

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

28. Johnson DE, Miller LC, Iverson S et al. The health of children adopted from Romania. *JAMA* 1993;28:269:2084-5.
29. Choulot JJ, Guérin B. Adoption et Hépatite B. *Nice JNI* 2005. [www.infectiologie.com/public/congres/2005/CP/cp11-4-choulot.pdf](http://www.infectiologie.com/public/congres/2005/CP/cp11-4-choulot.pdf) /sept. 2005.
30. Clothier F. The psychology of the adopted child. *Mental Hygiene* 1943;27: 222-6. [www.darkwing.uoregon.edu/okt. 2005](http://www.darkwing.uoregon.edu/okt. 2005).
31. Jacobs W. Known consequences of separating mother and child at birth and implications for further study. A Keynote Adress 1996. [www.angelfire.com/or/originalsw/wendys\\_pres.html](http://www.angelfire.com/or/originalsw/wendys_pres.html) 01 /sept. 2005.
32. Verrier N. The primal wound: Legacy of the adopted child. The effects of separation from the birthmother on adopted children. American Adoption Congress International Convention 1999, April 11-14, Garden Grove, California. [www.geckotech.com/okt. 2005](http://www.geckotech.com/okt. 2005).
33. Ali Z, Lowry M. Early maternal-child contact: effects on later behaviour. *Dev Med Child Neurol* 1981;23:337-45.
34. Miller BC, Fan X, Grotevant HD et al. Adopted adolescents' overrepresenta-  
tion in mental health counseling: adptees' problems or parents' lower threshold for referral? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39: 1504-11.
35. Cohen NJ, Coyne J, Duvall J. Adopted and biological children in the clinic: family and child characteristics. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34:545-62.
36. Mattei JF. Enfants d'ici et d'ailleurs, adoption sans frontière: rapport au Premier Ministre. Paris: La Documentation Française, 1995.
37. De Monléon, Crémillieux C, Perez-Martin S et al. International adoption and cultural background. *Archives de Pédiatrie* 2005;12:721-2.
38. Lee JS, Twaite JA. Open adoption and adoptive mothers: attitudes towards birthmothers, adopted children, and parenting. *Am J Orthopsychiatry* 1997; 67:576-84.
39. McGlone K, Santos L, Kazama L et al. Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare* 2002;81:151-71.
40. Adoption gennem AC Børnehjælp som eneansøger 2005. [www.a-c.dk/adoption/Enlige/Enlige-prosa.htm](http://www.a-c.dk/adoption/Enlige/Enlige-prosa.htm) /sept. 2005.

# Retslægelige undersøgelser af børn udsat for seksuelt overgreb

## Professortiltrædelsesforelæsning

Professor Annie Vesterby Charles

Aarhus Universitet, Retsmedicinsk Institut

»Omsorg for retfærdighed« er af *Henrik Zable*, professor i retsfilosofi, beskrevet i forordet til hans bog af samme navn »den, der arbejder med ret, udøver magt, og denne magtudøvelse er styret af et mål; bestræbelserne for at nå frem til dette mål betegnes som ,omsorg for retfærdighed«.

En retsmediciner arbejder også med ret i teori og praksis: Retsmedicinerens kerneydelse er at afgive udtalelser/erklæringer til retsligt brug baseret på egne og andres iagttagelser; retsmedicineren kan derigennem påvirke rettens afgørelser og kommer derved indirekte til at udøve magt over andre menneskers skæbne.

Erklæringer og udtalelser skal derfor være på et objektivt, højt fagligt og videnskabeligt grundlag, og området og de anvendte metoder skal udvikles; alene derved kan retsmedicineren være med til at drage omsorg for retfærdighed.

For at illustrere dette sættes der i det følgende fokus på værdien af den retsmedicinske undersøgelse i sager om formodet seksuelt overgreb på børn.

Det belyses, hvorledes nyttilkommen undersøgelsesteknik – og dermed ny viden – har ændret grundlaget for den retslægelige vurdering i disse sager.

