

Seksuel vold i væbnede konflikter

Ph.d. Marie Nørredam, dr.med. Vibeke Brix Christensen, jordemoder Thilde Knudsen & læge Annelie Ginzel

Ifølge FN's flygtningehøjkommissariat anslås det, at der i dag findes 15,2 millioner flygtninge i verden foruden asylansøgere og internt fordrevne [1]. Antallet er steget i nyere tid som følge af, at krige og andre former for væbnede konflikter har ændret karakter. Størstedelen af krigsofre i dag er civile. Væbnede konflikter øger al form for seksuel vold, inklusive voldtægt. Ikke mindst kvinder og børn på flugt er særligt sårbare [2]. Således anslås det, at 20.000-50.000 muslimske kvinder blev voldtaget under krigen i Bosnien i 1992-1995, hvilket svarer til 1,2% af den samlede kvindelige befolkning [3]. Seksuel vold er enten en konsekvens af tilfældig, voldelig adfærd eller en del af en bevidst fremgangsmåde, hvor det bruges som en systematisk strategi til at pine, straffe og nedbryde enkeltindivider, familier og hele samfund. Seksuel vold begås af fjendtlige soldater, men også af soldater i flygtningelejre, hvis opgave det er at beskytte kvinder og børn. Når samfundsordenen er kaotisk, er overgrebsmændene ligeledes ofte civile borgere [4]. Danmark har modtaget ca. 75.000 flygtninge gennem de seneste 15 år fra områder med væbnede konflikter, og formodentlig har et ukendt antal heraf været udsat for seksuel vold med fysiske og psykiske konsekvenser til følge, hvilket også gør problemstillingen relevant lokalt [5].

FORMÅL

Formålet med denne statusartikel er at definere seksuel vold samt beskrive forekomsten heraf i væbnede konflikter. Desuden vil de helbredsmæssige konsekvenser af seksuel vold samt mulighederne for behandling blive gennemgået.

DEFINITION AF SEKSUEL VOLD

World Health Organization definerer seksuel vold som: »any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances ... against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting including but not limited to home and work« [4]. Definitionen omfatter både kvinder/piger og mænd/drenge. Fra et klinisk ståsted definerer Worm *et al* [6] seksuel vold som: »... tilfælde, hvor gerningsmandens penis har været i berøring med kvindens ydre åbninger (vaginalt, oralt, analt) uafhængig af, om der har været sædafgang eller ej«. Ovenstående definitio-

ner er begge anvendelige såvel under væbnede konflikter som under stabile forhold.

FOREKOMSTEN AF SEKSUEL VOLD I VÆBNEDE KONFLIKTER

I perioden 2005-2007 registrerede nødhjælpsorganisationen Maltaser International 20.517 voldtægts ofre i deres klinik i den Demokratiske Republik Congo (DR Congo). Op mod en tredjedel søgte først hjælp > 1 år efter overgrebet fandt sted [7]. En undersøgelse foretaget af nødhjælpsorganisationen Læger uden Grænser i en klinik i DR Congo i perioden 2003-2005 viste, at organisationen havde behandlet 2.567 voldtagne piger og kvinder [8]. Ofrene var i alderen fire måneder til 80 år. Størstedelen af ofrene var voldtaget af flere mænd samt slået, og størstedelen var blevet truet med et våben. Imidlertid er data fra humanitære organisationer ofte præget af at være projektdokumentation til operationelle formål uden et videnskabeligt sigte. Derfor er disse data sjældent generaliserbare, og de har ofte kun deskriptiv værdi [7].

