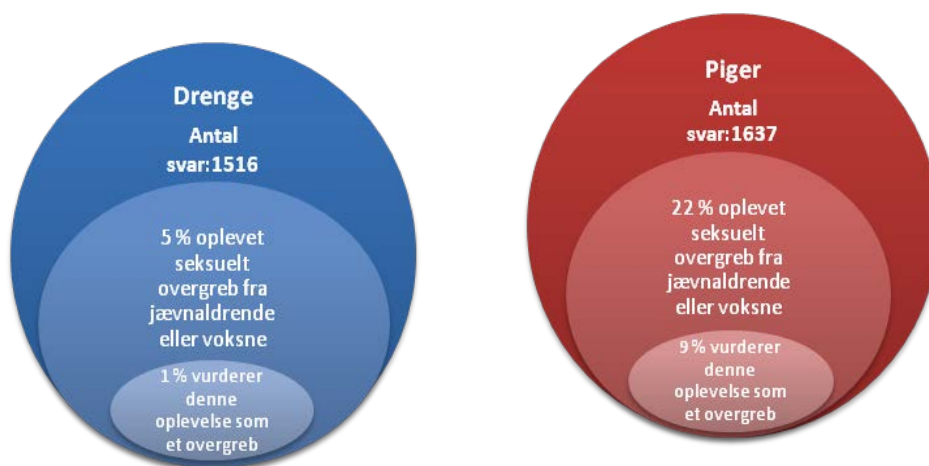
Undersøgelsen i 2008 viste, at 18 % af pigerne og 5 % af drengene havde haft en eller flere uønskede seksuelle oplevelser med en jævnaldrende. Det omhandlede oftest at være blevet berørt seksuelt, men uden forsøg på samleje, for 8,7 % af pigerne og 2,1 % af drengene. I alt 0,6 % af drengene og 2,0 % af pigerne havde, inden de fyldte 15 år, oplevet uønsket samleje med en jævnaldrende, dvs. med en person der højst var fire år ældre end dem selv (Figur 1).

To ud af tre af de unge, der havde oplevet uønsket sex med en jævnaldrende, havde kun været udsat herfor en enkelt gang, og det var få, i alt 5 ud af 1.590 drenge og 13 ud af 1.696 piger, der havde været udsat tre gange eller mere.

2,0 % af drengene og 7,8 % af pigerne havde inden 15-års alderen haft seksuel kontakt med voksne, defineret som personer der var mindst fem år ældre end dem selv. Blandt dem angav hver ottende dreng og knap hver tredje pige, at de var blevet tvunget eller presset dertil. Over halvdelen rapporterede udelukkende mindre vidtgående seksuel kontakt med voksne, dvs. ikke-fysisk kontakt og/eller berøringer uden på tøjet.

Der blev også spurgt om, hvorvidt den seksuelle kontakt havde haft karakter af et seksuelt overgreb, og/eller om den unge selv havde oplevet det som et overgreb. Det er kun en mindre del af de unge, der selv vurderer, at de seksuelle erfaringer med ældre og de uønskede seksuelle kontakter med jævnaldrende var seksuelle overgreb. I forhold til de i alt 22 % af piger, der havde oplevet enten uønsket sex med en jævnaldrende eller havde haft en seksuel erfaring med en voksen (mindst fem ældre person), var det kun 9 %, der selv vurderede, at det havde været et seksuelt overgreb. For drenge var de tilsvarende andele 5 % og 1 %. Dette skitseres i nedenstående figur 1.

Figur 1: Andele af drenge og piger, der i 2008 selv rapporterede om uønsket sex med jævnaldrende og/eller seksuelle erfaringer med voksne



Kilde: Helweg-Larsen K., Schütt NM, Larsen HB. Unges trivsel år 2008. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlige ungdom. København: Statens Institut for Folkesundhed; SDU; 2009

Blandt drengene var de vidtgående seksuelle erfaringer med jævnaldrende hyppigst med en person under 15 år godt og vel i halvdelen af tilfældene. Blandt pigerne var dette kun i ca. hver tiende tilfælde. Blandt pigerne var krænkeren næsten altid en dreng/mand, og blandt drengene i ca. hvert tredje tilfælde. Den voksne var kun i få tilfælde en omsorgsperson, dvs. en træner, pædagog m.m. Det gjaldt for 9 % af de 34 drenge, der rapporterede seksuelle erfaringer med voksne, og for 5 % af de i alt 137 piger, der havde seksuelle erfaringer med voksne.

9. klasses-undersøgelsen påviste i øvrigt en markant sammenhæng mellem udsættelse for seksuelle overgreb og udsættelse for fysisk vold i familien, andre belastende oplevelser inden for det seneste år og en række adfærds- og psykiske problemer. Den viser desuden, at ADHD-symptomer (uroelig, impulsiv, planløs) kan være en særlig risikofaktor for seksuelle overgreb og for fysisk vold både i og uden for hjemmet, idet impulsivitet og planløshed kan betyde, at den unge udsætter sig selv for risikable situationer.

3.4 Aktivitet i sygehusvæsenet

Aktiviteten i sygehusvæsenet kan opgøres dels for de tre højt specialiserede sygehusafdelinger i landet, dels for landets pædiatriske afdelinger mere bredt.

I 2010 modtog Center for Børn udsat for Overgreb (CBO) på Aarhus Universitetshospital i Skejby 164 nyhenviste børn (0-15) med mistanke om fysisk og/eller seksuelt overgreb. Herudover blev der modtaget 30-40 børn på den pædiatriske afdeling med genitale symptomer. Center for Seksuelle Overgreb på Rigshospitalet modtager i alt ca. 100 nyhenviste børn (0-14 år) årligt, hvor der udelukkende er

mistanke om seksuelt overgreb. Odense Universitetshospital modtager årligt 30 børn udsat for seksuelt overgreb, 30 for fysisk overgreb, samt 40 pga. symptomer fra genitalier, hvor differentialdiagnosen er seksuelt overgreb.

Det skønnes, at en gennemsnitlig pædiatrisk afdeling modtager ca. 10 børn udsat for seksuelle overgreb eller mistanke herom årligt og herudover ca. 30 børn udsat for fysiske overgreb eller mistanke herom.

Nogle pædiatriske afdelinger i landet modtager lidt flere. Socialpædiatrisk afdeling på Herlev Hospital ser årligt ca. 20 børn, hvor der er mistanke om seksuelt overgreb. Desuden ses ca. 30 udsat for fysisk overgreb eller mistanke herom. Socialpædiatrisk afsnit på Næstved Sygehus ser årligt ca. 15 børn, hvor der er mistanke om seksuelt overgreb.

I Landspatientregisteret er der i 2010 registreret ca. 1.200 kontakter til landets hospitaler, inklusive skadestuekontakter, pga. mistanke om eller verificerede seksuelle og/eller fysiske overgreb på børn under 15 år.

3.5 Kommunalmyndighedernes kendskab til overgreb

I Danmark er der ingen centrale statistikker, der kan belyse det samlede antal af sager om seksuelle overgreb, som kommer til kommunale myndigheders kendskab. Det forholder sig imidlertid således, at alle børn og unge, der ses i sundhedssektoren og hos politiet, og hvor der er en mistanke om, at barnet eller den unge er eller har været udsat for vold eller seksuelle overgreb, også er en sag i kommunalt regi. Hertil kommer de kommunale sager, hvor børnene/de unge ikke har været omkring sundhedsvæsenet og heller ikke anmeldes til politiet.

I henhold til Serviceloven skal kommunerne underrettes i sager, der vedrører overgreb mod børn, men der findes ingen tilgængelige nationale opgørelser om det samlede antal underretninger til kommunerne, der omhandler mistanke eller viden om overgreb, herunder seksuelle overgreb, mod børn under 18 år. I I SISO's seneste undersøgelse fra 2010 meldte 10 kommuner tilbage, at de registrerer sager, der omhandler seksuelle overgreb.

3.5.1 Ankestyrelsens oplysninger

Ankestyrelsen har tilbage i april 2008 estimeret det samlede antal underretninger på landsplan til ca. 30.000. Tallene er behæftet med usikkerhed og dækker over samtlige underretninger og altså ikke specifikt underretninger, der omhandler mistanke eller viden om overgreb.

Tal fra Ankestyrelsen vedr. antal børn, hvor anbringelsesårsagen er registreret som seksuelle overgreb/incest og/eller vold viser, at der i 2010 var 41 børn, der blev anbragt, hvor anbringelsesårsagen var seksuelle overgreb/incest, mens der var 240 børn med vold som anbringelsesårsag. I alt var der 273 børn i 2010, der blev anbragt med seksuelle overgreb/incest og/eller vold som anbringelsesårsag. Antallet af børn i 2010 er generelt lidt lavere end i de foregående år.

Tabel 3: Antal børn, hvor seksuelle overgreb/incest og/eller vold er anbringelsesårsag, 2007-2011

År	Antal børn anbragt med seksuelle overgreb/ incest som anbringelsesårsag	Antal børn anbragt med vold som anbringelsesårsag	Antal børn anbragt med seksuelle overgreb/ incest og/eller vold som anbringelsesårsag
2007	64	253	307
2008	58	280	327
2009	46	245	276
2010	41	240	273
2011 (foreløbige tal)	12	89	72
I alt (2007-2011)	221	1107	1255

Kilde: Ankestyrelsen

3.5.2 Undersøgelse af særligt sårbare børnegrupper

Videnscentret for sociale indsatser ved vold og seksuelle overgreb mod børn (SISO) konkluderede i en rapport fra 2007, at der er særligt sårbare grupper af børn og unge, når det gælder seksuelle overgreb. Der peges bl.a. på, at børn og unge med handicap er i særlig risiko for seksuelle overgreb bl.a. på grund af funktionsnedsættelser, der kan gøre dem til lette ofre for krænkerer. Det samme gør sig gældende ved børn og unge anbragt udenfor hjemmet, der ofte har haft en opvækst præget af omsorgssvigt, hvilket kan øge deres sårbarhed i forhold seksuelle overgreb.

I rapporten indgår en undersøgelse fra 2006 blandt alle landets kommuner vedr. kommunernes kendskab til sager om overgreb mod disse to sårbare børnegrupper. Undersøgelserne estimerede, at kommunerne målt over en to-årig periode havde kendskab til (mistanke om) overgreb mod børn med handicap svarende til 281 sager om året og 420 sager om (mistanke) overgreb mod børn og unge, der var anbragt uden for hjemmet eller i aflastning om året.

3.5.3 Antal børn og familier, der ses i kommunale tilbud

I 2009 oplyste i alt 43 af landets 98 kommuner antallet af underretninger om mulige seksuelle overgreb i og uden for familien inden for det seneste år. Oplysningerne bygger hovedsageligt på skøn, idet der generelt ikke foretages systematisk registrering vedr. underretninger. Nogle kommuner skelner ikke mellem seksuelle overgreb og andre typer overgreb eller omsorgssvigt.

Blandt de 43 kommuner oplyste to kommuner, at de ikke havde modtaget sager om overgreb i familien, og otte kommuner havde ikke modtaget sager om overgreb uden for familien. Flertallet af kommuner, 66 %, havde modtaget mellem en og fem underretninger om overgreb i og uden for familien. Ti kommuner havde modtaget mellem seks og ti underretninger og det var kun fire kommuner, der mente, at de årligt modtog mere end ti underretninger om overgreb i familien, og kun et par kommuner angav at have modtaget mere end ti underretninger om overgreb uden for familien.