Der redegøres for, hvorfor den retsmedicinske undersøgelse hverken kan af- eller bekræfte, at et seksuelt overgreb

har fundet sted, at børnenes fortælling er af afgørende betydning, og at den retsmedicinske undersøgelse på trods af dette fortsat er vigtig, men forholder sig neutralt til det fortalte.

### Tidligere undersøgelser af børn mistænkt for at have været udsat for seksuelle overgreb

Seksuelle overgreb kan defineres som følger: ... »når et barn inddrages i seksuelle aktiviteter, som det ikke kan forstå rækkevidden af, udviklingsmæssigt ikke er parat til og derfor ikke kan give tilladelse til og/eller aktiviteter af denne karakter, der overskrider samfundets sociale eller retslige normer«.

De tidligste publikationer i den medicinske litteratur var observationerne fra akutte overgreb på børn [1] efterfulgt af undersøgelser, som også inkluderede børn, der længe inden lægeundersøgelsen havde været udsat for seksuelt overgreb. I sidstnævnte undersøgelser var der en stor del af børnene, som angiveligt havde forandringer efter tidligere formodede overgreb, som stor hymenalåbning og svulne slimhinder efter formodet penetration.

En mangel ved disse tidlige undersøgelser var dog fraværet af kontrolmateriale.

I 1981 blev kolposkopet introduceret som et brugbart redskab ved undersøgelse af formodet seksuelt misbrugte børn, og værdien heraf blev bekræftet af *Woodling & Heger* [3] i 1986. Det bedste efter deres vurdering var, at kolposkopet samtidig gav mulighed for, at man kunne dokumentere de lægelige fund ved fotografisk optagelse. Retten fandt dette vigtigt, og efterhånden blev metoden accepteret som viden-



Figur 1. Frisk hymenal bristning bagtil ved kl. 7.

skabelig og objektiv. Dette var uheldigvis med til at skabe en forventning om, at der skulle positive lægelige fund til for at føre en retssag. Herved kom barnets beretning til at betyde mindre.

Omkring 1990 blev der sat fokus på fundene hos ikkeseksuelt misbrugte børn. Det blev vist, at de fund, man tidligere havde opfattet som suspekter eller specifikke for overgreb, også kunne observeres hos normale ikkemisbrugte børn – f.eks. størrelsen af hymenalåbningen.

I en stor konsekutiv undersøgelse af nyfødte børn [4] kunne man afkræfte myten om medfødt fravær af en hymen. Det var i øvrigt et af de centrale spørgsmål i sagen om seksuelt overgreb fra landsbyen Roum i begyndelsen af 1990'erne.

I andre undersøgelser satte man fokus på selve undersøgelsesteknikken: Knæ/albueleje, sideleje, måden hvorpå labia blev adskilte osv. [5]. Undersøgelsesresultatet var afhængigt af den stilling, barnet blev undersøgt i, og det var af stor betydning, om undersøgelsen blev foretaget under bedøvelse eller ej. Det kunne vises, at størrelsen af hymenalåbningen varierede afhængigt af undersøgelsesmetoden, og at f.eks. analåbningen kunne gabe selv hos ikkemisbrugte børn.

Af de undersøgelser, som især fik betydning, bør nævnes *Adams et al's* fra 1994 [6].

De undersøgte 213 børn var i aldersgruppen fra otte måneder til 18 år, hvor det seksuelle overgreb var blevet retsligt bekræftet; i 86% af tilfældene havde gerningsmanden tilstået overgrebet, i resten af tilfældene blev gerningsmanden fundet skyldig. Digital vaginal penetration og penil vaginal kontakt blev angivet af henholdsvis 44% og 63% af pigerne, og 28% af pigerne angav penil anal kontakt eller penetration. Af de undersøgte piger var der 77%, der havde normale eller uspecifikke fund, 9% blev klassificeret som suspekter, 5% som forenelige med vaginal penetration, og hos 9% var der tydelige tegn på et penetrerende traume. Tegn på penetrerende analtraume blev fundet hos 1%. *Adams et al* konkluderede på dette grundlag »it is normal to be normal« – selv for børn, der havde været udsat for seksuelt overgreb med penetration.