I Sierra Leone udførte *Amovitz et al* [9] en spørgeskemaundersøgelse i 2002 blandt 1.048 internt fordrevne familier. Resultaterne viste, at 9% var ofre for krigsrelateret seksuel vold. En tredjedel var voldtaget af > 1 person, og 23% var gravide på voldtægtstidspunktet med en gennemsnitlig gestationsalder på tre måneder. *Swiss et al* [10] undersøgte i 1998 en tilfældig stikprøve på 205 liberianske kvinder, hvoraf 15% havde været udsat for voldtægt, forsøg på voldtægt eller anden seksuel tvang. Kvinder,

STATUSARTIKEL

Gentofte Hospital,
Psykiatrisk Klinik for
Traumatiserede
Flygtninge, Københavns
Universitet, Institut for
Folkesundhedsvidenskab,
Afdeling for Sundheds-
tjenesteforskning,
Rigshospitalet,
Pædiatrisk Afdeling, og
Læger uden Grænser,
København



FAKTABOKS

World Health Organization definerer seksuel vold som: »... any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances ... against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting including but not limited to home and work«.

Seksuel vold kan medføre alvorlige fysiske og psykosociale konsekvenser for ofrene.

Det er gode muligheder for at yde lægehjælp til ofrene, dels i den akutte fase efter overgrebet, og dels i forhold til længerevarende helbredsproblemer. Men behandlingsmuligheder er ofte ikke tilgængelige.

Der mangler videnskabelig dokumentation af omfanget og konsekvenserne af seksuel vold. Forskning er også relevant i Danmark, hvor mange flygtninge og indvandrere fra konfliktområder formodentlig har været udsat for seksuel vold og har fysiske og psykiske lidelser som følge heraf.



Benson Hospital i Monrovia i Liberia (2006), hvor Læger uden Grænser har en klinik for ofre for seksuel vold. Foto: Juan Carlos Tomasi.

der var blevet tvunget til husholdningsarbejde for soldater, var mest udsatte. De to ovennævnte interviewundersøgelser er baseret på tilfældigt udvalgte stikprøver i en velbeskrevet population, hvilket øger generaliserbarheden. Imidlertid er underrapportering et generelt problem, da det er vanskeligt at indsamle valide data inden for et så tabuiseret område, og fordi selve konflikten reducerer muligheden for at opnå data. I vestlige lande estimeres det, at kun hver femte voldtægt rapporteres [5]. I nogle lande, som eksempelvis Sudan, benægter regeringen eksistensen af voldtægt, hvilket yderligere komplicerer dataindsamling. Mængden og kvaliteten af data om seksuel vold i væbnede konflikter har således en række begrænsninger.

FYSISKE OG PSYKOSOCIALE KONSEKVENSER

De fysiske mén af seksuel vold kan være hiv-smitte og andre kønssygdomme herunder hepatitis, klamydia, gonoré og syfilis [6]. Aids og dermed livstruende aids-relaterede sygdomme kan følge. Samtidigt kan overgrebet forårsage uønsket graviditet samt varige skader på underlivet, herunder såkaldte traumatiske fistler og kroniske smerter. Traumatiske fistler kan medføre kronisk inkontinens for fæces og urin, hvilket kan betyde social udstødelse. Et studie fra DR Congo viser, at 15% af kvinder, der havde været udsat for seksuel vold, havde traumatiske fistler [11].

Det er veldokumenteret, at seksuel vold kan medføre såvel psykiske lidelser som posttraumatisk belastningsreaktion, angst og depression [12, 13]. Det er både en konsekvens af overgrebet i sig selv, samt af livsvarig sygdom som hiv-smitte eller traumatiske fistler. Seksuel vold kan herunder medføre stig-

mativering og social udstødelse. *Steiner et al* fandt, at 12,5% af voldtægtsopofferne i deres klinik i Congo blev udstødt af deres familie [7]. Voldtægt er skamfuldt, og offeret frygter at blive udstødt af familien, hvis hun eller han fortæller om overgrebet. Således var det årsagen til, at 65% af opofferne ikke fortalte nogen om overgrebet i undersøgelsen af *Amovitz et al* [9] fra Sierra Leone.