I det følgende skitseres omfanget af sager i udvalgte større kommuner.

Aarhus Kommune – Rådgivningscenter Langenæs

Rådgivningscentret i Aarhus kommune fik henvist 188 nye sager i 2011. Ca. 81 er henvist fra Aarhus Kommune, mens 47 er henvist fra omkringliggende kommuner.

Ca. 73 % af sagerne, der henvises via kommunerne, svarende til 124 sager, er sager, der omhandler seksuelle overgreb. Resten af sagerne omhandler andre former for omsorgsvigt og traumer, herunder oplevelser med vold i hjemmet.

Københavns kommune – Rådgivningscenteret Sct. Stefan

Rådgivningscentret i Københavns Kommune oplyser, at de har haft 55 nye sager/familier i 2011. 76 % af de nye sager, svarende til 42 sager, drejer sig om seksuelle overgreb.

Sagerne fordeler sig sådan, at der er 32 piger (58 %) og 23 drenge (42 %). Aldersmæssigt ses der børn i alderen 2–13 år, flest i alderen 5-7 år samt 11-12 år.

For så vidt angår seksuelle overgreb har 18 børn (33 %) været udsat for seksuelle overgreb inden for familien, 10 børn (18 %) har været udsat af en krænker uden for familien, for 10 børn (18 %) er der tale om seksuelle krænkelser fra/lege med andre børn, fire børn (7 %) har været udsat for overgreb fra en person uden tilknytning og endelig har i alt 15 børn (27 %) været henvist af andre årsager.

Aalborg Kommune

I løbet af 2011 modtog Aalborg Kommune 47 underretninger, der omfattede mistanke om seksuel krænkelse af et barn vedrørende i alt 23 børn. Kommunen modtog i alt godt 1.700 underretninger i 2011.

Aalborg Kommune anmeldte ca. 10 sager til politiet i 2011.

Tablet 4: Aalborg Kommune: Børn henvist med følgende problematik 2011

Problematik	Antal	Piger	Drenge
Blevet seksuelt krænket af andre	16	15	1
Har seksuelt krænket andre	4	1	3
Mistanke om seksuelle krænkelser	3	2	1
I alt	23	18	5

Kilde: Aalborg Kommune

3.5.4 Børn, der krænker børn

Janus-Centeret, som har specialistfunktion på området, modtager knap 30 børn årligt, som har krænket andre børn. Det faktiske antal er imidlertid formentlig noget højere. Janus-Centret modtager over 1.400 henvendelser årligt, og udenlandske undersøgelser peger på, at omkring en tredjedel af alle kendte overgreb begås af børn og unge under 18 år.

Janus-Centret har i perioden 2003-2012 foretaget psykologiske udredninger og behandlinger af godt 220 børn og unge med seksuel overgrebsadfærd i alderen 4-18 år. Lidt over halvdelen er mellem 13 og 15 år, og en femtedel er mellem 10 og 12 år, og en femtedel er mellem 16 og 18 år. Disse godt 220 børn og unge har tilsammen begået overgreb mod i alt 350 ofre i alderen 3-18 år, heraf 56 % mellem 7-12 år.

Af de godt 220 henviste børn har 68 % selv været udsat for omsorgssvigt. 33 % har været udsat for vold i hjemmet, og yderligere 33 % har været vidne til vold i hjemmet. Herudover har 18 % været udsat for seksuelle overgreb i familien, mens 14 % har været vidne til seksuelle overgreb i familien. Yderligere 22 % har været udsat for seksuelle overgreb uden for familien, og 38 % har været udsat for psykisk vold i hjemmet samt 23 % uden for hjemmet. Politiet har været involveret i 31 % af de henviste sager.

Børnene henvises til Janus-Centret fra hele landet og fra en lang række kommuner med hovedvægt på Sjælland og øerne.

3.5.5 Internationale tal for forekomst og aktivitet

En opgørelse viser, at der samlet set var 4.240 formodede sager i Norge, heraf blev ca. 1.200 sager behandlet af de norske børnehuse. Der er ca. lige mange sager om seksuelle overgreb og fysisk vold (ca. 50-50). Retsforfølgelsesraten er 23 % (sager om børn i alderen 0-16 år). Heraf førte 17 % til dom.

4 De nuværende tilbud og indsatser på området

Ved bekymring, mistanke eller viden om overgreb, herunder seksuelle overgreb, på et barn kan en lang række fagpersoner på tværs af det kommunale område, det strafferetlige område og sundhedsvæsenet blive involveret. Kommunerne er en helt central myndighed i alle overgrebssager, og hovedparten af sagerne vil alene være en kommunal, social opgave. I mange sager er der endvidere behov for, at politiet iværksætter efterforskning (afhøring m.v.) og dermed behov for et tæt samarbejde mellem kommuner og politi. I en mindre del af overgrebssagerne vil der herudover være behov for tæt samarbejde med sundhedsvæsenet, fordi der er behov for en sundhedsfaglig afklaring, undersøgelse og evt. behandling, herunder eventuelt også retsmedicinsk undersøgelse.

De forskellige faggrupper og sektorer arbejder inden for de dertil hørende lovgivningsmæssige rammer og har hver især ansvar, roller og kompetencer i sagsforløbet. Et godt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde er centralt for at få belyst barnets problematikker fuldt ud og for den samlede indsats over for barnet og dets familie.

4.1 Tilbud og indsatser i kommunerne

Kommunerne har en central rolle i forhold til sager om overgreb – det gælder både tiden før, under og efter, at en mistanke om overgreb kommer til kommunens kendskab. Det er kommunens opgave at vurdere barnets behov for særlig støtte, herunder også barnets forældres behov for krisehjælp for at sikre, at de kan varetage den primære omsorg for barnet.

I mange kommuner arbejdes der seriøst med at sikre effektiv håndtering af sager om børn udsat for overgreb, men de senere års tragiske enkeltsager viser, at der fortsat er behov for at udvikle indsatsen og håndteringen af sager om overgreb.

4.1.1 I tiden før en sag – forebyggelse og tidlig opsporing

Det er en kommunal opgave at have fokus på forebyggelse af overgreb, hvor børn og unge færdes, samt på tidlig opsporing af børn og unge, der udsættes for vold, omsorgssvigt, vanrøgt og seksuelle overgreb. Måden, kommunerne arbejder med denne indsats på, er ved at udbrede faglig viden om overgreb, tegn og reaktioner hos børn og unge, der udsættes for overgreb, samt oplyse om gældende lovgivning til alle faggrupper, der arbejder med børn og unge, herunder sundhedsplejersker, dagplejere, pædagoger, lærere, tandplejere, som alle i deres arbejde har kontakt til børn herunder praktiserende læger, tandlæger, m.m.

Kommunerne skal endvidere sørge for, at der er fastlagt procedurer ved mistanke om børn og unge, der udsættes for overgreb, og at disse er tilgængelige på skrift i kommunale institutioner, skoler og anbringelsessteder, samt at der er fastlagt metoder til hensigtsmæssig handling ved mistanke, fx observation, børnesamtaler, underretning med viden om forskellige handleveje m.m.

4.1.2 I tiden under en sag – fra underretning er modtaget, til barnet er afhørt

Kommunerne har en række opgaver i tiden under en sag - fra underretning er modtaget til barnet evt. er afhørt. Det drejer sig primært om følgende:

- Anmeldelse af sagen til politiet (evt. drøftelse med politiet om underrettningens karakter i forhold til en anmeldelse)
- Afklaring af forældremyndighedsforhold
- Underretning af forældre (koordineret med politiet, hvis mistanke retter sig mod én eller begge forældre)
- Vurdering af barnets sikkerhed i forhold til risikoen for nye overgreb
- Evt. akut anbringelse af barnet uden for hjemmet (serviceloven § 52, stk.7 eller § 58)
- Vurdering af behovet for midlertidig afbrydelse af kontakt og samvær under anbringelse af hensyn til barnets sundhed og udvikling (serviceloven § 73, stk. 3)
- Sørge for omsorgsperson til barnet
- Iværksætte tilbud om krisestøtte til barnets nærmeste omsorgspersoner (serviceloven § 52, stk. 3)
- Vurdering af sikkerhed og trivsel hos evt. søskende
- Løbende koordinering af den sociale sag med politi i forbindelse med retsmedicinsk undersøgelse og ved videoafhøring (her skal en kommunal repræsentant være til stede) samt med sundhedsvæsenet i forbindelse med evt. andre ydelser fra sundhedsvæsenet, fx børnelægeundersøgelse ved lægelig klinisk mistanke om overgreb
- Samarbejde med statsforvaltning i samværssager
- Ved overgreb, hvor krænker er ansat i kommunen, iværksættes en personalesag, der skal håndteres i samarbejde med politiet. Kommunen har en forpligtelse til orientering af øvrige forældre.
- I sager, hvor børn er fysisk eller seksuelt grænseoverskridende over for andre børn, har kommunen to sociale børnesager, der skal behandles efter serviceloven. Typisk vil politiet ikke være involveret.
- Pressehåndtering.

4.1.3 Opfølgende indsats

Det er en kommunal opgave at vurdere barnets behov for støtte og behandling og iværksættelse af relevante tiltag. Kommunen har altid pligt til at undersøge et barns forhold ved bekymring for et barns trivsel, uanset om politiet starter efterforskning og rejser sigtelse eller ej, om politiet indstiller sin efterforskning eller opgiver påtale (bevisets stilling), eller om der sker frifindelse ved domstol.

Opgaverne i relation til et barn, som har været udsat for et overgreb, er primært:

- Udarbejdelse af børnefaglig undersøgelse og vurdering af barnets behov for særlig støtte (serviceloven § 50)
- Evt. forældre- og søskendeundersøgelse
- Beslutning og iværksættelse af nødvendige tiltag, fx psykosocial behandling til barnet, psykologisk behandling, anbringelse (opfølgning på indsats)

og handleplan senest tre måneder efter iværksættelse), støtte til forældre m.m.

- Løbende vurdering af barnets trivsel og genopretning af normal hverdag
- Løbende tilsyn med barnet ved anbringelse (serviceloven § 148)
- Løbende vurdering af behov for støtte under barnets opvækst

Kommunerne har forskellige typer af tilbud til børn udsat for overgreb, herunder børn udsat for seksuelt overgreb samt børn, der seksuelt krænker andre børn. Tilbuddene varierer fra kommune til kommune og kan fx omfatte:

- Børne- eller ungerådgivning i den kommunale forvaltning, som tilbyder konsulentbistand til myndighedsområdets rådgivere og psykologer samt undersøgelse, psykosocial og terapeutisk behandling
- Familietilbud med dag- og/eller døgnbehandling
- Børne- og/eller ungetilbud med dag-/eller døgnbehandling
- Telefonrådgivning til børn og unge

Undersøgelse, støtte og behandling i kommunalt regi varetages typisk af psykologer med specialisering i børnepsykologi og socialrådgivere med terapeutisk efteruddannelse. Der kan også være tilknyttet fx lægekonsulenter, pædagoger, ergoterapeuter m.m.

