



Oslo kommune  
Legevakten

Justisdepartementet  
Politiavdelingen  
Pb 8005 Dep  
0030 OSLO

JUSTISDEPARTEMENTET	
- 2 JUN 2008	
SAKSNR:	200801226
AVT/KONT/BEH:	PIA/PIA/IBF
DOK.NR.	18
ARKIVKODE:	431.0

Dato: 30.05.2008

Deres ref:

Vår ref (saksnr):

Saksbeh:

Arkivkode:

200600083-30

Endre Sandvik, 23487010

121

**HØRINGSUTTALELSE VEDR NOU 2008:4  
"FRA ORD TIL HANDLING- BEKJEMPELSE AV VOLDTEKT KREVER  
HANDLING"**

Overgrepsmottaket ved Oslo Legevakt anser den fremlagte NOU 2008:4 som et svært viktig dokument med mange gode forbedringsforslag som bør tas til følge.

Våre kommentarer baserer seg på års erfaring ved overgrepsmottaket på legevakten i Oslo, samt aktuelle forskningsresultater. Kommentarene presenteres i den rekkefølge som angitt i høringsbrevet.

**1. Generelt.**

**1.1 Innledningsvis begrenser NOU 2008:4 seg til å omfatte voldtekt og voldtektsforsøk.**

Vi anbefaler at man i politianmeldte tilfelle ikke rigid begrenser tiltakene til å gjelde saker kodet som voldtekt/ voldtektsforsøk av politiet; anbefalingen begrunnes av flere forhold:

- Vi har erfart at flere saker som hos oss er beskrevet som penetrerende overgrep under tvang og således burde kvalifisere for å bli kodet som voldtektsanmeldelse, ikke er blitt klassifisert som sådan av politiet, dvs kodingsdiskrepans (1).
- Det er også sett at politiet i mindre grad utnytter mottakets bevismateriale i seksualovergrep som ikke er kodet som voldtekt (1).
- Serieovergripere begår gjerne flere typer overgrep av ulike alvorlighetsgrad (2).
- Utviklingen i DNA teknologi tilsier at det nå er relevant med sporsikringsundersøkelse i flere typer overgrepssaker.

Det bemerkes også at Sosial- og Helsedirektoratets "Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten"(3) presiser at mottakene skal ta håndtere både seksualovergrep og vold i nære relasjoner. Ved partnermishandling inngår ofte seksualovergrep som ledd i mishandlingen, men dette avdekkes ofte senere.

**1.2 Ad omfang og anmeldeshyppighet.**

mfangsestimatet presentert i NOU 2008:4 anses rimelig. Vårt overgrepsmottak har anslått at vi ser omtrent 5-10% av de voldtekter/voldtektsforsøk som skjer i byen pr. år (4), og ca. halvparten anmeldes (stabil frekvens over år).

Oslo politiet rapporterer at 40% har søkt lege, overgrepsmottaket ikke spesifisert (5), hvorfor

Legevakten

Postadresse:  
Storgt. 40  
0182 OSLO  
Besøksadresse:

Storgt 40

Telefon: 23 48 70 00

Telefaks: 23 48 70 70  
www.legevakten.oslo.komm  
une.no  
Org nr: 084 630 407

man kan anta at overgrepsmottakets og politiets mørketall er sammenlignbare.

Grunnene for at utsatte søker hjelp/anmelder eller ikke, er overlappende og beslektet (4;6;7), og relaterer seg til traumereaksjoner, individspesifikke forutsetninger, myter, støtte / holdninger i nettverket, konkret kunnskap om og forventinger til hjelpetilbud/politi. Frykt for overgriper/dennes miljø innvirker også.

Det er en stor utfordring å senke terskelen for å søke hjelp/anmelde. Man må formidle faktainformasjon om seksualovergrep for å avdekke mytene og øke kunnskapen om traumereaksjoner for å motvirke ledsagende skam og unngåelsesreaksjoner. Både hjelpeapparat og politi må utvise aktiv oppfølging (6;8), og politiet bør henvise alle anmeldende til overgrepsmottak for hjelp, også når overgrepet ligger tilbake i tid.