Et case-kontrol-studium af *Berenson et al* [7] omfattede 192 præpubertetsbørn udsat for vaginal penetration samt 200 piger, der ikke havde været udsat for vaginal penetration. Undersøgelsens resultater viste, at der hos mindre end 5% af pigerne ved lægeundersøgelsen var fund, der kunne bekræfte, at vaginal penetration havde fundet sted. Der var derudover et signifikant overlap mellem de to grupper på størrelsen af den hymenale åbning.

Forfatterne konkluderede derfor, at den hymenale åbning ikke i sig selv kunne anvendes, når man skulle afgøre, om et overgreb med vaginal penetration havde fundet sted eller ej.

Den sidste store undersøgelse er ligeledes af *Astrid Heger et al* [8]. I en femårig prospektiv undersøgelse – inkluderende 2.384 børn – fandt de, at 4% havde abnorme ano-genitale fund.

Ved sammenligning af de tidligste publikationer med de senere er det påfaldende, at andelen af abnorme fund er faldet fra ca. 50% i de tidligste studier til ca. 5% i de seneste studier. Den væsentligste grund til dette er, at der i denne tidsperiode er tilkommet ny viden, som bevirker en ændring i opfattelsen af, hvad der kan betragtes som normalt, og hvad der kan betragtes som suspekt for seksuelt overgreb.

Dette afspejler sig også i den nyeste klassifikation af fund ved lægeundersøgelse af børn, der har været udsat for seksuelle overgreb [9].

Der er ganske få fund, som kan bekræfte en oplysning om seksuelt overgreb med penetration: 1) frisk læsion i jomfruhinden, 2) frisk, dyb læsion omkring/ved analåbningen, 3) komplet ruptur af hymen, 4) fravær af hymenalvæv bagtil i introitus, 5) visse kønsoverførte sygdomme, 6) påvisning af sæd og 7) graviditet.

### Kolposkopiske undersøgelser på Retsmedicinsk Institut, Århus

På Retsmedicinsk Institut i Århus anskaffede man i 1994 et kolposkop til brug for børneundersøgelserne i forventning om at kunne forbedre undersøgelsesteknikken og dokumentere undersøgelsesresultaterne. Brug af kolposkopet er nu ti år senere en integreret og nødvendig del af børneundersøgelserne. Kolposkopet giver et forstørret billede af de ydre kønsorganer, som fanges fotografisk og under bevægelse. Herved får man mulighed for at iagttage elasticiteten i slimhinderne, hymen og analåbningen.

Det, der imidlertid er afgørende for, at den kolposkopiske undersøgelse kan gennemføres, er, at hele lægeundersøgelsen udføres af erfarne læger. Undersøgelsen indledes med, at man taler om helbredsforhold; der spørges aldrig om det overgreb, som har givet anledning til undersøgelsen, da dette er politiets opgave. Derefter udføres en top til tå-undersøgelse efterfulgt af den kolposkopiske undersøgelse – som ikke udføres mod barnets vilje, og der anvendes ikke beroligende midler eller bedøvelse.

Et godt undersøgelsesresultat afhænger også af, at barnet

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

og de voksne er godt forberedt inden undersøgelsen (f.eks. ved udlevering af Retmedicinsk Instituts informationsfolder), og at barnet (hvis overgrebet ikke er akut) er afhørt forinden (sædvanligvis optaget på video).

Efter afsluttet lægeundersøgelse informeres om fundene og det videre forløb. Det er vigtigt at fortælle barnet, at det er normalt og ikke beskadiget forneden. Det skal forklares, at selv om der ikke er fundet forandringer ved undersøgelsen, er det ikke udtryk for, at det ikke kan være sandt, hvad barnet har fortalt politiet – det er blot ikke muligt at se ved lægeundersøgelsen.