BEHANDLINGSMULIGHEDER

Der findes retningslinjer for behandling [14-16]. I den akutte situation drejer det sig især om at minimere risikoen for hiv-smitte efter voldtægt ved at opstarte postekspositionsprofylakse. Det vil sige anti-retroviral behandling i 28 dage, hvilket påbegyndes inden for 72 timer efter overgrebet. Antibiotika gives imod andre seksuelt overførte sygdomme, og der vaccineres imod Hepatitis B og tetanus. Akut kontraception overvejes inden 120 timer efter overgrebet, da abort som regel ikke er tilladt eller tilgængelig i disse lande. Denne skal gives senest 120 timer efter overgrebet. På længere sigt er det muligt at afhjælpe såkaldte traumatiske fistler og andre skader efter voldtægt ved hjælp af kirurgiske indgreb.

Akut psykologisk krisehjælp bruges for at få patienter tilbage til deres hverdag efter overgrebet. Formentligt kan et tidligt tilbud om krisehjælp mindske risikoen for posttraumatisk belastningsreaktion, depression og andre psykiske lidelser, om end der savnes evidens herfor.

Behandlere bør ligeledes indsamle retsmedicinsk evidens, registrere fund og udlevere kopi heraf til ofret, sundhedspersonalet og FN's flygtningehøjkommissariat. Opfølgende somatisk og psykosocial behandling kan være kompliceret af, at patienten ikke møder op igen, fordi hun/han ikke ønsker at afsløre traumatet overfor familie og naboer grundet frygt for stigmatisering og udstødelse.

ADGANG TIL BEHANDLING

Tilgængeligheden af behandlingsmulighederne for seksuel voldsramte er et stort problem. Dels mangler evt. eksisterende, lokale sundhedsstrukturer ofte tilbud til opofferne, og dels destabiliserer konflikter yderligere adgangen til sundhedsydelse. Ofte er det derfor alene nødhjælpsorganisationer, som står for sporadiske behandlingstilbud. Ligeledes hindrer uformelle barrierer såsom stigma og risiko for social udstødelse mange opoffer i at afsløre overgrebene. I en travl konsultation kan det være vanskeligt for sundhedspersonalet at afsætte den fornødne tid til at høre om overgrebet. Dette medfører underdiagnosticering og underbehandling. For at kunne behandle opoffer for seksuel vold professionelt er det vigtigt at sundheds-

personale er trænet i at håndtere denne gruppe. For eksempel er det ønskeligt med kvindeligt sundheds-personale, og at der skabes et trygt miljø af afsløre overgrebet i.

KONKLUSION

Seksuel vold er et problem med alvorlige konsekvenser for både fysisk og psykisk sundhed. Ofrene er hyppigt kvinder og børn, hvis rettigheder ofte ikke er anerkendte i de involverede lande. Voldtægt er således ikke anerkendt som en forbrydelse i flere afrikanske lande, omend den internationale straffedomstol definerer voldtægt under konflikter som en krigsforbrydelse. Imidlertid mangler der videnskabelig dokumentation af problemernes omfang og konsekvenser, hvorfor forsat forskning og metodeudvikling inden for feltet er påkrævet. Ikke mindst mangler der data for overgreb mod mænd og drenge. Belysning af problemets udstrækning er ikke blot relevant i konfliktområder men også i Danmark, hvor mange flygtninge og indvandrere fra konfliktområder formodentlig har været udsat for seksuel vold og har fysiske og psykiske lidelser som følge heraf.