Ved overgrepsmottaket ser vi at bl.a. ungdom nøler mer før de søker hjelp (4), likeledes vet vi at terskelen er høyere for flere sårbare grupper, bl.a funksjonshemmede (6).

### **1.3 Forskning**

Vi støtter forslaget om å tilrettelegge for mer forskning innenfor alle omtalte områder.

## **2. Rettsapparatets behandling**

### **2.1 SEPOL politiets sentrale enhet mot seksualisert vold**

Oslo mottaket har ikke sterke meninger rundt dette punktet, men antar at sentral kompetanse er positivt. Vi har god erfaring med sedelighetsavsnittet i Oslo politidistrikt; de av våre saker som etterforskes derfra, synes få bedre oppfølging enn de som delegeres til andre politistasjoner, og sedelighetsavsnittet har bl.a. bedre rutiner for bruk av mottakets arbeid.

### **2.2 Kompetansehevende tiltak i rettsapparatet**

Mottaket slutter seg til forslaget.

Mottaket er ikke meningsberettiget mht teknisk/taktisk etterforskning, men anser det svært viktig å systematisere bruken av medisinske "bevis", å utvikle modeller for samarbeide i enkeltsaker, og i større grad bruke mandat og sakkyndige for å få belyst viktige problemstillinger (9). Slike rutiner er i dag rimelig godt utviklet ved undersøkelse av døde fornærmede (rettsmedisin/rettspatologi) og innen rettspsykiatrien, mens det gjenstår mye utviklingsarbeide både for rettsvesen og helsevesen i saker vedrørende overlevende kriminalitetsofre ("klinisk rettsmedisin") og siktede. Hittil har vi erfart at viktige medisinske informasjon/vurderinger ikke har kommet frem, med den konsekvens at feil deler av spormateriale er blitt analysert, og dom er begrunnet på feilaktig tolkning av medisinske funn (1). Vi har også blitt stilt vanskelige vurderingsspmålr direkte i retten, uten mulighet til forhåndsstudier slik at man kunne gitt en reell og velbegrunnet vurdering av forholdet.

Det fremmes også forslag om at dommere skal undervises om skadevirkninger, hvilket også støttes. Fra mottakenes side anføres at vi må utvikle standardmetoder for dokumentasjon av skadevirkninger, hvilke element som skal være med i grunnlaget, hvordan vurderingen skal formuleres, og hvem som skal formulere den. Metodene bør utvikles i samarbeid med rettspsykiatrien.

Imidlertid, all ordensmakt trenger kunnskap om traumereaksjoner. Sjokkfasen kan påvirke adferd og formidlingsevne slik at utsatte kan fremstå som dårlige vitner. Profesjonelle bør være aktive mht å opprettholde kontakt ("aktiv innhenting"), og det er vesentlig å ivareta mulighetene ved det første møtet (6). Forslaget om også å skolere ordenspolitiet, er derfor svært

prisverdig. Blant overgrepsmottakets pasienter har vi avdekket at opptil 25% av de som har vært i kontakt med politiet ikke følger opp med full anmeldelse (7).

### **3 Forebyggende tiltak.**

#### **3.1 Tiltak rettet mot ungdom**

Det er viktig, da aldersgruppen 16-25 år har størst risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep (10-12). Vi antar at mørketallene er svært høye blant disse yngste, de som søker hjelp kommer gjerne forsinket, og de synes i mindre grad nyttiggjøre seg påfølgende samtaletilbud. Ungdom er mer påvirket av voldtektsmyter og legger derfor større ansvar på jentene, de er mer utsatt for overgrep fra kjente, og ofte under rus (12).