### Foreløbige resultater

Det første års resultater af de kolposkopiske børneundersøgelser blev publiceret i Ugeskrift for Læger [10], og på grundlag af disse resultater fremsatte vi den formodning, at barnets beretning var af større betydning end de lægelige fund ved undersøgelsen. Dette har vi fået bekræftet i vor seneste og største undersøgelse – omfattende 482 børn, der alle var henvist af politiet og blev undersøgt over en mere end seksårig periode.

Hovedparten var piger 426 (88%) med en medianalder på ni år; 56 (12%) var drenge med en medianalder på seks år. De fleste af børnene havde normale eller abnorme, men uspecifikke fund, og hos ingen af børnene blev der påvist kønsoverførte sygdomme; 226 piger berettede om vaginal penetration mindst en gang; hos 22 piger var der en komplet ruptur bagtil i hymen, og 19 af disse piger var over 13 år (**Figur 1**).

Knap halvdelen af sagerne om seksuelt overgreb mod børn blev ført for retten, og hovedparten af de anklagede blev dømt skyldige. Der påvist dog ingen sammenhæng mellem de lægelige fund defineret som abnorme fund og den retslige afgørelse. Derimod var der en sammenhæng mellem barnets alder og det retslige udfald.

Selv om resultatet af denne prospektive undersøgelse har bekræftet vor tidligere formodning om, at barnets udsagn er det vigtigste bevis i sager om seksuelt overgreb mod børn, er det vigtigt at forstå, at dette ikke skal tolkes, som om de kolposkopiske undersøgelser er overflødige i efterforskningsmæssig sammenhæng, dels kan der i enkelte tilfælde findes forandringer, og dels er lægeundersøgelsen en del af omsorgen for barnet og et udtryk for, at man tager barnet alvorligt og ønsker at yde det retfærdighed. Dertil kommer, at børnenes reaktion eller oplevelser under lægeundersøgelsen måske kan bidrage til at afklare, om barnet har været udsat for seksuelt krænkende adfærd.

### Sammenfatning

De fremskridt, der i de seneste ti år er sket inden for den kliniske retsmedicin med indførelse af de kolposkopiske undersøgelser i sager om seksuelt misbrug, er set fra børnenes perspektiv et meget væsentligt fremskridt. Med indførelse af denne teknik kan retsmedicineren bidrage til, at der ydes bar-

net retfærdighed, hvad enten mistanken om seksuelt overgreb af- eller bekræftes.

Omsorgen for barnet kræver imidlertid, at der anlægges et helhedssyn, hvilket efter min vurdering bedst gøres ved at samle ekspertisen på et sted – eksempelvis i et center for seksuelt misbrugte børn.

Korrespondance: *Annie Vesterby Charles*, Retsmedicinsk Institut, Aarhus Universitet, DK-8000 Århus C. E-mail: [av@retsmedicin.au.dk](mailto:av@retsmedicin.au.dk)

Antaget: 20. februar 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen er skrevet på basis af forfatterens professortiltrædelsesforelæsning for at belyse aktive frontlinjeforskningsområder i Danmark.

### Litteratur

1. Paul DM. The medical examination in sexual offences against children. *Med Sci Law* 1977;17:251-8.
2. Hobbs CJ, Wynne JM. Child sexual abuse – an increasing rate of diagnosis. *Lancet* 1987;2:837-41.
3. Wodding BA, Heger A. The use of the colposcope in the diagnosis of sexual abuse in the pediatric age group. *Child Abuse Negl* 1986;110:111-4.
4. Jenny C, Kuhns MLD, Arakawa F. Hymens in newborn female infants. *Pediatrics* 1987;80:399-400.
5. McCann J, Voris J, Simon M et al. Comparison of genital examination techniques in prepubertal girls. *Pediatrics* 1990;85:182-7.
6. Adams JA, Harper K, Knudson S et al. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994;94:310-7.
7. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM et al. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:820-31.
8. Heger A, Ticson L, Velasquez O et al. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002;26:645-59.
9. Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:191-7.
10. Lauritsen AK, Charles AV. Den retslægelige undersøgelse af mindreårige udsat for seksuelt overgreb i Jylland. *Ugeskr Læger* 2001;163:2485-8.