KORRESPONDANCE: Marie Nørredam, Psykiatrisk Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Gentofte Hospital, DK-2900 Hellerup. E-mail: m.norredam@pubhealth.ku.dk

ANTAGET: 9. november 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. UNHCR. Refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced and stateless persons. www.unhcr.org/4a375c426.html (16. juni 2009).
2. Lindsey C. Women and war – special report. Geneva: ICRC, 2003.
3. WHO. Sexual violence in conflict settings and the risk of HIV. WHO Information Bulletin Series, 2004, nr. 2
4. WHO. World report on violence and health. Geneva; WHO: 2002.
5. Helweg-Larsen K, Kastrup MC. Konsekvenser af kollektiv vold med særlig fokus på kønsperspektivet. Ugeskr Læger 2006;168: 3047-9.
6. Worm A, Sidenius K, Hilden M. Seksuelt overførte infektioner og seksuel vold mod kvinder. Ugeskr Læger 2002;164:4768.
7. Steiner B, Benner MT, Sondrop E et al. Sexual violence in the protracted conflict of DRC programming for rape survivors in South Kivu. Conflict and Health 2009;3:3-10.
8. www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?component=article&objectid=47466CFE018-0C72-09B8AB457693EA27&method=full_html (18. november 2009).
9. Amowitz LL, Reis C, Lyons KH et al. Prevalence of war-related sexual violence and other human rights abuses among internally displaced persons in Sierra Leone. JAMA 2002;287:513-21.
10. Swiss S, Jennings PJ, Aryee GV et al. Violence against women during the Liberian civil conflict. JAMA 1998;279:625-29.
11. Longombe AO, Claude KM, Ruminjo J. Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: case studies. Reprod Health Matters 2008;31:132-41.
12. Roberts B, Ocaka KF, Browne J et al. Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression among internally displaced persons in northern Uganda. BMC Psychiatry 2008;19:8-38.
13. Scholte WF, Olf M, Ventefogel P et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. JAMA 2004; 292:585-93.
14. Schanks L & Schull MJ. Rape in war: the humanitarian response. Canadian Medical Ass J 2000;163:1152-6.
15. Médecins Sans Frontières (MSF). Shattered Lives – immediate medical care vital for sexual violence victims. Brussels: MSF, 2009.
16. Médecins Sans Frontières (MSF). Care for victims of sexual violence. Situation with displacement of population. Brussels: MSF, 2007.

Vand og sanitet ved katastrofer

Adjunkt Peter Kjær Mackie Jensen, lektor Dan Wolf Meyrowitsch & professor Flemming Konradsen

I de fleste samfund vil en pludselig begrænsning i adgang til vand og sanitet have en række negative og ofte alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser. I en katastrofesituation med deltagelse af nationale og internationale nødhjælpsorganisationer gives etablering af vandforsyning og sanitære faciliteter derfor en høj prioritet [1]. På trods af denne prioritering er der et markant behov for at justere indsatserne i forhold til lokalgeografiske faktorer, katastrofesituationens karakter og modtagergruppens specifikke basale behov. Højteknologiske tiltag er ofte ikke løsningen på de basale problemer i planlægning og implementering af effektive vand- og sanitetsindsatser. Derimod er der behov for simple, lavteknologiske tilgange, der udvikles som et resultat af en tværdisciplinær og tværkulturel arbejdsproces. Vi vil i det følgende beskrive og argumentere for relevansen af en sådan ny

tilgang til en nødhjælpsindsats, som er forankret i en vurdering af den lokale opfattelse og praksis, og som bygger på en udnyttelse af de lokale ressourcer med henblik på at skabe muligheder for en langsigtet, positiv samfundsudvikling.

KATASTROFEHÅNTERINGSCYKLUS

Tidligere blev hjælp til katastrofeofre opfattet som en engangsydelse, hvor man efter implementering af akut nødhjælp overlader den egentlige genopbygning af infrastruktur og institutioner til de nationale myndigheder, *nongovernmental organizations* (NGO'er) eller internationale organisationer. Den manglende sammenhæng mellem nødhjælpen og den langsigtede udviklingsindsats har medført et behov for at revidere opfattelsen af effektive nødhjælpsindsatser [2].

STATUSARTIKEL

Københavns Universitet,
Institut for International
Sundhed, Immunologi
og Mikrobiologi