Styrket helsesøstertjeneste, og tilretteleggelse for senhenvendelser til mottakene anses å være svært viktig tiltak for å nå ungdommen, Holdninger til sex, rus og grensesetting er viktige tema, likeledes fakta vs myter, og man må motvirke bagatelliseringen av å utnytte en beruset person. Oslo mottaket merket også en klar økning i antallet henvendelser parallelt med økningen i ungdom/unge voksnes alkoholinntak på slutten av 90 tallet.

I 2007 oppgav hele 74 % av de utsatte ved mottaket i Oslo at de frivillig hadde inntatt rusmidler, i all hovedsak alkohol. Samfunnet står overfor utfordringer mht generell forbygging og informasjon, samt politiske føringer angående tilgjengeligheten til alkohol.

Overgrepsmottakene kan formidle relevant faktainformasjon, men opplysningsarbeid og forebyggende tiltak må også drives av andre instanser enn oss.

#### **3.2 Undervisning**

Vi støtter forslagene om å ta seksuelle overgrep og tilgrensende tema inn i undervisningsplanene i grunnskolen og videregående skoler.

Permanente undervisningstilbud ved relevante profesjonsutdanninger er ønskelig, evt supplert med videreutdanningstilbud.

I dag er krisearbeid solid forankret i sosionomers grunnutdannelse er, dette bør utvides til å omhandle mer spesifikk læring om vold i nære relasjoner, seksualisert vold og traumearbeid. Innen psykologi finnes det noe om vold og overgrep, men både grunn- og videreutdannelsen kan suppleres. Grunnutdannelse innen sykepleie rapporteres ha lite om temaet. For leger bør rettsmedisin også inngå i spesialistutdannelsene, da fokusert på det som er relevant for den enkelte spesialitet.

#### **3.3 Nettportal**

Vi anser en godt utviklet nettportal som en vesentlig informasjonskanal, særlig overfor ungdom, og støtter forslaget.

Oslo mottaket og Nasjonalt Kompetansesenteret for Legevaktsmedisin har en nettside under planlegning (stimuleringsmidler fra Helse- og Sosial direktoratet). Nettsiden bør ha linker til aktuelle nettstedet som spesielt når ungdom. Nettsiden bør informere på flere språk, om hjelpemuligheter slik at den formidler reell hjelp, og om andre vesentlige forhold / generell informasjon bl.a. for forebyggende virksomhet

#### **3.2 Introduksjonsprogram for innvandrere**

Forslaget støttes.

I tillegg til introduksjonsprogram mener vi det er viktig å benytte andre kanaler inn i miljøene, eks foreninger, organisasjoner, menigheter og lignende. Representanter for aktuelle nasjonalgrupper vil i

langt større grad ha forutsetninger for å nå frem med informasjon og holdningsskapende arbeid. Arbeidet bør omfatte nyankomne gjestearbeidere i Norge.

## **4 Behandlingstiltak og hjelpetiltak**

Dette punktet er svært viktig. Å bli utsatt for seksuelle overgrep kan ha/har store helsemessige og psykososiale konsekvenser. Det er dokumentert at overgrepsutsatte har større forbruk av helsetjenester i årene etter et overgrep (13). Det er stor risiko for rusutvikling (14) og utvikling av psykiske lidelser som posttraumatisk stress-sykdom, depresjon, sosial fobi og seksuell dysfunksjon (15). I forbindelse med et forskningsprosjekt avdekket vi at 5% av pasientene var døde innen 7 år etter konsultasjon for overgrep; hvilket sier noe om pasientgruppens sårbarhet (4).

### **4.1 Oppfølging – Rådgivningskontor for kriminalitetsofre (RKK)**

Det er for oss uklart hvilken rolle RKK skal ha. Rådgivende i alle ledd, inklusive psykososial oppfølging? Eller være kontaktformidler til øvrig hjelpeapparat? Hvilken andre yrkesgrupper foreslås tilknyttet?