Socialstyrelsen igangsatte i 2009 et nyt behandlingstilbud til børn og unge i aldersgruppen 6-18 år, der har været udsat for seksuelle overgreb. Tilbuddet udbydes i tre kommuner og finansieres af satspuljemidler. Tilbuddet består af terapeutiske gruppeforløb i mindre grupper for henholdsvis piger og drenge inddelt i forskellige aldersgrupper. Gruppebehandlingen varetages af psykologer, og der er tale om lukkede såvel som åbne gruppeforløb. Der gennemføres en effektevaluering af den samlede afprøvning, der afsluttes i 2014.

4.1.4 Samarbejde internt i kommunen

Det er en kommunal opgave at organisere, koordinere og sagsbehandle, når der opstår mistanke eller viden om, at et barn har været udsat for overgreb. Det samme gælder, hvis et barn har udvist seksuelt grænseoverskridende adfærd over for et andet barn. Når forvaltningen modtager en underretning fra skole, daginstitution eller anbringelsessted, har kommunen pligt til at forholde sig undersøgende og vurdere, om der jf. § 50 i serviceloven skal foretages en børnefaglig undersøgelse af barnets forhold med henblik på at afdække ressourcer og problemer hos barn, familie og netværk.

Kommunen skal som led i undersøgelsen inddrage relevante kommunale fagpersoner, der allerede har viden om barnets og familiens forhold. Det kan ske ved at inddrage sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere, personale på et eventuelt anbringelsessted etc. Undersøgelsen skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger efter § 52 i serviceloven og i bekræftende fald af hvilken art, fx støtte og behandling efter et overgreb.

Den kommunale myndighedssagsbehandler har som barnets sagsbehandler til opgave at koordinere i henhold til barnets bedste og den til enhver tid gældende lovgivning. Myndighedssagsbehandler har endvidere ansvar for at koordinere det tværfaglige samarbejde. Sagsbehandleren skal bl.a. indhente relevante fagpersoners

beskrivelser og observationer af barnet og familien, så der foreligger tilstrækkelige oplysninger som baggrund for en beslutning.

Myndighedssagsbehandlerens koordinerende rolle kan skitseres som vist i nedenstående figur.

Figur 2: Myndighedssagsbehandlerens koordinerende funktion og det tværfaglige samarbejde



En underretning fra fagfolk og borgere giver sagsbehandleren pligt til at undersøge barnets forhold hurtigt og adækvat. Sagsbehandleren skal bl.a. vurdere barnets behov for beskyttelse her og nu og vurdere, om der er tale om en politisag. Håndteringen er forskellig, alt efter hvem mistanken er rettet mod.

En væsentlig forudsætning for, at myndighedssagsbehandleren kan varetage denne opgave er, at fagpersoner, der møder barnet i hverdagen, reagerer på mistriksel og opfanger tegn og signaler fra barnet. Fagpersoner som fx lærere, pædagoger, dagplejere, plejefamilier og personale på anbringelsessteder, som har med barnet at gøre i hverdagen, spiller her en vigtig rolle. Men også tandlæger, sundhedsplejersker og andre, der ser barnet til rutinemæssige undersøgelser er vigtige – ikke mindst for den tidlige opsporing.

4.1.5 Kommunale børne- og familiehuse

Mange kommuner har etableret særlige tilbud til familier, børn og unge med vanskeligheder, fx benævnt familiehuse, familiecentre-/institutioner, børnehuse og lign. Tilbuddene har dog typisk en meget bredere målgruppe end vanskeligheder alene på baggrund af overgreb.

Opgaverne omfatter fx forebyggelse samt målrettet hjælp, støtte, socialpædagogik og samtaleterapi og endvidere varetagelse af en koordinerende rolle i forbindelse med den samlede indsats (både inden for og uden for kommunen) over for barnet eller den unge og dennes familie og/eller pårørende. Personalet er socialfagligt tværfagligt sammensat og samlet under ét tag i den enkelte kommune for at udnytte de forskellige faglige ressourcer og løfte mere komplicerede problemstillinger via teamsamarbejde.

Der findes eksempler på mere specialiserede tilbud, hvor man har etableret rådgivningscentre rettet mod familier med børn, der har været udsat for seksuelle overgreb eller andre traumatiske hændelser. I Københavns Kommune findes der Sct. Stefans Rådgivningscenter, som tilbyder hjælp til familier udsat for seksuelle overgreb samt familier, som har oplevet en akut krise i form af fx voldsom ulykke eller uventet dødsfald i familien. Tilsvarende findes der i Aarhus Kommune Langenæs Rådgivningscenter, hvor familier kan få hjælp, hvis barnet mistrives på grund af seksuelle krænkelser, tab og traumatiske hændelser.

I den enkelte kommune er underlaget for udvikling og vedligeholdelse af ekspertise og specifik viden og erfaring med overgreb, herunder seksuelle overgreb mod børn, oftest relativt beskedent. Der kunne derfor tænkes i at styrke det tværkommunale samarbejde i disse sager. Der findes aktuelt ikke egentlige eksempler på aftalt tværkommunalt samarbejde.

4.1.6 SISO – Videnscenter om Sociale Indsatser ved vold og Seksuelle Overgreb mod børn.

SISO er en del af Regeringens handlingsplan om bekæmpelse af seksuelt misbrug af børn og har siden januar 2007 været forankret i Socialstyrelsens Børn og Unge-enhed. SISO har fokus på de sociale indsatser i sager om overgreb mod børn, og kommunernes indsatser og opgaver på området er derfor et særligt omdrejningspunkt for SISO's arbejde.

Siden 2007 har SISO tilbudt konsulentbistand til kommuner, der ønsker at udvikle og implementere skriftlige beredskaber til håndtering af sager om overgreb mod børn. I perioden 2007-2011 har SISO samlet set haft kontakt til 56 kommuner. I 40 af de 56 kommuner er der indgået konkret aftale om SISO's konsulentbistand til implementeringsforløb, og flere kommuner er på vej. Ved udgangen af 2011 har 28 af de 40 kommuner med hjælp fra SISO udarbejdet et skriftligt beredskab, mens de resterende 12 kommuner er i gang med udarbejdelsen.

SISO tilbyder anonym telefonrådgivning til fagfolk, som i deres hverdag arbejder med børn og unge, fx sundhedsplejersker, pædagoger, lærere, socialrådgivere m.m.. Det kan dreje sig om tolkning af de tegn og signaler, et barn eller en ung udviser, eller om hvordan man konkret håndterer en situation. Det kan også dreje sig om, hvor og hvordan man kan få relevant behandling til barnet og/eller familien. SISO kan yde faglig sparring, give konkrete råd og være behjælpelig med at henvise til de relevante instanser. Endelig kan SISO besvare spørgsmål af mere generel og oplysende karakter vedr. temaet seksuelle overgreb.

Rådgivningen betjenes af konsulenter med særlig viden og erfaring i forhold til temaet seksuelle overgreb og vold mod børn. Konsulenterne har en socialfaglig baggrund typisk socialrådgivere med relevant efteruddannelse og med erfaring fra socialt arbejde med udsatte børn og unge.

I perioden 2006-2011 (til og med august 2011) har SISO modtaget 1.059 henvendelser. Den seneste statusopgørelse fra SISO fra perioden 2009-2011 viser, at 79 forskellige kommuner, svarende til 80,6 % af kommunerne, har gjort brug af SISO's telefonrådgivning. Kommunerne er geografisk fordelt over hele landet. Der er ligeledes registreret henvendelser fra fagpersoner fra alle fem regioner. Registreringerne viser endvidere, at ca. to tredjedele (64 %) af henvendelserne kommer fra fagpersoner, mens ca. en tredjedel (35 %) er fra pårørende/socialt netværk. I 1 % af henvendelserne er henvenders baggrund uoplyst. Denne fordeling svarer meget godt til tidligere års fordeling. Lidt over en fjerdedel af samtlige henvendelser (26 %) kommer fra socialfaglige personer (bl.a. socialrådgivere, familiebehandlere, leder af børn og ungeafdeling), mens lidt færre (23 %) kommer fra pædagog- og psykologfaglige personer (bl.a. pædagoger, folkeskolelærere, efterskolelærere, PPR-psykologer pæd. konsulent, leder af dagtilbud, skoleleder). Knap 4 % af samtlige henvendelser kommer fra sundhedsfaglige personer, fx sundhedsplejersker, sygeplejersker eller læger.

Som led i den løbende vidensopsamling har SISO i efteråret 2010 gennemført en kortlægning af kommunernes arbejde med beredskaber. Kortlægningen viser, at 82,4 % af kommunerne har eller er i gang med at udarbejde beredskaber for håndtering af sager om seksuelle overgreb mod børn. Kortlægningen viser endvidere, at størstedelen af kommunernes beredskaber (89 %) beskriver den akutte sagshåndtering. Kun ca. en tredjedel af beredskaberne beskriver, hvordan man skal arbejde forebyggende på området, mens to tredjedele af beredskaberne beskriver, hvordan man følger op på sagen, både overfor de involverede familier og børn, samt personale, der har været involveret i sagen. Kortlægningen viser, at beredskabet i mange kommuner ikke er samstemt med de vigtigste samarbejdspartnere, fx politiet, sygehuset, daginstitutioner, skoler m.m.

4.1.7 Børn, der krænker andre børn – Janus-Centret

Internationale undersøgelser rapporterer enslydende, at mere end 1/3 af kendte seksuelle overgreb mod børn begås af børn og unge under 18 år. Janus-Centret har udviklet en række tilbud, der retter sig specifikt mod børn og unge med seksuelt grænseoverskridende adfærd og har til formål at standse overgreb og forebygge krænkende adfærd.

Centret tilbyder psykologisk undersøgelse, intervention og behandling fortrinsvis til børn og unge under 18 år, som har udvist seksuelt bekymrende eller krænkende adfærd overfor andre og/eller selv har været udsat for seksuelle overgreb. Herunder udøver Janus-Centret rådgivning, behandling og støtte til forældre og pårørende. Centret udvikler desuden de psykologiske og andre metoder, som behandlingen bygger på, herunder mediationsmetoder som møder mellem offer og krænker. Centret tilbyder en landsdækkende telefonrådgivning og fungerer i øvrigt som videnscenter på området med henblik på bl.a. opsamling af data og oplysning og rådgivning på området.

Centret har åbent hverdage i dagtid og er bemandet med kliniske psykologer med speciale i børn/unge med seksuelle adfærdsproblemer.

Over de sidste ca. 8 år har centret foretaget psykologiske udredninger og behandlinger af mere end 230 børn og unge med seksuel overgrebsadfærd. Ifølge centret er en meget stor del af disse børn og unge i forvejen meget sårbare, fx har 68 % af

de 230 henviste børn selv været udsat for omsorgssvigt. Politiet har været involveret i 31 % af de henviste sager.

Centret samarbejder med de sociale myndigheder i kommunerne, politiet, de højt specialiserede centre for seksuelt misbrugte børn, børne- og ungdomspsykiatrien, skoler, døgninstitutioner m.m.