I dag fungerer bistandsadvokat som støtte i den juridiske prosessen, og for det meste godt. For rehabiliteringen mener vi at helse- og sosialvesen må sterkere inn, siden helsemessige risiko og konsekvenser er store, både fysisk og psykososialt. Slik forslaget fremstår, stiller vi oss tvilende til at utbygning av Rådgivningskontorene for kriminalitetsofre vil kunne gi et tilstrekkelig tilbud.

### **4.2 Oppfølging – Helse- og sosialvesen**

Overgrepsmottaket i Oslo har lenge etterlyst en tverrfaglig oppfølgingsenhet forankret i behandlingsapparatet, og har hatt forslag om ulike modeller for dette allerede ved opprettelsen av mottaket, gjentatt i 1994.

Vi har sett at de undersøkte trenger en tverrfaglig oppfølging, både medisinsk og psykososialt, på primær – og spesialistnivå (4;6;15). Aktiv oppfølging er viktig, da noen av de mest traumatiserte unndrar seg kontakt (8), og man trenger et repertoar av tilnæringsmåter for individuell tilpasning. Tverrfaglighet og samarbeid med øvrige helse- og sosialtjenester er også nødvendig.

En slik oppfølgingsenhet vil kunne gi bred og effektiv hjelp, være kompetanseskapende og gi betydelig spin-off effekt mht kompetanseformidling til andre deler av hjelpeapparatet og overføringsverdi vs andre sterkt traumatiserte personer.

### **4.3 Veileder**

Veileder for oppfølgingsarbeide og psykososialt arbeide må utarbeides; dette anses helt nødvendig. En veileder vil kvalitetssikre arbeidet med de utsatte, og gi mer likeartet behandling nasjonalt. Man bør dra nytte av erfaringene fra psykososialt og medisinsk oppfølgingsarbeide fra de store mottakene; supplert med annen traumekompetanse.

Vi vil fremheve sosionomtjenesten som en vesentlig ressurs, mange steder et ubenyttet potensiale, men hos oss en grunnleggende forutsetning for driften av mottaket. Sosionomer er utdannet i psykososialt arbeid med vekt på relasjonsbyggende kompetanse, og relasjoner er vesentlig i traumearbeide; både den utsattes forhold til nettverket og til de profesjonelle. Vårt mottak har i dag et program for det psykososiale arbeidet, men oppfølgingsveilederen bør være tverrfaglig, da de utsatte utviser et sammensatt behandlingsbehov i etterforløpet (4).

Utvikling av oppfølgingsarbeidet må også omfatte metodeutvikling mht dokumentasjon og vurdering av etter-reaksjoner jfr vårt pkt 2.2. Riksadvokatens utvalg anser slik dokumentasjon

for viktig støttebevis som bør brukes mer (9). Mottaket har erfart viktigheten av arbeidet, og merker tiltagende hvilken vanskelig balansesituasjon vi befinner oss i; mottaket skal være behandlende, aksepterende – men også objektivt vurderende.

Balansegangen krever stor grad av bevissthet, og det kan være at disse oppgavene bør skilles, slik at behandlingsapparatet sørger for en god grunnlagsdokumentasjon og at andre kompetente forestår vurderingen.

#### **4.4 Psykolog tilknyttet mottak og etterbehandling**

Forslaget om å prøve ut psykolog tilknyttet til de store mottakene anses som et ønsket steg i riktig retning, en erfaren psykolog/psykiater kan supplere arbeidsmetodene i klientarbeidet, særlig i forhold til de mest sårbare og traumatiserte, bidra i utviklingen av oppfølgingsarbeidet, vurdere arbeidets rammebetingelser.

De utsattes reaksjoner på overgrep viser stor variasjon, hvor primærbehandling i akuttfasen innebærer rådgivning, assistanse til bearbeiding, styrking og mobilisering av nettverk, dvs psykososial oppfølging. Få trenger behandling på spesialistnivå akutt. I forløpet er behovet for utvidet bistand større, men offentlige tilbud som Distriktpsikiatriske sentre har ofte begrenset kapasitet.