4.2 Tilbud og indsatser i politi og retsvæsen

Den politimæssige indsats i sager, hvor børn har været udsat for seksuelle eller voldelige overgreb, er navnlig koncentreret om afdækningen af, om et strafbart forhold er begået og tilvejebringelsen af beviser, herunder gennem afhøring af den eller de forurettede.

Sagsbehandlingen skal foregå i et tæt samarbejde med bl.a. de sociale myndigheder i kommunerne, og der er på den baggrund etableret flere lokale samarbejdsfora, hvor politiet og kommunerne mødes med henblik på drøftelse af konkrete sager og generel erfaringsudveksling. Herigennem sikres bl.a. en kontinuitet og sammenhæng i de enkelte sagsforløb.

De nærmere retningslinjer for politiets behandling af sager om seksuelt misbrug af børn er fastsat i Rigsadvokatens meddelelse nr. 2/2007. Retningslinjerne er i vidt omfang fastsat på baggrund af de regler om videoafhøring af børn, der blev indført ved lov nr. 228 af 2. april 2003 om ændring af bl.a. retsplejeloven (Børnepornografi, seksuel udnyttelse af børn, salg af børn og gennemførelse af straffesager om seksuelt misbrug af børn), anbefalingerne i betænkning nr. 1420/2002 om gennemførelse af straffesager om seksuelt misbrug af børn, samt på baggrund af retspraksis.

Anvendelse af en videoafhøring som bevis i stedet for en indenretlig forklaring er reguleret i retsplejelovens § 872.

Efter denne bestemmelse kan politiets afhøring af et barn, når afhøringen er optaget på video (videoafhøring), benyttes som bevis under hovedforhandlingen. Det betyder, at barnet ikke efterfølgende behøver at optræde i et retsmøde, hvor tiltalte vil være til stede.

Udgangspunktet for videoafhøringer er, at barnet skal være 12 år eller derunder. Der kan dog foreligge særlig omstændigheder, herunder barnets udvikling og psykiske tilstand, der bevirker at videoafhøring af ældre børn kan anvendes som bevis. Selv om kerneområdet for retningslinjerne om videoafhøring er sager, hvor et barn på 12 år eller derunder må formodes at have været udsat for seksuelle overgreb, vil retningslinjerne også kunne finde anvendelse, hvis der i sædelighedssager foretages videoafhøring af lidt ældre børn, eller hvis der bliver tale om at afhøre børn, der ikke er forurettede, som vidner i sædelighedssager.

Herudover kan der også i andre sagstyper, som fx drabs- eller voldssager, og hvor de samme hensyn til barnet gør sig gældende, efter omstændighederne være et tilsvarende behov for, at afhøringen af et barn som vidne optages på video med henblik på forevisning under hovedforhandlingen.

Det fremgår af Rigsadvokatens meddelelse, at når politiet modtager en anmeldelse om et seksuelt overgreb mod et barn, skal der snarest – i samråd med anklagemyndigheden – tages stilling til, om barnet skal videoafhøres.

Det fremgår endvidere af meddelelsen, at videoafhøringer bør søges gennemført hurtigst muligt, og hvis det er praktisk muligt inden en uge fra anmeldelsen. Formålet er at sikre barnets hukommelse og at skåne barnet for at blive afhørt på et tidspunkt, hvor en behandling er gået i gang. Endvidere kan en afhøring inden for kort tid efter anmeldelsen være med til at mindske risikoen for påvirkninger af barnet fra familien eller andre.

Videoafhøringer foregår i særligt indrettede videoafhøringslokaler og må kun foretages af særligt uddannede polititjenestemænd. Uddannelsen består, udover den generelle 4-årige grunduddannelse, i specialkurset 'Seksuelle overgreb mod børn' og i 'Videoafhørerkurset'. Begge kurser er nationale uddannelser forankret i Rigspolitiet.

Videoafhøringslokalet er normalt placeret på politistationen. Forskellige praktiske og geografiske forhold medfører dog, at placeringen af videoafhøringslokalet i visse politikredse er placeret på andre lokaliteter. Det gælder bl.a. hos Østjyllands Polit, hvor videoafhøringslokalet er placeret hos Center for Børn udsat for Overgreb (CBO) på Aarhus Universitetshospital i Skejby.

Forud for gennemførelse af selve videoafhøringen anbefales det, at den særligt uddannede videoafhører aflægger barnet et 'hjemmebesøg' for at sikre, at barnet føler sig mere tryk ved under afhøringen at tale med en person, det er blevet præsenteret for tidligere. Det er også af betydning for afhøringen, at polititjenestemanden har truffet barnet forud og har haft lejlighed til at danne sig et indtryk af barnet, herunder barnets sproglige udvikling. Det nærmere indhold i afhøringen må ikke drøftes med barnet forud for videoafhøringen.

Inden videoafhøringen skal der beskikkes en forsvarer for den, der er mistænkt eller sigtet eller senere måtte blive mistænkt eller sigtet i sagen, hvis videoafhøringen formodes at skulle anvendes som bevis under hovedforhandlingen.

Til stede ved videoafhøringen er barnet og den særligt uddannede polititjenestemand. Det anbefales, at der ikke er yderligere personer i afhøringslokalet, men hvis der er særlige behov for at styrke barnets tryghed, kan en 'tryghedsskabende' person medvirke, fx en pædagog fra barnets institution.

Herudover kan tilstedeværelsen af en tolk efter omstændighederne være nødvendig.

Under afhøringen vil der i et andet lokale (monitorrummet) befinde sig følgende personer:

- Anklageren
- Forsvareren for sigtede/mistænkte
- Barnets bistandsadvokat
- Repræsentanten for de sociale myndigheder
- Politiets sagsbehandler

Endvidere kan der i særlige tilfælde, fx ved afhøring af psykisk handicappede, være en ressourceperson til stede, som kan være behjælpelig med vejledning i forhold til viden om barnets særlige handicap.

Når afhøreren har stillet barnet de spørgsmål, der er relevante, afholdes en pause, hvor afhøreren drøfter eventuelle yderligere spørgsmål til barnet med de personer, der har overværet afhøringen fra monitorrummet. De supplerende spørgsmål stilles altid af den afhørende polititjenestemand.

Efter endt afhøring skal den sigtede eller mistænkte snarest muligt have adgang til at gøre sig bekendt med videoafhøringen.

En begæring fra den, der er mistænkt eller sigtet, eller dennes forsvarer om, at der skal foretages en genafhøring af barnet, skal fremsættes snarest muligt og som udgangspunkt inden 2 uger efter, at den sigtede eller mistænkte har haft adgang til at gennemse videoafhøringen.

Genafhøring bør – af hensyn til barnet – kun ske, hvis det findes rimeligt begrundet, for at den sigtede eller mistænkte kan varetage sit forsvar. Hvorvidt der skal foretages en genafhøring må afgøres ud fra en konkret vurdering, hvor det bl.a. kan tillægges vægt, om der er fremkommet nye oplysninger efter den første afhøring af barnet, om den sigtede eller mistænkte og dennes forsvarer ønsker, at der bliver stillet nye relevante spørgsmål til barnet, eller om der i øvrigt foreligger andre særlige grunde til at foretage en genafhøring. En eventuel tvist om genafhøring af barnet vil kunne indbringes for retten i medfør af retsplejelovens § 746, stk. 1.

I sager om seksuelle overgreb mod børn må politiet overveje, om der er grundlag for en retsmedicinsk undersøgelse af barnet. Formålet med en retsmedicinsk undersøgelse er at dokumentere eventuelle læsioner og skader samt sporsikring, dvs. sikring af eventuelle biologiske spor som fx sæd, spyt eller hår. Af hensyn til kvaliteten af spor, er det vigtigt, at der handles inden for 72 timer, da børns rifter og sår heler hurtigt. Disse undersøgelser må ikke sidestilles med § 51-undersøgelser efter serviceloven. Politiets undersøgelser udføres altid af Retsmedicinsk Institut efter politiets anmodning.

Legemsbesigtigelse, der ikke kræver afklædning, herunder optagelse af fotos, kan gennemføres med samtykke eller ved rettens kendelse. Der kan derimod ikke uden samtykke foretages legemsundersøgelse af en person, som ikke er mistænkt.

Da barnet ikke selvstændigt vil kunne give samtykke til indgrebet, må der som udgangspunkt indhentes samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, hvilket kan give anledning til en interessekonflikt i sager, hvor det er forældremyndighedsindehaveren eller dennes ægtefælle, kæreste, familiemedlem m.v., der mistænkes for overgreb mod barnet.

Det fremgår af Rigsadvokatens meddelelse, at i tilfælde, hvor der er risiko for en sådan interessekonflikt, er det afgørende, at der – afhængigt af sagens karakter – enten sker forelæggelse for kommunens børne- og ungeudvalg med henblik på anbringelse til undersøgelse efter servicelovens regler, eller at der efter reglerne i værgemålsloven beskikkes en ad hoc værge for barnet, som vil kunne give samtykke til legemsundersøgelsen.

4.3 Tilbud og indsatser i sundhedsvæsenet

4.3.1 Beskrivelse af hovedfunktionsniveauet

Børn henvises til landets pædiatriske afdelinger med mange forskellige symptomer, herunder også symptomer der kan være foranlediget af fx overgreb eller misrøgt. De pædiatriske afdelinger foretager en indledende undersøgelse af barnet med henblik på diagnostisk afklaring og efterfølgende behandling. På enkelte af landets pædiatriske afdelinger udover de tre højt specialiserede er der opbygget særlige kompetencer på området.

Barnet kan viderehenvises til en af de tre højt specialiserede afdelinger med henblik på yderligere specialiseret vurdering, undersøgelse og behandling. På de højt specialiserede afdelinger er der særlig ekspertise samt understøttende funktioner til tværfagligt, specialiseret og eventuelt tværsektorielt samarbejde.

Der kan også være behov for inddragelse af andre specialafdelinger i sygehusregi, fx i relation til traumebehandling, herunder ortopædkirurgi, neurokirurgi, højt specialiseret intensiv behandling (længerevarende respiratorbehandling, intubation m.m.), børneoftalmolog, børneotolog, radiologer med særlige kompetencer i relation til børn (specielt udførelse og tolkning af røntgen af totalskelet samt MR-scanning af cerebrum) og knogleskintigrafi.

Inddragelse af andre specialafdelinger kan være relevant i tilfælde, hvor mistanke om overgreb er opstået på baggrund af en række somatiske og psykiske symptomer, og hvor der er brug for en differentialdiagnostisk afklaring (dvs. afklaring af symptomernes bagvedliggende årsag fx en bestemt sygdom, med henblik på at stille den rette diagnose og dermed have grundlag for iværksættelse af den rette behandling).

4.3.2 Beskrivelse af de højt specialiserede centre

Seksuelt misbrugte børn er af Sundhedsstyrelsen fastsat som en højt specialiseret sygehusfunktion i specialet pædiatri og varetages i Region Hovedstaden (Rigshospitalet), Region Syddanmark (Odense Universitetshospital) og Region Midtjylland (Aarhus Universitetshospital Skejby). Disse tre sygehuse har således et særligt målrettet, tværfagligt og specialiseret tilbud med henblik på at sikre høj faglig kvalitet i undersøgelse og behandling af sådanne børn.

På Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital, Skejby, er der etableret centre særligt til modtagelse, undersøgelse og behandling af børn udsat for seksuelt overgreb, eller hvor der er mistanke herom. Særligt centret ved Aarhus Universitetshospital, Skejby tager form af et slags børnehus i den forstand, at centret har et tværsektorielt fokus og samarbejde, herunder et fast og forpligtende samarbejde med Østjyllands Politi og Aarhus Kommune. Centret på Rigshospitalet og Børneafdelingen på Odense Universitetshospital samarbejder også tæt med både politi og kommuner, men samarbejdet er her ikke formaliseret.

Center for Seksuelle Overgreb (CSO), børneteamet, Rigshospitalet

Team for Seksuelt Misbrugte Børn ved Rigshospitalet blev oprettet i 2001 som et projekt og etableret som en permanent funktion i 2004. I 2011 blev teamet lagt

sammen med Center for Seksuelle Overgreb til én enhed. Centeret er opdelt i tre teams – et børneteam, et ungeteam og et voksteam.

CSO's tilbud er tværfagligt og rettet mod børn, forældre og professionelle, der har behov for specialiseret behandling og rådgivning ved seksuelle overgreb mod børn. Indsatsen er overgrebsfokuseret og af kortere varighed. Tilbuddets målgruppe er specifikt afgrænset til seksuelle overgreb.

Tilbuddet på CSO er baseret på et tæt samarbejde mellem pædiater fra Rigshospitalets pædiatriske afdeling samt børnesygeplejerske, psykologer, socialrådgivere og sekretær. Der er endvidere et tæt formaliseret samarbejde med Retsmedicinsk Institut ved Rigshospitalet.

I sager, hvor politiet som et led i efterforskningen begærer en retsmedicinsk undersøgelse, kontakter retsmedicineren CSO's sygeplejerske, som kontakter familien og forbereder dem på undersøgelsen. Der er således fra første færd etableret en kontakt til CSO, som vil være dem, der varetager den fortsatte kontakt til familien. CSO's pædiater og sygeplejersker varetager i samarbejde med retsmedicineren undersøgelsen af barnet, så barnet ved én og samme undersøgelse undersøges klinisk og efterforskningsmæssigt. Ungeteamet varetager også henvendelser om voldtægt fra unge mellem 15 og 17 år. Ved undersøgelse af unge kvinder mellem 15 og 17 år vil undersøgelsen blive varetaget af en gynækolog i samarbejde med retsmediciner. Undersøgelsen foretages i et børnevenligt indrettet lokale. CSO samarbejder endvidere med politiet med henblik på at koordinere den efterforskningsmæssige indsats med den behandlingsmæssige indsats.

Den psykosociale behandling varetages af centrets psykologer og socialrådgivere. Behandlingen kan foregå som individuelle forløb eller gruppeforløb både til børn og forældre/omsorgspersoner. Der tilbydes gruppebehandling, når der er patientgrundlag til det. CSO vægter, at behandlingen er et helhedsorienteret tilbud, hvor der er et parallelt behandlingsforløb til barnet ved en psykolog og til forældre/omsorgspersoner ved en socialrådgiver.

Der er ingen visitationskriterier udover alder, og der er ingen tidsgrænse for, hvor lang tid efter overgrebet barnet, forældre/pårørende eller professionelle kan henvende sig. CSO har åbent hverdage i dagtiden. Uden for åbningstid kan henvendelse rettes til Rigshospitalets børnemodtagelse, som der er samarbejde med. For unge tilbyder centret akut somatisk undersøgelse døgnet rundt alle ugens dage.

Udover det kliniske arbejde tilbyder CSO telefonrådgivning til både pårørende og professionelle samt supervision til professionelle, der arbejder med familien i nærmiljøet. Som noget nyt er CSO begyndt at inddrage et konfronterende møde (mediation) mellem barn og krænker i de sager, hvor betingelserne for dette er opfyldt. Der indledes i disse sager et tæt samarbejde med krænkerens behandler.

CSO har endvidere en videnscenterfunktion, som har til opgave at generere projekter og metodeudvikling samt forestå centrets database. Videnscentret varetager endvidere formidlingsopgaver i form af oplysning om seksuelle overgreb via fx undervisning, temadage, oplæg i institutioner og på konferencer.

Center for Børn udsat for Overgreb (CBO), Aarhus Universitetshospital, Skejby

Center for Børn udsat for Overgreb (CBO) blev etableret i 2007. Centret er placeret i fysisk tilknytning til Retsmedicinsk Institut på Skejby Sygehus. Centret er det

eneste af sin art i landet, idet centrets tilbud er tværsektorielt og baseret på aftalt samarbejde med en af de omkringliggende kommuner (Aarhus Kommune) og Østjyllands Politi. Tilbuddets målgruppe er børn i alderen 0-15 år, som er blevet udsat for overgreb. Indsatsen er overgrebsfokuseret og kortvarig.

Tilbuddet omfatter børnelægeundersøgelse og eventuel behandling samt retsmedicinsk undersøgelse, hvis politiet har begæret det. Der er mulighed for, at politiet kan foretage videoafhøring i et børnevenligt lokale indrettet til formålet. Der tilbydes psykolog- og socialrådgiverhjælp til forældrene på centret og i nogle tilfælde til børnene efter individuel vurdering. Centret tilbyder også akut krisehjælp til forældre i form af samtaler med en psykolog, ligesom der i udvalgte tilfælde er mulighed for samtale med en socialrådgiver. I de tilfælde, hvor en mistanke anmeldes til politiet, foregår afhøring af børn op til ca. 12 år på centret i et børnevenligt afhøringslokale. CBO varetager således opgaver både for sundhedssektoren og retsvæsenet.

Fra Børneafdelingen på Skejby Sygehus er centret bemandet med pædiater med særlige kompetencer på området, børnesygeplejerske, psykolog, socialrådgiver, pædagog og sekretær. Fra Østjyllands Politi er der tilknyttet firespecialuddannede videoafhørere, der kommer til CBO for at afhøre børnene, mens resten af den politimæssige efterforskning stadig foregår på Politigården i Århus. Retsmedicinske undersøgelser foretages af retsmedicinere fra Retsmedicinsk Institut, som kommer i centret og foretager undersøgelserne og efterfølgende foretager det opfølgende kontorarbejde på det nærtliggende retsmedicinske institut. Undersøgelserne udføres i samarbejde med en pædiatrisk sygeplejerske fra børneafdelingen. Såfremt der er behov for medicinsk opfølgning involveres en pædiater.

Der er ingen visitationskriterier udover alder, og der er ingen tidsgrænse for, hvor lang tid efter overgrebet barnet, forældre/pårørende eller professionelle kan henvende sig. CBO har åbent hverdage i dagtiden. Uden for åbningstid kan henvendelse rettes til børneafdelingen på Aarhus Universitetshospital, Skejby, hvor kontakten går til en speciallæge i pædiatri i bagvagt.

Udover det kliniske arbejde tilbyder CBO også supervision til andre professionelle, undervisning, konferencer m.m. samt bedriver nogen forskning.

Børneafdelingen, Odense Universitetshospital

Odense Universitetshospitals børneafdeling modtager børn generelt med symptomer på sygdom eller skade og har ikke en særlig enhed (afsnit/ team) rettet mod overgreb mod børn. Børneafdelingen er bl.a. bemandet med to pædiatere med særlige kompetencer på området samt et antal sygeplejersker med særlige kompetencer til varetagelse af børn udsat for overgreb. Dette personale varetager også andre funktioner end undersøgelse og behandling af børn, der har været udsat for overgreb, herunder seksuelle overgreb, eller hvor der er mistanke herom.

Hvis politiet begærer en retsmedicinsk undersøgelse, foretages den i børneafdelingens ambulatorium af en pædiater i samarbejde med en retsmediciner. Et eventuelt videre somatisk udrednings- og behandlingsforløb foretages ofte af samme pædiater som ved den første undersøgelse. Barnet tilbydes endvidere samtaler, herunder telefonsamtaler, ved pædiateren.

Der er ikke ansat psykologer og socialrådgivere på afdelingen, og der er ikke tilbud om krisestøtte eller egentlig psykologbehandling til barnet eller familien/pårørende.

4.3.3 Indholdet i den sundhedsfaglige indsats

Det sundhedsfaglige indhold i indsatsen på de højt specialiserede centre består hovedsageligt af et somatisk, et psykosocialt og et retsmedicinsk tilbud.

Det somatiske tilbud

I forbindelse med den retsmedicinske undersøgelse foretages der en almindelig somatisk børneundersøgelse inkl. somatisk anamnese samt en udvendig undersøgelse af barnets kønsorganer og endetarm. Denne undersøgelse foretages ved hjælp af et kolposkop, som er et forstørrelsesapparat, der fungerer som et mikroskop, og som samtidig kan tage billeder.

Denne undersøgelse kan bl.a. afdække gynækologiske symptomer såsom læsioner, blødning eller fx for tidlig pubertet. Der foretages desuden podning for seksuelt overførte sygdomme, og hvis der konstateres somatiske symptomer på seksuelt overførte sygdomme eller andre somatiske symptomer som følge af overgreb, fx obstipation, fækal inkontinens eller udflåd, iværksættes der relevant behandling og opfølgning på centret.

Mange børn udsat for overgreb har funktionelle lidelser med smerter, træthed, svimmelhed, spiseforstyrrelser m.m., som kræver pædiatrisk vurdering og eventuelt behandling. Desuden har børnene ofte ubehandlede eller underbehandlede somatiske sygdomme.

I de forløb, som ikke indledes med en retsmedicinsk undersøgelse, foretages der kun en sådan somatisk undersøgelse i de sager, hvor dette findes relevant. For mange børns vedkommende kan der være gået en rum tid fra et overgreb er foregået til, at det afsløres, og behandling påbegyndes. I disse situationer er en somatisk undersøgelse ikke altid relevant. Men mange børn og forældre kan gøre sig forestillinger om, at barnet er påført skader, og i disse situationer tilbydes en somatisk undersøgelse. Barnet kan også have symptomer, som i øvrigt begrundes en somatisk børneundersøgelse.

Psykosocialt tilbud

Det psykosociale tilbud består af almen krisestøtte samt samtaleterapeutisk behandling af barnet – og eventuelt af familien som helhed. Længden af et psykologforløb varierer betydeligt fra patient til patient og tilpasses i vid udstrækning den enkelte og familiens behov. Der er dog tale om overgrebsfokuseret behandling, dvs. kortvarige forløb med et antal samtaler i størrelsesordenen seks til otte. Ved behov for længerevarende forløb viderehenvises der til andet relevant tilbud. Der findes ikke et egentligt psykosocialt samtaletilbud ved Odense Universitetshospital.

4.4 Internationale erfaringer

I det følgende samles op på en række internationale erfaringer med børnehuse fra USA, Island, Norge og Sverige. Der findes også børnehuse og lignende modeller i flere andre lande, ligesom en række lande er i gang med at planlægge børnehuse¹

Arbejdet med børnehuse går tilbage til midt 80'erne, men det er først i de senere år, der er kommet fokus på at evaluere og dokumentere effekten og resultaterne af at

arbejde med seksuelle overgrebsager inden for den tværfaglige og tværsektorielle ramme, som benævnes et børnehus.