Tilbudet om ett års psykolog behandling kostnadsfritt etter den første rådgivningen/akuttfasen anses som en forutsetning for å hjelpe flere – mange utsatte trenger en viss tid og avstand fra overgrepet før de reelt kan nyttiggjøre seg terapi.

#### **4.5 Kompetanse i mottak**

For behandlingsoppgavene understrekes viktigheten av tverrfaglig tilnærming, og det er nødvendig med kompetanseoppbygning innen flere felt. Profesjonsspesifikk kunnskap, generell overgrepkunnskap, traumearbeid og samarbeidskompetanse, samt rettsmedisin, er avgjørende for overgrepsmottakenes kvalitet

Videreutdanningsprogram kan bidra til dette, og styrke faggruppens formalkompetanse

Leger og sykepleiere trenger en langvarig kompetansebygging i forhold til de rettsmedisinske oppgavene. Kravene til skriftlig dokumentasjon er skjerpet, og utviklingen i DNA analysene stiller tiltagende krav til utførelsen av arbeidet. Kurs, supervisjon og mengdetrening er nødvendig for å bli dyktig. Sertifisering/ formalisering av kompetanse vil være en viktig motivasjonsfaktor for å gå inn i arbeidet og fortsette med det over tid – og rettsvesenet vil da vite hvilket kompetansenivå man har tilgjengelig.

Man må imidlertid være realistisk mht at det rettsmedisinske tilbudet ikke kan få samme kvalitet i utkantene som i de større byene, siden mengdetreningen mangler. På mindre steder bør man fokusere på å lære opp personellet i grunnarbeidet, med påfølgende supervisjon av eks regionvise ”nestorer”. Disse nestorene kan også supervidere evt utstede erklæringer til rettsapparatet. En slik ordning har fungert ved Oslo legevakt, hvor unge legevaksleger forestår arbeidet supervidert av overlege. Oppdeling kan skape tydeligere skille mellom behandlende og vurderende oppgaver, men det er pr i dag langt frem før man har et tilstrekkelig antall med nødvendig rettsmedisinsk kompetanse. De store mottakene bør oppbemannes for å bygge opp kapasitet til å yte supervisjon. Det er ønskelig at alle mottak fordeler arbeidet på et begrenset antall leger for å samle kompetanseoppbygningen. Beredskap er imidlertid kostbart, og det økonomiske grunnlaget må vurderes.

#### **4.6 Målgruppene**

Vi synes at det er riktig at mottakene tar imot klienter som har vært utsatt for overgrep lengre tilbake i tid, slik både NOU 2008:4 og veilederen anbefaler (3). De som sent søker hjelp, har ofte behov for rådgivning, men også medisinsk og juridisk hjelp. Pr i dag har bare de store mottakene noen form for oppfølgingstilbud som kan representere et tilbud for de sent ankomne, men det kan oppstå kapasitetsproblemer når målgruppen utvides.

De mindre mottakene er i utgangspunktet ikke oppsatt med oppfølgingsenhet. Bedre finansieringsgrunnlag for mottakene (se vårt pkt 4.4) kan gi muligheter for å ekspandere virksomheten.

Ad målgruppene: Sosial- og Helsedirektoratets veileder slår fast at overgrepsmottakene også skal håndtere vold i nære relasjoner i tilknytning til akuttmottaket. Dette problemet er minst like omfattende, vil kreve mye mht oppfølging, og legge beslag på betydelige ressurser mht personell, tidsbruk, økonomi og lokaler. Dette må også tas i betraktning når to forskjellige utvalg fremlegger forslag med hensyn til hvordan overgrepsmottakene skal arbeide.

Det foreslås at all mottaksservice skal være kostnadsfritt for den utsatte. Oslomottaket mener at det er bra at dette prinsippet fastslås. I dag får de fleste fri behandling ved akuttmottakene, men de undersøkte må som regel betale egenandel hvis de henvises til spesialisthelsetjeneste akutt, eller i forløpet.

#### **4.7 Sentral rettsmedisinsk enhet og tverrdepartementalt kontaktforum**

Vi støtter NOU 2008:4's forslag å opprette et statlig sentralt rettsmedisinsk organ

Den rettsmedisinske utvikling går svært fort, strengere krav til prosedyrer for å hindre sporsmitte mellom personer og saker, og mer krevende spørsmål fra retten. Det er behov for grenseoppganger mellom behandlende arbeid og arbeid for rettsvesenet, og behov for kontakt med andre rettsmedisinske grener. I forhold til det rettsmedisinske arbeidet trenger derfor mottakene en sentral rettsmedisinsk enhet i ryggen som både kan formidle nyvunne prosedyrer og gi veiledning og støtte i vanskelige vurderinger.

Blant de diskuterte forslagene finner vi forslaget fra Hareide utvalget mest dekkende i forhold til dette behovet. Kompetansesenter for Legevaktsmedisin i Bergen har fått i oppdrag til å styrke kompetansen i overgrepsmottakene, og kan gjøre mye i forhold til grunnlagsarbeidet og den behandlende delen av arbeidet. Senteret har imidlertid ikke forutsetninger for å gi den rettsmedisinske støtte og videreutvikling vi trenger, og har ikke nødvendig kontaktflate til de øvrige rettsmedisinske miljø (i vid forstand). Å forholde seg til to ulike kompetansemiljø anses ikke som en ulempe, snarere en fordel mht å markere skillet mellom å behandle og å vurdere for rettsapparatet. I Sverige ligger således det statlige Rättsmedicinalverket under Justisdepartementet. Det overordnede rettsmedisinske organet kan bl.a. gå i bresjen for å utvikle bruk av mandat og sakkyndig vurderinger.

Vi ser også positivt på forslaget om opprettelse av et tverrdepartementalt kontaktforum som kan ta imot ulike administrative problemstillinger. Arbeidet med overgrepsumsatt krever tverretatlig samarbeid, etater som styres ulike departement og direktorat. Et organ som kommuniserer på tvers av disse departementene, vil gi bedre forankring og mer ensartet kurs i det tverrfaglige samarbeidet, og kunne løse problemer som affiserer flere tjenester. ( f.eks. besørge plassering av ansvaret mht å utarbeide kravspesifikasjon og bestilling av ny sporpose )

#### **4.8 Nasjonal finansieringsordning for rettsmedisinsk arbeid og analyser**

Dette forslaget er ekstremt viktig.

Dagens overgrepsmottak utfører et mengde rettsmedisinsk arbeid som ikke anvendes av politiet

og heller ikke betales, noe som kan hemme helseinstitusjonenes muligheter/motivasjon for å investere i arbeidet, i kompetanse, i tids- og utstyrssrammer. Dagens stykkpris finansiering er antakelig årsak til at vi fant at mindre dokumentasjon ble innhentet og færre analyser utført mot slutten av året (1).

Vi er kjent med at man nå har vedtatt en ordning vedrørende finansiering av rettmedisinske sporanalyser. Ved mottakene er imidlertid problemene like uløst, utgiftene til skadedokumentasjon og sporsikring for retten er tidkrevende, og kan ikke dekkes fullt ut av trygderefusjoner. Rusmiddelanalyser som rettsvesenet ønsker rutinemessig, er ikke dekket, heller ikke mottakenes lønnsutgifter når deres personell blir innkalt i retten (vikarutgifter). Ved større mottak kan dette bli betydelig, i Oslo har dette de siste årene krevd en 20% legestilling.