Flere af de foretagne evalueringer efterspørger mere systematisk viden om eksempelvis de forskellige måder, man kan organisere og forankre børnehus-modellen på, samt viden om hvilke elementer, der bør være minimumsstandarder inden for en børnehustilgang. Ligeledes efterspørges indikatorer og metoder til at påvise effekten af at have et børnehus for såvel det efterforskningsmæssige som den sociale myndigheds perspektiv.

4.4.1 Børnehuse i USA – Child Advocacy Center (CAC)

Det første børnehus (Child Advocacy Center (CAC)) blev etableret i USA i 1986. Formålet var at skabe trygge, imødekommende rammer for afhøring af børn, at tilbyde børn og deres familier kvalificeret lægelig og social indsats samt at koordinere de undersøgelser og tiltag, der foregår i forbindelse med en sag om seksuelle overgreb. Modellen er i løbet af de sidste 25 år blevet meget populær og udbredt – i dag findes der mere end 800 CAC i USA¹. På trods af den store udbredelse og popularitet har børnehuse kun i begrænset omfang været genstand for systematisk evaluering.

I 2008 blev der gennemført en evaluering af fire CAC, som havde til formål at sammenligne indsatsen i CAC-kommuner med indsatsen i kommuner, der ikke har CAC. Evalueringen undersøgte en lang række forhold, bl.a. hvordan CAC virker i forhold til:

- Afhøringen af børn
- Børns vidneudsagn om overgreb
- Tilbud til barnet om lægelig undersøgelse og psykologisk behandling
- Retsforfølgelse samt domsfældelse i sagerne
- Anbringelse af barnet uden for hjemmet
- Familiernes tilfredshed med sagshåndteringen

De væsentligste fund i evalueringen viser bl.a., at:

- CAC-kommuner inddrog i højere grad de retslige myndigheder i sager om seksuelle overgreb
 - 81 % af undersøgelserne i CAC-kommuner foregik i fællesskab mellem politi og sociale myndigheder mod 52 % i sammenligningskommunerne.
- CAC-kommuner kunne i højere grad dokumentere koordineret undersøgelse af sagen
 - fx kunne 56 % af CAC-kommunerne dokumentere tværfaglig sagsgennemgang mod kun 7 % af kommuner uden CAC. CAC-kommuner involverede også i højere grad politiet i udredningen af sager om seksuelle overgreb end kommuner uden CAC (politiet involveret i hhv. 55 % og 43 % af tilfældene).

- CAC-kommuner gav børnene bedre mulighed for lægelig undersøgelse
 - 48 % af børnene fik lægelig undersøgelse mod kun 21 % i kommuner uden CAC.
- CAC-kommuner havde flere henvisninger til psykologisk behandling
 - Der blev henvist til psykologisk behandling i 72 % af sagerne mod 31 % i sammenligningskommunerne. CAC-kommuner gav selv direkte behandling i 30 % af sagerne.
- CAC-kommuner havde større tilfredshed blandt barnets omsorgspersoner med hensyn til selve undersøgelsesprocessen (sagshåndteringen).
 - 70 % af barnets omsorgspersoner gav udtryk for høj tilfredshed mod 54 % i kommuner uden CAC.

Evalueringen viser også en række resultater, hvor der ikke er den store forskel mellem CAC-kommuner og kommuner uden CAC. Begge steder skal hovedparten af børnene igennem et eller to interviews, ligesom raten for retsforfølgelse og dom gennemsnitlig er den samme.

Der er opstillet fælles standarder for CAC'erne, men strukturen, metoderne og den organisatoriske forankring varierer. Der er både eksempler på CAC, der er etableret på et stort børnesygehus, og på CAC, der er forankret i et mindre familiecenter.

Standarderne omfatter følgende:

- Et børnevenligt miljø/faciliteter
- Et tværfagligt undersøgelsesteam og koordineret vidneafhøring, der både bidrager til undersøgelsens effektivitet og reducerer belastningen for barnet
- Sagsgennemgang (case review). I tiden efter afhøring af barnet gennemgår teamet sagen med henblik på, at professionelle får mulighed for at kvalificere planlægning, informationsudveksling, løsninger samt tilbyde barnet yderligere tiltag
- Lægelig undersøgelse/vurdering, terapeutisk indsats og offerrådgivning

4.4.2 Børnehus på Island – Barnahús

Islands børnehus blev etableret i november 1998 efter inspiration fra de amerikanske CAC. Børnehuset modtager ca. 180-200 børn om året til afhøring, hvoraf halvdelen modtager undersøgelser og behandling efter at have berettet om overgreb. Der foretages 25-35 lægelige undersøgelser om året med videokolposkop. Børnehuset er specialiseret i sager om seksuelle overgreb, men modtager også børn til afhøring, der har været udsat for andre alvorlige overgreb eller begivenheder, herunder fysisk vold eller andre traumatiske voldelige oplevelser.

På Island er der otte retskredse, som alle benytter børnehuset til vidneafhøringer, undtagen Retten i Reykjavik, hvor børn afhøres i et særligt rum med et envejsspejl. Denne praksis har været genstand for en del kritik.

I 2010 er der foretaget en evaluering af de indsatser, som børnehuset tilbyder. Undersøgelsen blev foretaget blandt forældre til børn, der var blevet afhørt, eller unge over 18 år selv. Evalueringen viser, at tilfredsheden er større i børnehuset sammenlignet med de sager, der kører i retten i Reykjavik. Ikke mindst vurderes omgivel-

serne væsentligt mere positivt i børnehuset(86 %) end i Retsbygningen (42 %). I forhold til erfaringer, der relaterer sig til selve forløbet med at afgive vidneforklaring, vurderes børnehuset også mere positivt, om end forskellen her er lidt mindre markant. Den største forskel ligger i vurderingen af den information, forældre og børn har modtaget før og efter afhøringen. I børnehuset var 74 % tilfredse med den information, de fik før afhøringen, og 61 % med den information de fik efterfølgende. For Retsbygningen var de tilsvarende tal hhv. 60 % og 44 %.

4.4.3 Børnehuse i Norge

Den norske regering har i løbet af fire år etableret næsten otte børnehuse, så der nu er et børnehus i alle helseregioner i Norge. Initiativet med oprettelsen af børnehuse i Norge er en del af handlingsplanen 'Vendepunkt. Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner 2008-2011'. Det sidste af de otte børnehuse etableres i 2012.

Der foreligger aktuelt ikke en opsamling af erfaringerne med børnehusene i Norge. Der er dog igangsat en samlet evaluering af børnehusene i Norge..

En opgørelse viser, at der samlet set var 4.240 formodede sager i Norge i 2010, heraf blev ca. 1.200 sager behandlet af de norske børnehuse. Ca. halvdelen af sagerne vedrører seksuelle overgreb og den anden halvdel fysisk vold. Retsforfølgelsesraten er 23 % (sager om børn i alderen 0-16 år), 17 % førte til dom.

4.4.4 Børnehuse i Sverige

Etableringen af de første børnehuse i Sverige skete i 2004-2005 efter amerikansk og islandsk forbillede.

Der er lavet flere evalueringer af børnehusene – den seneste er fra 2010 og baserer sig på sagsakter på 1.000 børn, som har været genstand for efterforskning i løbet af 2009 i 12 geografiske områder. Af de 12 områder har otte et børnehus, mens de fire ikke har. Evalueringen viser, at der findes i hvert fald 22 institutioner i Sverige, som bygger på grundkonceptet for børnehuse. Der foreligger nationale retningslinjer for børnehusene i Sverige, som blev revideret i sommeren 2009. Ingen af børnehusene lever dog fuldt op til retningslinjerne – enkelte er dog tæt på (fx Linköping, Göteborg og Lund).

Overordnet konkluderer evalueringen, at det er bedre for børnene, at den samlede støtte i disse sager findes på ét sted, så barnet ikke er nødsaget til at bevæge sig rundt til forskellige instanser (politi, sygehuse, sociale myndigheder) i samme sag. Børns tryghed - og dermed tillid til de voksne, der vil hjælpe det - stiger, når alle udredningstiltag sker i børnevenlige rammer. For det andet giver det øgede samarbejde mellem fag og myndigheder (sociale myndigheder, psykologer, børnepsykiatri, pædiatri, retsmedicin og politi) et bredere vidensgrundlag for udredninger og undersøgelser og muligheden for en tværfaglig håndtering af barnets problematikker. Opklaringsfrekvensen i sagerne viser sig imidlertid ikke højere i børnehusene end andre steder.

Evalueringen finder, at det er vigtigt, at de fornødne ressourcer og faglige kompetencer (specialiseret faglighed) er til stede, hvis børnehusmodellen skal være effektiv. De fagpersoner, som skal undersøge børnene og udrede sagerne, bør være specialister på området.

Samtidig lægges der i evalueringen vægt på, at lettilgængelighed er afgørende for et børnehus. Ikke bare for de børn og familier, der skal benytte huset, men også for de fagpersoner, der skal gøre brug af det (og ikke har det som fast arbejdsplads). Hvis børnehuset ligger et uhensigtsmæssigt sted, er der stor risiko for, at sagen udredes lokalt.

Den kvalitetsmæssige fordel, der ligger i samarbejdet i et børnehus, består især af den koordination og det kontinuerlige samarbejde, som er muligt her. I løsere samarbejdsformer er det vanskeligere at fastholde den flerfaglige specialistkompetence, som kendetegner en børnehusmodel. Evalueringen viser imidlertid, at samarbejdet ikke fungerer efter hensigten i alle børnehuse, fx har lægesamarbejdet ikke været tilstrækkeligt. Evalueringen finder, at det af geografiske årsager kan være vanskeligt at etablere børnehusmodellen fuldt ud alle steder, så der kan være behov for flere typer af børnehuse, fx et samarbejde mellem a) 'komplette' børnehuse og b) børnehuse, som ønsker at udvikle sig til 'komplette' børnehuse, men endnu ikke er det og c) mindre lokale enheder, som ikke arbejder på at blive børnehuse efter de nationale kriterier.

Ligeledes foreslår evalueringen, at man udvider målgruppen af børn, der kan få hjælp i børnehuset, bl.a. også for at sikre et tilstrækkeligt grundlag. De svenske erfaringer viser, at børn under 4 år og over 14 sjældent kommer i børnehuse. Ligeledes bør man ifølge evalueringen være opmærksom på, at børn med funktionsnedsættelse også er en del af målgruppen. Evalueringen anbefaler, at man fremadrettet overvejer fordele og ulemper i forhold til børn, der har krænket andre børn, samt børn, der har været vidne til vold. Hvis disse børn skal være en del af målgruppen, er det vigtigt, at man udvikler børnehusenes tilbud specifikt i forhold til disse børn.

4.4.5 Perspektivering af internationale erfaringer i dansk kontekst

Overgreb mod børn er et komplekst problem, som ikke kan løses med enkle tiltag. Internationalt set har børnehusmodellen udviklet sig på baggrund af en øget opmærksomhed på de komplekse problematikker, der udspiller sig i disse sager og en erkendelse af, at vi skal blive bedre til at få øje på, handle på og håndtere sagerne – med mindst mulig belastning for børnene og deres familier. De foreløbige internationale evalueringer af børnehuse viser overordnet set, at børnehusmodellen er en effektiv ramme, hvis kvalitet består i - når den er implementeret fuldt ud - at den tilbyder en tværfaglig og tværsektoriel ramme omfattende sociale myndigheder, politi og sundhedsvæsen for identificering og håndtering af barnets og familiens problematikker. Kernen i børnehusmodellen er en børnevenlig, specialiseret og effektiv tilgang til at undersøge, håndtere, behandle og retsforfølge sager om overgreb mod børn.

De internationale erfaringer viser, at der bør være fælles retningslinjer eller standarder for børnehuse med henblik på, at børn, unge og deres familier i den vanskelige situation modtager samme højt kvalificerede tilbud på tværs af landet. Endvidere vil fælles retningslinjer eller standarder give mulighed for fælles dokumentation af og opfølgning på indsatsen i børnehusmodellerne. Børnehuse kan dog antage forskellige former og forankres forskelligt, idet børnehuse typisk udvikles under hensynstagen til lokale geografiske og organisatoriske forhold.

5 anbefalinger for fremtidige tilbud og indsatser

5.1 Behovet for tilbud og indsatser

Overgreb mod børn omhandler i sin bredeste forstand alle former for fysiske, psykiske og seksuelle overgreb, misrøgt, omsorgssvigt, nedværdigende behandling eller udnyttelse, som medfører en faktisk eller potentiel skade for barnets helbred, overlevelse, udvikling eller værdighed.

Mistanke om overgreb kan opstå på forskellig måde. Mistanke kan fx fremkomme på baggrund af et barns adfærd eller udtalelser, observationer eller underretninger om specifikke voksnes adfærd overfor et enkelt barn eller flere. Indgangsvinklen i den enkelte sag kan være forskellig afhængig heraf. Familie, pædagoger, skolelærere m.fl. kan fx få mistanke om overgreb på baggrund af symptomer, reaktioner m.v. fra barnet. Kommunale medarbejdere kan blive opmærksomme på et muligt overgreb mod et barn via underretninger eller som led i en anden indsats over for et barn eller en familie. Politiet kan modtage anmeldelser, såfremt der er observeret mistænkelige forhold eller hændelser, eller sundhedsprofessionelle kan bemærke symptomer, som kan give anledning til behov for nærmere vurdering.

Andelen af børn, der tager langvarig eller varig skade fysisk og især psykisk, vil afhænge af en lang række specifikke forhold. Risikoen for skader vil bl.a. afhænge af:

Omfang og varighed: Befolkningsundersøgelser og forløbsundersøgelser viser, at det i højere grad er den samlede mængde af overgreb og de psykosociale belastninger, der har afgørende betydning for følgevirkningerne for barnet fysisk og psykisk på kort og lang sigt, end karakteren af det enkelte overgreb.

Relationen til krænkeren: Det har ligeledes betydning, hvem der begår overgrebet. Udenlandske undersøgelser finder, at barnet i 70-85 % af tilfælde med seksuelle overgreb kender gerningsmanden og har tillid til vedkommende, hvilket er en komplicerende faktor. I nogle tilfælde drejer det sig om børn, der krænker andre børn, og hvor der således er behov for en målrettet indsats i relation til to børnesager. I sådanne tilfælde vil det krænkende barn ofte selv have været udsat for omsorgssvigt, fysisk, psykisk og/eller seksuelt overgreb.

Ressourcer: Barnets og familiens ressourcer er af betydning for omfanget og graden af den skade, der påføres barnet. Relevant støtte fra professionelle i den givne situation og efterfølgende kan medvirke til at reducere skadevirkningen på både kort og længere sigt.

Håndteringen og tilgangen i det enkelte tilfælde vil afhænge af de konkrete omstændigheder, men generelt vil opgaven i forbindelse med en konkret sag i relation til barnet omhandle:

- Sikre ophør af overgreb
- Beskytte barnet samt skabe trygge rammer på både kort og længere sigt
- Hjælpe barnet til bedst muligt at overvinde de psykiske, fysiske og udviklingsmæssige skader, det er blevet påført i forløbet
- Sikre at undersøgelser, udredninger, efterforskning m.v. ikke påfører barnet nye traumer eller forværrer tidligere traumer

Under hensyn til bl.a. forebyggelse af yderligere overgreb har politiet til opgave at efterspore og identificere gerningsmænd, samle beviser m.v., hvilket, sammenholdt med den kommunale indsats for at opfylde servicelovens forudsætninger, kan medføre risiko for yderligere belastninger af barnet, dets familie, nærmiljø m.v. Tilsvarende kan lægelige undersøgelser være traumatiserende for barnet.

Det er derfor vigtigt, at de forskellige aktiviteter, som en rejst mistanke om overgreb udløser, håndteres af alle involverede instanser med fokus på, at barnets tarv skal være i centrum og tilgodeses i alle forløbets forskellige faser.

Tilbud og indsatser bør tilrettelægges ud fra den præmis, at kommunerne altid er involveret, hvis der er kendskab til eller grund til at antage, at et barn eller en ung har været udsat for overgreb, og at politi og sundhedsvæsen kun involveres, hvis der vurderes at være behov herfor, eller hvis sagen starter i det regi.

5.2 Baggrund for modeller for børnehuse

I en række andre lande er der udviklet modeller for samling af indsatserne over for barnet og familien. Modellerne indebærer, at der etableres et tværsektorielt samarbejde mellem sociale myndigheder, politi og sundhedsvæsen med udgangspunkt i lokaler, der er børnevenligt indrettet. I Norden har denne organisationsform fået betegnelsen 'børnehuse'.

Som det tidligere er skitseret, viser de internationale erfaringer, at børnehuse i praksis findes i mange forskellige former og har forskellig faglig bredde og opgaveportefølje. Uanset form og indhold har børnehuse generelt været et svar på udfordringen om øget kvalitet i sagsbehandlingen, herunder bedre tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og koordination i sager om overgreb på børn. Erfaringerne peger på, at børnehusemodeller kan fungere som en god ramme for arbejdet, om end der er brug for mere viden om de forskellige former for børnehuse, herunder fordele og ulemper ved forskellige modeller.

Med baggrund i ønsket om at styrke kvaliteten af den tværsektorielle og tværfaglige indsats på området forekommer det således hensigtsmæssigt at etablere børnehuse i Danmark. Der findes i dag kun få eksempler på børnehuselignende tilbud i Danmark. Videreudvikling og etablering af børnehuse i Danmark kan med fordel bygge på allerede eksisterende, kvalificerede tilbud og erfaringer samt sikre tilvejebringelse af yderligere tilbud samt eventuel opgradering af eksisterende tilbud, så indsatsen kan blive af ensartet god kvalitet på tværs af landet.

Kravene til en organisatorisk løsning kan opsummeres i følgende:

- **Barnet i centrum**, herunder fokus på barnets behov, bl.a. for trygge og børnevenlige rammer
- **Forpligtende samarbejde** og koordination tværsektorielt og på relevant niveau mellem kommuner, politi og sygehusvæsen
- **Let tilgængelighed** for henvendelser og tilbud, hvor det er muligt
- **Velkvalificeret og kompetent personale** med viden, rutine og erfaring
- Tilstedeværelse af **relevante tværsektorielle og tværfaglige kompetencer** i forhold til opgaverne
- **Fysiske huse med fast personale**, der samarbejder i **et formaliseret netværk af faglig ekspertise**
- **Høj faglig kvalitet** i opgaveløsningen
- **Ensartet kvalitet af tilbud** til børn på tværs af landet
- **Dokumentation og evaluering** af indsatsen

I sager om overgreb mod børn er der et væsentligt hensyn til let tilgængelighed til tilbuddene, herunder et behov for nærhed - især i de tilfælde eller faser, hvor der er tale om længerevarende forløb med behov for hyppig kontakt. Der er samtidig behov for, at opgaverne varetages på højt kvalitetsniveau, hvilket stiller store krav til rutine, viden og erfaring, samt at opgaverne varetages steder, hvor der er det fornødne apparatur og organisatoriske 'set up'. Hensynet hertil tilsiger, at opgaverne samles få steder og på få hænder.

Hensynet til nærhed og hensynet til tilbud af høj kvalitet kan være svære at forene. Børnehuse må ikke centraliseres i et sådant omfang, at det bliver for vanskeligt for barnet og familien at modtage den relevante støtte, hjælp, vurdering og behandling. Samtidig er det vigtigt, at barnet og familien kan tilbydes højt kvalificeret undersøgelse, støtte, hjælp, vurdering og behandling, og det betyder, at børnehusfunktioner ikke kan etableres mange steder i landet, da det ikke vil være muligt at opretholde den fornødne ekspertise i et stort antal børnehuse. Etableringen af børnehuse i Danmark må derfor ske på baggrund af en afvejning af sådanne hensyn.

En sag vil typisk forløbe i gennem tre faser:

1. En indledende fase, hvor mistanke opstår og skal søges bestyrket eller afkræftet
2. En intensiv undersøgelsesfase, hvor hændelsesforløbet samt barnets behov for støtte undersøges og afklares
3. En opfølgende fase, hvor barnet, familien og nærmiljøet modtager de relevante tilbud til så vidt muligt at blive i stand til at fungere og udvikle sig positivt fremadrettet

Generelt gælder, at der bør foreligge planer, vejledninger, beredskaber og kvalitetsstandarder for det offentliges indsats i hver fase, således at den relevante indsats kan leveres koordineret, hensigtsmæssigt og i rette tid. I den forbindelse skal der foreligge de nødvendige og relevante samarbejdsaftaler og koordineringsfora mellem de involverede sektorer, herunder bl.a. klare visiteringsaftaler m.v. under hensyn til fx barnets behov og en sags kompleksitet.

Det kræver stor tværfaglig ekspertise at håndtere og undersøge disse vanskelige sager, hvor viden og erfaring udfordres af tvivl og usikkerhed. I mange tilfælde kan man stå tilbage med, at en mistanke hverken kan bekræftes eller afkræftes. Det er vigtigt, at man også i sådanne sager i den opfølgende fase tager udgangspunkt i barnets og familiens behov for støtte. Selvom den politimæssige efterforskning ikke fører til, at der rejses sigtelse eller tiltale i en konkret sag, vil der være grundlag for en social sag hos de kommunale myndigheder med henblik på at vurdere det enkelte barns behov for særlig støtte efter serviceloven.

5.3 Arbejdsgruppens anbefalinger

Det overordnede formål med arbejdsgruppens forslag til model for børnehuse i Danmark er at bidrage til en styrkelse af det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde i sager om overgreb mod børn med henblik på at yde den bedst mulige indsats over for det enkelte barn og dets familie. Det er samtidig formålet at sikre ensartet høj kvalitets i indsatsen på tværs af landet, så alle børn og deres familie har adgang til den bedst mulige hjælp og støtte.

Der har blandt arbejdsgruppens medlemmer været flere forskellige opfattelser af, hvordan børnehusmodellen bør etableres i Danmark. Det må derfor anbefales, at børnehusmodellen i dansk kontekst evalueres tre år efter implementering.

Arbejdsgruppen fremsætter følgende anbefalinger:

- 1) Kommunerne i hver af landets fem regioner etablerer i fællesskab ét organisatorisk børnehus, som bemannes med relevant personale med de nødvendige og hensigtsmæssige kompetencer, herunder socialfaglige og psykologiske. Herudover vil fagpersoner fra de sociale myndigheder, politiet og sundhedsvæsenet efter behov kunne inddrages. Børnehusene etableres med udgangspunkt i et tværkommunalt samarbejde.
- 2) Afhængig af geografi og eventuelle andre forhold kan det enkelte børnehus eventuelt råde over flere matrikler i regionen, som kan benyttes under hensyn til behov for bl.a. let tilgængelighed for barn og forældre samt samarbejdet med den relevante politikreds.
- 3) Det vil være en forudsætning, at der etableres faste og formaliserede aftaler omkring drift, benyttelse og samarbejde mellem relevante kommuner, politikredse og sygehuse.
- 4) De tre børnehuse i hhv. Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden kan med fordel placeres tæt ved og i samfunktion med de tre højtspecialiserede sygehusfunktioner, som af Sundhedsstyrelsen er godkendt til at varetage funktionen seksuelt misbrugte børn i samarbejde med de retsmedicinske institutter, der er beliggende de samme steder. De to øvrige børnehuse i hhv. Region Nordjylland og Region Sjælland kan med fordel placeres tæt ved et større sygehus i regionen med en pædiatrisk afdeling.
- 5) I børnehusene håndteres sager, hvor der er behov for et samarbejde mellem kommune og politi og sundhedsvæsenet. Indsatsen i børnehuset kan fx bestå af børnefaglig, psykosocial og/eller psykologisk undersøgelse, udred-

ning og behandling samt krisestøtte til barnets nære relationer. I den enkelte konkrete sag bør relevante fagpersoner fra de involverede myndigheder deltage, dvs. relevante kommunale sagsbehandlere, polititjenestemænd og sundhedsfagligt personale. Politiet kan foretage videoafhøring af barnet i børnehuset samt vurdere behovet for retsmedicinsk undersøgelse. Sundhedsfagligt personale fra de højt specialiserede sygehusafdelinger kan deltage i samtaler, samråd og netværksmøder i børnehuset samt foretage en vurdering af barnets behov for sundhedsfaglig indsats og evt. viderevisitation.

- 6) Alle fem børnehuse (inkl. Region Nordjylland og Region Sjælland) bør være omfattet af samarbejdsaftaler med de tre højtspecialiserede sygehusafdelinger og retsmedicinske institutter om varetagelse af visitation, undersøgelser m.v., herunder indlæggelsesmulighed i de sager, hvor en specialiseret sundhedsfaglig indsats er påkrævet. For børnehuse placeret i Region Nordjylland og Region Sjælland skal der endvidere være en samarbejdsaftale med et af regionens egne sygehuse, jf. ovenfor.
- 7) Det er centralt, at der sikres tæt og forpligtende samarbejde og netværk på tværs af børnehuse og involverede myndigheder om den faglige udvikling på området. Det betyder, at børnehuse skal opfylde fælles minimumskrav til tværsektoriel funktionalitet i børnevenlige rammer. Herudover betyder det, at netværksmøder, årsmøder, kurser, temadage m.m. afholdes for alle involverede i netværket, og at der udarbejdes fælles retningslinjer og kvalitetsstandarder for indsatsen i børnehuse med henblik på at sikre et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet. Der bør endvidere ske fælles registrering og dokumentation med henblik på at kunne opsamle erfaringerne og evaluere indsatsen.

5.3.1 Børnehuses målgruppe og opgave

Målgruppen for børnehuse er børn og unge (til og med 17 år), der har været udsat for overgreb, herunder både seksuelle overgreb og vold, (eller hvor der er mistanke herom) samt deres familier. Rapporten har taget udgangspunkt i den nuværende lovgivnings bestemmelser vedr. opgaver og ansvar, men ud fra en tanke om et mere forpligtende tværsektorielt samarbejde end hidtil. Børn kan blive henvist til børnehuset fra flere sider, både fra kommuner, politi og sundhedsvæsen.

Kommunen har et hovedansvar for at forebygge, at overgreb mod børn forekommer, og har pligt til at yde støtte efter serviceloven til børn, der har behov herfor fx pga. overgreb, evt. suppleret med sundhedsfaglige ydelser fx i pædiatrien eller børne- og ungdomspsykiatrien m.v. efter behov. Det er endvidere et kommunalt ansvar at iværksætte opfølgende og evt. længerevarende behandling og indsats over for barnet. Kommunen er således en gennemgående myndighed i alle overgrebsager.

Opgaver, der knytter sig til det forebyggende og opsporende arbejde (fase 1, jf. ovenfor) varetages primært af kommunerne. Opgaverne i den intensive undersøgelsesfase, hvor hændelsesforløbet samt barnets behov for støtte undersøges og afklares (fase 2, jf. ovenfor) involverer tværfagligt samarbejde mellem myndighederne og bør ske i regi af børnehuse.

Opgaverne efter en sag (fase 3, jf. ovenfor), fx opfølgning/længerevarende efterbehandling, bliver primært iværksat på baggrund af kommunal beslutning og varetat-

ges af kommunerne, medmindre der er behov for specifikke sundhedsfaglige ydelser fx i pædiatrien eller børne- og ungdomspsykiatrien m.v.

I børnehusene håndteres sager, hvor der er behov for et samarbejde mellem kommune og politi og eventuelt også sundhedsvæsenet. Børnehusenes opgave er at koordinere indsatsen i forhold til det konkrete barn og dets familie. Den kommunale myndighedssagsbehandler bør indgå som en del af børnehusteamet i den konkrete sag og træffe de nødvendige afgørelser omkring barnets sikkerhed og behov for særlig støtte, jf. kommunens ansvar efter serviceloven for at sikre barnet den nødvendige støtte. Den samlede indsats foregår med udgangspunkt i børnehuset. Indsatsen i børnehuset kan fx bestå af børnefaglig, psykosocial og/eller psykologisk undersøgelse, udredning og behandling samt krisestøtte til barnets nære relationer. Derudover kan børnehuset yde rådgivning til borgere, fagpersoner m.m. i spørgsmål om overgreb mod børn. Børnehuset bør som udgangspunkt bemannes med et antal faste medarbejdere med relevante særlige faglige kompetencer på området, herunder fx sekretær, psykologer og socialrådgivere.

I den enkelte konkrete sag bør endvidere deltage relevante fagpersoner fra de involverede myndigheder, dvs. relevante kommunale sagsbehandlere, polititjenestemænd og sundhedsfagligt personale. Børnehuset kan således som led i en samarbejdsaftale hente ekspertise ud til børnehuset lokalt. Politiet kan foretage videoafhøring af barnet i børnehuset samt vurdere behovet for retsmedicinsk undersøgelse. Politiets videoafhøring af barnet bør foregå i et børnevenligt lokale indrettet til formålet. Sundhedsfagligt personale kan foretage vurderinger af barnets behov for en sundhedsfaglig indsats i børnehuset. Der bør endvidere kunne trækkes på ekspertise fra SISO, Den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO), Janus-Centret m.fl. ved behov.

Ved behov for sundhedsfaglig rådgivning, vurdering og behandling har børnehuset adgang til dette via et samarbejde med en af de tre højt specialiserede sygehusafdelinger eller andre stedlige børneafdelinger efter aftale med en højt specialiseret sygehusafdeling. Pædiatere og andet sundhedsfagligt personale vil således i børnehuset kunne deltage i samråd og netværksmøder og vil kunne foretage vurdering af barnets sygehistorie, deltage i samtale med barnet og dets familie samt visitere barnet til nærmere pædiatrisk undersøgelse m.v. på en af de højt specialiserede sygehusafdelinger eller eventuelt anden afdeling.

Ved komplicerede sager, hvor der er behov for specialiseret pædiatrisk indsats, vil barnet skulle henvises til en af de tre højt specialiserede sygehusafdelinger, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for pædiatri. De højt specialiserede sygehusfunktioner har til opgave at varetage sager om seksuelt misbrug af børn, herunder specialiseret pædiatrisk undersøgelse og behandling samt retsmedicinsk undersøgelse (på politiets anmodning) i samarbejde med de retsmedicinske institutter. De tre sygehusfunktioner skal leve op til de krav, som Sundhedsstyrelsen stiller til varetagelse af seksuelt misbrugte børn. Det betyder bl.a., at der skal være adgang til samarbejde med en række andre specialiserede sygehusfunktioner og specialer, herunder fx børne- og ungdomspsykiatri, samt adgang til nødvendigt udstyr og faciliteter.

Ved mindre komplicerede sager i børnehuset, hvor der ikke er mistanke om seksuelle eller alvorlige fysiske overgreb, men hvor fx barnets almene trivsel, ernæring m.v. kræver sundhedsfaglig vurdering og behandling, evt. under indlæggelse, kan barnet henvises til en almindelig pædiatrisk sygehusafdeling.

Omfanget af tilbuddet på hver af de tre specialiserede sygehusfunktioner varierer, som det er i dag. Derfor tænkes funktionerne udbygget med henblik på at muliggøre et styrket samarbejde med kommuner og politi i regi af de kommende børnehuse samt med henblik på at sikre et ensartet tilbud af høj kvalitet på tværs af landet. For eksempel betyder det, at alle højt specialiserede sygehusfunktioner bør have en egentlig centerfunktion specifikt rettet mod målgruppen. Alle tre funktioner bør være bemandede med relevante tværfaglige særlige kompetencer på området i form af et antal faste medarbejdere. Funktionerne bør endvidere udbygges, så de også omfatter en psykosocial indsats både til barnet og dets nære relationer som integreret del af de udrednings- og behandlingsforløb, der foregår på disse sygehuse. Dette skal dog samtænkes med den øvrige samlede indsats i den kommende børnehusfunktion. Den psykosociale indsats skal forløbe parallelt og integreret med de øvrige indsatser igennem hele forløbet. I mange sager vil den psykosociale indsats foregå i børnehuset. I andre sager kan der være behov for en korterevarende psykosocial indsats i forbindelse med sygehusbehandling på den højt specialiserede sygehusafdeling, fx hvis barnet først modtages på sygehuset, eller hvis det vurderes relevant for barnet i den konkrete situation.

5.3.2 Et styrket tværsektorielt og tværfagligt samarbejde

Det er afgørende, at der er et tæt og fast aftalt samarbejde mellem involverede fagpersoner i børnehusene om faglig udvikling på området.

Alle børnehuse, herunder det involverede kommunale personale, polititjenestemænd og sundhedsfaglige personale, indgår i et samlet netværk i forhold til løbende kvalitetsudvikling, dokumentation og evaluering. Det betyder, at ledelsesnetværk, ledermøder, koordinationsgrupper, årsmøder, kurser, temadage m.m. er for alle involverede myndigheder/parter i dette netværk. Eventuelle monofaglige udviklingsaktiviteter bør involvere alle myndigheder/parter involveret i børnehusene.

Samarbejdet bør også omfatte udarbejdelse og vedligeholdelse af fælles retningslinjer og kvalitetsstandarder for indsatsen, herunder også klare visitationsretningslinjer. Indsatsen bør endvidere dokumenteres ensartet og samlet med henblik på opsamling og evaluering af det landsdækkende tilbud.