#### **4.9 Lokaler**

Utvalget foreslår at mottakene organiseres slik at resepsjonen er fysisk atskilt fra resten av lokalet. Vi bemerker at helt separat inngang/lokaliteter kan medføre stigmatisering som hindrer utsatte i å ta direkte kontakt. Resepsjon samlokalisert med andre ikke-stigmatiserende helsetjenester fungerer godt, gitt at problemstillingen kan bli raskt presentert uten tilhørere, og at den utsatt deretter umiddelbart føres til skjermede lokaler for samtale og behandling.

For øvrig mht lokaliteter, gjør man oppmerksom på at arbeidet stiller spesielle krav til lokalitetene (3); samtalerom, undersøkelsesrom, lagerrom, muligheter for ivaretagelse av sporhygiene og beviskjede, oppbevaring av spormateriale. Ved de større mottakene kan det oppstå problem hvis flere utsatte melder seg samtidig.

Hvis man også skal ha egne avhørsrom for politiet tilknyttet mottaket, vil plassbehovet ekspandere ytterligere; ved Oslo mottaket er vi foreløpig avventende mht dette. Det hender at politiet tilkalles og snakker med den undersøkte i forbindelse med første konsultasjon, men da som regel ganske kort innhenting av den viktigste informasjonen. Full forklaring tas senere. Det stilles også ekstra krav til lokaliteter der gjerningsmannen blir fremstilt for undersøkelse ved overgrepsmottak, da undersøkelse av utsatt og angitt overgriper ikke bør skje på samme rom pga risiko for sporblanding. At samme rettsmedisinsk skolerte personell undersøker både utsatte og gjerningspersoner, kan være god utnyttelse av deres rettsmedisinske kompetanse, men oppfattes ofte problematisk av personalet.

#### **4.10 Bevisoppbevaring**

Utvalgets forslag om utvide oppbevaringstiden av bevismateriale, kan gi en gevinst, men for de store mottakene vil forslaget medføre store kapasitetsproblemer. Gevinsten er dessverre begrunnet i treg innhenting av sikret materiale i anmeldte saker (gjelder flere stormottak), ikke fordi de utsatte inngir sen anmeldelse. De som henvender seg i tide for sporsikring, anmelder som regel raskt, eks ble kun én av 238 saker med sporsikringsundersøkelse anmeldt senere enn 3 mndr etter undersøkelsen (7). Selv om totalandelen som anmelder sent er atskillig større, 25% senere enn en mnd (5), har få av disse vært i kontakt med helsevesenet/mottak akutt. Uaktet hvilken tidsgrense som settes, må det presiseres at politiet overtar ansvaret for bevismaterialet straks anmeldelse og fritak fra tushetsplikt foreligger (3) – og henter det.

### **5. Tilrettelagt samtale – megling**

NOU 2008:4 går inn for at man kan prøve ut tilrettelagt samtale mellom utsatt og gjerningsperson – og at dette arbeidet bør tillegges helsevesenet, nærmere bestemt ett av de store mottakene.

Dette har ikke vært grundig realitetsdrøftet hos oss, da andre utviklingsoppgaver mer presserende. På dette området er det mange store faglige utfordringer og etiske dilemmaer. Et slikt tiltak bør eventuelt følges nøye og evalueres etter kort tid.

Man er kjent med erfaringene fra Danmark (unge mennesker, kjent overgreper, grensemarkering for den utsatte) og Bergen (ulike typer alvorlig vold).

Man er også kjent med at dagens rettsvesen kan virke traumatiserende på de utsatte (2), av den grunn er alternative tilnærminger aktuelle. Vi synes imidlertid ikke at mekling bør være en ansvarsoppgave for et akuttmottak, men bør forankres i oppfølgingen fra helsevesenet.

## 6. Erstatning

Vi mener at dokumentasjonen av overgrepets konsekvenser er viktig og bør forbedres, både som støttebevis og med henhold til erstatning.

Vi trenger retningslinjer for hvilket grunnlag som bør foreligge, hvem som skal gjøre kartlegningen. Standardiserte kartlegningsverktøy bør benyttes, og også hvem som skal gjøre vurderingene jf pkt 4.3

Det må også være slik at man i erstatningsspørsmålet ikke bare legger vekt på de utviste konsekvenser, men også vektlegger den sannsynliggjorte hendelse (overgrepet).

Det bør unngås at personer med stor mestringsevne og gode forutsetninger for å bearbeide et grovt traume får mindre erstatning enn de som har vært utsatt for tilsvarende/ evt mindre traume, men får mer senfølger p.g.a. dårligere forutsetninger for bearbeidelse.

Det også risiko for å undervurdere skadevirkningene hos personer som fortrenger hendelsen eller som har tung forhåndsbelastning hvor man vanskeligere identifiserer forverrelsen.

Konsekvensene her er at deres muligheter for rehabilitering svekkes ytterligere.

### Reference List

- (1) Nesvold H, Ormstad K, Friis S. To be used or not to be, that is the question; legal use of forensic and clinical work at a Sexual assault centre. 2008.  
Ref Type: Unpublished Work
- (2) Koss MP, Bachar KJ, Hopkins CQ, Carlson C. Expanding a community's justice response to sex crimes through advocacy, prosecutorial, and public health collaboration - Introducing the RESTORE program. *J Interpers Violence* 2004 Dec;19(12):1435-63.
- (3) Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten [ Sexual assault centres. Guidelines]. Oslo: Sosial - og helsedirektoratet; 2007.
- (4) Nesvold H, Ormstad K, Friis S. Sexual Assault Centres: Attendance rates, and Differences between early and late presenting cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*. In press 2008.
- (5) Grytdal V, Meland P. Voldtekt i Oslo 2007: gjennomgang av sentrale data fra anmeldte voldtekter ved Oslo politidistrikt [Rape in Oslo 2007] (in Norwegian. No abstract available). Oslo: Oslo politidistrikt [Oslo Police District]; 2008.
- (6) Fladby B. Et sinnsykt stort kjempeskille i livet. Utvikling av tilbud til personer utsatt for seksuelle overgrep- en behovs-og tiltaksanalyse [A wild change in life. Analysing the acute needs of sexually violated and suggestions for improved services] (in Norwegian. No abstract available). Oslo, Norway: Sosial vaktjeneste, Oslo kommunale legevakt; 2004.
- (7) Nesvold H, Friis S, Ormstad K. Sexual assault centres- police-reporting practices, an important arena for medico-legal interaction. 2008.  
Ref Type: Unpublished Work
- (8) Weisaeth L. Acute posttraumatic stress: Nonacceptance of early intervention. *J Clin Psychiatry*



2001;62:35-40.

- (9) Soknes B, Nielsen SS, Sundet K, Nilssen SW, Davik T. En undersøkelse av kvaliteten på påtalevedtak i voldtektssaker som har endt med frifinnelse m.v [Quality in deciding rape charges ]. [Oslo]: Riksadvokaten; 2007.
- (10) Heiskanen M, Piispa M. Faith, hope, battering: a survey of men's violence against women in Finland. Helsinki: SVT; 1998.
- (11) Myhill A, Allen J, Great Britain.Home Office.Research DaSD. Rape and sexual assault of women : the extent and nature of the problem : findings from the British Crime Survey. London : Home Office, 2002.
- (12) Danielson CK, Holmes MM. Adolescent sexual assault: an update of the literature. Curr Opin Obstet Gynecol 2004 Oct;16(5):383-8.
- (13) Resnick HS, Holmes MM, Kilpatrick DG, Clum G, Acierno R, Best CL, et al. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. Am J Prev Med 2000;(4):214-9.
- (14) Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. J Consult Clin Psychol 1997 Oct;65(5):834-47.
- (15) Dahl S. Rape: a hazard to health. Oslo: Scandinavian University Press; 1993.

Med hilsen

Endre Sandvik  
Direktør

Anne Falch  
Prosjektleder

Helle Nesvold  
overlege

**Kopi til:** Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester