



Statens offentliga utredningar

1994:56

Socialdepartementet

# Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats

**Ur KB:s samlingar**

Digitaliserad år 2014



National Library  
of Sweden

Delbetänkande av Kvinnovåldskommissionen  
Stockholm 1994



Statens offentliga utredningar

1994:56

Socialdepartementet

# Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats

Delbetänkande av Kvinnovåldskommissionen  
Stockholm 1994

Ref KB Occ 500



Statens offentliga utredningar

1994:56

Socialdepartementet

# Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats

Delbetänkande av Kvinnovåldskommissionen  
Stockholm 1994

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Fax: 08-20 50 21  
Telefon: 08-690 90 90

REGERINGSKANSLIETS  
OFFSETCENTRAL  
Stockholm 1994

ISBN 91-38-13642-2  
ISSN 0375-250X

## Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut den 1 juli 1993 (dir. 1993:88) bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet, statsrådet Bengt Westerberg, att tillkalla en kommission med uppdrag att utifrån ett kvinnoperspektiv göra en översyn av frågor som rör våld mot kvinnor och föreslå åtgärder för att motverka sådant våld.

Med stöd av bemyndigandet förordnades den 28 september 1993 riksdagsledamoten och ordföranden i riksdagens justitieutskott Britta Bjelle som ledamot och ordförande. Samma dag förordnades som övriga ledamöter professorn i rättsmedicin Anders Eriksson, socionomen och författaren Maj Fant, distriktsåklagaren Margaretha Lidman-Ling, chefsrådmannen Ulla Ljunggren-Thedéen, advokaten Anita Olofsson och länspolismästaren Lars Svärd. Som sakkunniga förordnades byrådirektören Barbro Hindberg, professorn i straffrätt Madeleine Leijonhufvud, avdelningsdirektören Monika Olsson och rådmannen Margareta Wadstein.

Till huvudsekreterare förordnades den 1 november 1993 rådmannen Agneta Claesson Norell och till biträdande sekreterare förordnades samma dag socionomen och hovrättsassessorn Åsa Hård af Segerstad.

Kommissionen har antagit namnet Kvinnovåldskommissionen. Kommissionen överlämnar härmed delbetänkandet Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats.

*Stockholm i mars 1994*

## Britta Bjelle

Anders Eriksson  
Margaretha Lidman-Ling  
Anita Olofsson

Maj Fant  
Ulla Ljunggren-Thedéen  
Lars Svärd

*/Agneta Claesson Norell  
Åsa Hård af Segerstad*

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	7
<b>1 Bakgrund</b>	11
1.1 Direktiven m.m.	12
1.2 Några definitioner	13
1.3 Orsaker till våld mot kvinnor	15
1.4 Statistisk bakgrund	16
1.5 Ytterligare utgångspunkter	18
<b>2 Några verksamheter för kvinnor som utsatts för våldtäkt och misshandel</b>	19
2.1 RFSU:s mottagning för våldtagna kvinnor	19
2.2 Akademiska sjukhuset i Uppsala	20
2.3 Östra sjukhuset i Göteborg	23
2.4 Akuttetaten i Oslo	26
2.5 Annat pågående arbete	31
<b>3 Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats – Överväganden och förslag</b>	33
3.1 Behovet av ett särskilt centrum	33
3.2 Syftet med ett särskilt centrum	36
3.3 Uppbyggnad och utformning	37
3.4 Lokalisering	42
3.5 Finansiering	44



Introduction	1
Chapter I	1
Chapter II	1
Chapter III	1
Chapter IV	1
Chapter V	1
Chapter VI	1
Chapter VII	1
Chapter VIII	1
Chapter IX	1
Chapter X	1
Chapter XI	1
Chapter XII	1
Chapter XIII	1
Chapter XIV	1
Chapter XV	1
Chapter XVI	1
Chapter XVII	1
Chapter XVIII	1
Chapter XIX	1
Chapter XX	1
Chapter XXI	1
Chapter XXII	1
Chapter XXIII	1
Chapter XXIV	1
Chapter XXV	1
Chapter XXVI	1
Chapter XXVII	1
Chapter XXVIII	1
Chapter XXIX	1
Chapter XXX	1
Chapter XXXI	1
Chapter XXXII	1
Chapter XXXIII	1
Chapter XXXIV	1
Chapter XXXV	1
Chapter XXXVI	1
Chapter XXXVII	1
Chapter XXXVIII	1
Chapter XXXIX	1
Chapter XL	1
Chapter XLI	1
Chapter XLII	1
Chapter XLIII	1
Chapter XLIV	1
Chapter XLV	1
Chapter XLVI	1
Chapter XLVII	1
Chapter XLVIII	1
Chapter XLIX	1
Chapter L	1

## Sammanfattning

Flera åtgärder har vidtagits under senare år för att motverka våld mot kvinnor och för att stödja kvinnor som utsatts för våld. Trots detta föreligger alltfjämt ett stort behov av insatser på många olika områden.

Kvinnovåldskommissionen har tillkallats för att utifrån ett kvinnoperspektiv göra en översyn av frågor som rör våld mot kvinnor och föreslå åtgärder för att motverka sådant våld. Berörda områden är hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt rättsväsendet. I direktiven har i fråga om området hälso- och sjukvård särskilt föreskrivits att kommissionen bör överväga om det finns behov av att inrätta en eller flera s.k. våldtäktskliniker och i så fall ange förutsättningarna för en sådan verksamhet. Denna fråga skall enligt direktiven behandlas med förtur.

Kommissionen har sålunda påbörjat en kartläggning av hälso- och sjukvårdens insatser för kvinnor som utsatts för våld. På de kirurgiska akutmottagningarna och på kvinnoklinikerna är kvinnor som utsatts för våld en stor patientgrupp. Många redovisar skador och varierande, diffusa symptom för vilka det kan vara svårt att ställa diagnos. Inte sällan ligger det våld även bakom sådana symptom. På flera håll inom hälso- och sjukvården har man igångsatt olika projekt för hjälp och stöd åt kvinnor som utsatts för våld. Kommissionen beskriver några sådana verksamheter. Mycket återstår dock att göra för att hälso- och sjukvården skall kunna sägas tillfredsställande möta de behov som utsatta kvinnor har. Det föreligger ett särskilt behov att utveckla formerna för det praktiska omhändertagandet av kvinnor som vänder sig till hälso- och sjukvården efter att ha utsatts för våld.

Kommissionen har i sitt hittillsvarande arbete kunnat konstatera att kunskapen om det medicinska omhändertagandet av kvinnor som utsatts för våld, liksom om de medicinska effekterna av det dolda våldet samt omfattningen och utbredningen av dessa effekter, behöver utvecklas. Det krävs utbildning

om våld mot kvinnor för olika personalkategorier inom hälso- och sjukvården, men också inom socialtjänsten och rättsväsendet. Vidare behöver resurser och kunskaper samlas och en koordinering av samhällets och de frivilliga organisationernas insatser för dessa patienter komma till stånd. Inte minst kvinnojourerna kan bidra med viktiga kunskaper och erfarenheter utifrån ett kvinnoperspektiv.

Kvinnovåldskommissionen lägger i rapporten fram förslag om att det inom hälso- och sjukvården inrättas ett särskilt centrum för kvinnor som utsatts för våldtäkt och misshandel. Kommissionen anser det sålunda angeläget att centrumet även vänder sig till kvinnor som utsatts för våld av män i nära relationer. Ett sådant centrum – ett resurs- och kunskapscentrum – där man specialiserar sig på att hjälpa kvinnor som utsatts för våld skall kunna stå modell för det arbete som sker och behöver komma till stånd på andra håll i landet inom hälso- och sjukvården när det gäller mottagande av kvinnor som utsatts för våld.

Syftet med detta centrum är att genom praktisk verksamhet bistå utsatta kvinnor. Genom forskning skall kunskaperna öka om hur denna verksamhet lämpligen bör utformas. Utvecklingsprojekt som bygger på erfarenheterna från den praktiska verksamheten och från olika forskningsprojekt kan i sin tur leda till att insatserna för kvinnor som utsatts för våld utvecklas. Genom att informera om sin verksamhet och genom att sprida inhämtad kunskap vidare bör centrumet också kunna medverka till att förebygga våld mot kvinnor.

Ett syfte med det centrum som föreslås bör sålunda vara att minska skadeverkningarna för de kvinnor som blivit utsatta för våldtäkt eller misshandel. Ett bättre omhändertagande kan medverka till att kvinnornas självkänsla stärks, varigenom de får ökad möjlighet att ta sig ur misshandelsförhållandena. Enligt kommissionen är det angeläget att centrumet har en öppen mottagning med god tillgänglighet dygnet runt. Mottagandet bör innefatta medicinsk inklusive rättsmedicinsk undersökning, behandling för fysiska skador av olika slag, akut kristerapi, social rådgivning samt hjälp med att erhålla långtidsterapi och behandling för s.k. sena effekter. För att tillgodose medföljande barns behov måste centrumet tillföras personal med erforderlig kompetens. Utgångspunkterna för centrumets verksamhet skall vara en miljö där kvinnan sätts i centrum för verksamheten och en medvetenhet om att kvinnan är utsatt för ett s.k. multitrauma. Flera olika sjukhuskliniker måste kopplas in, och samarbetet med andra organ – såväl samhälleliga som ideella – blir en annan viktig utgångspunkt för centrumets verksamhet.

Centrumet bör kunna utgöra en resurs för våldsutsatta kvinnor i andra delar av landet, som behöver få råd om vart de skall vända sig för att få stöd och hjälp. Dessa kvinnor bör dygnet runt kunna nå centrumet per telefon.

På ett samhälleligt plan är syftet att centrumet skall kunna utgöra en resurs för olika sjukvårdsenheter runt om i landet; det gäller såväl primärvården som den slutna somatiska och psykiatriska vården. Från centrumet skall rådgivning och hjälp även till andra myndigheter kunna emanera. Centrumet bör ha möjlighet att dygnet runt erbjuda rådgivning per telefon. Det bör också vara naturligt för centrumet att medverka i olika slags utbildning. Kommissionen anser det betydelsefullt att centrumet kan knyta relevant forskning till sig. Ett nära förhållande mellan forskning och klinisk verksamhet bidrar till att öka kunskapen på flera olika plan. Det kvalificerade utvecklingsarbetet är också av stort värde. Avsikten är inte att centrumet skall utgöra en försöksverksamhet eller ett tidsbegränsat forskningsprojekt. Grundtanken är i stället att det inom hälso- och sjukvården för lång tid framöver kommer att behövas en specialiserad verksamhet för kvinnor som utsatts för våld.

Vid Akademiska sjukhuset i Uppsala drivs sedan några år tillbaka projektet Omhändertagande vid kvinnomisshandel. Landstingets och sjukhusets intentioner är att ytterligare utveckla metoderna för arbetet med omhändertagande av kvinnor som utsatts för våldtäkt och misshandel. Vid sjukhusets kvinnoklinik bedrivs, förutom sjukvård, undervisning och forskning i stor omfattning. Det centrum som kommissionen nu föreslår kan lämpligen placeras vid Akademiska sjukhuset och organisatoriskt knytas till sjukhusets kvinnoklinik.

Eftersom en avsevärd del av arbetet vid centrumet kommer att utgöras av direkt patientarbete, som framför allt kommer invånarna i det egna landstinget till godo, är det enligt kommissionen naturligt att Landstinget i Uppsala län bör ha det huvudsakliga ekonomiska ansvaret för verksamheten.

Starka samhälleliga skäl talar enligt kommissionen för att också staten bör ta en aktiv del i uppbyggnaden av det centrum som föreslås. Forskning och utveckling inom flera områden, liksom information och utbildning, avses bli hörnstenar i centrumets verksamhet. Detta talar också för ett statligt engagemang i verksamheten. Kostnaderna för att driva verksamheten beräknas uppgå till ca fem miljoner kronor årligen. Härtill kommer kostnader för forskning. Kommissionen föreslår att regeringen, inom ramen för de anslag som anvisas för psykiatrireformen, finansierar ett statligt bidrag till centru-

met. Kommissionen har funnit det rimligt att staten under tre år bidrar till centrumets uppbyggnad med tre miljoner kronor om året. Kommissionen utesluter inte att staten även härefter skall ha ett fortsatt engagemang i centrumet.

# 1 Bakgrund

För ett par decennier sedan började olika kvinnogrupper att fästa uppmärksamheten på frågor som rör våld mot kvinnor. Fokuseringen på det samhällsproblem som våld mot kvinnor utgör har gett vissa konkreta resultat. En rad olika åtgärder har sålunda vidtagits för att stärka ställningen för brottsoffer i Sverige, inte minst för kvinnor som utsatts för våld.

År 1982 ändrades åtalsbestämmelserna när det gäller vissa misshandelsbrott, och åtal kan numera väckas oberoende av om offret angett brottet till åtal eller inte. År 1984 skedde en rad förändringar i sjätte kapitlet brottsbalken. Då slopades kravet på åtalsangivelse vid våldtäkt. År 1988 antogs lagarna om målsägandebiträde och besöksförbud. Dessa lagar har senare ändrats för att ytterligare förstärka skyddet för brottsoffer. Nyligen höjdes straffskalorna för vissa vålds- och sexualbrott. Ytterligare åtgärder har föreslagits när det gäller att skydda mot brott och att förbättra för brottsoffer överhuvudtaget. Det finns anledning att här också nämna den försöksverksamhet som Rikspolisstyrelsen bedrivit med särskilt skydd (larm m. m. samt livvaktsskydd) för kvinnor som utsätts för våld eller hot om våld.

Även regionalt och lokalt – i såväl kommuner som landsting – pågår arbete på flera håll i landet för att på ett bättre sätt kunna möta och stödja kvinnor som utsatts för våld. I sammanhanget bör särskilt nämnas det samverkansprojekt som Socialstyrelsen och fem län för närvarande driver med statligt stöd. Projektet syftar till att få fram metoder och modeller för ett förbättrat samarbete mellan myndigheter inom rättsväsendet, socialtjänsten samt hälso- och sjukvården liksom mellan dessa myndigheter och frivilliga organisationer. På det lokala planet fyller också kvinnojourerna en viktig funktion för utsatta kvinnor.

Genom att fästa uppmärksamheten på det våld som drabbar kvinnor och förmedla kunskaper om sådant våld till olika yrkesgrupper och till allmänheten har kvinnojourerna i Sverige gjort en beaktansvärd insats. Under de 15 år jourerna funnits har de på ideell bas byggt upp en omfattande verksamhet över hela landet. De ger stöd till kvinnor som misshandlats fysiskt, psykiskt och sexuellt och som förföljs eller trakasseras av män. Kvinnojourernas framväxt har setts som ett uttryck för att samhället brister när det gäller att ge utsatta kvinnor den hjälp som de behöver. Flertalet kvinnojourer bedriver också ett omfattande utåtriktat arbete. Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige (ROKS) bedriver opinionsbildning mot våld och förtryck av kvinnor på flera plan. Förutom praktiskt och psykologiskt stöd och rådgivning till kvinnor har kvinnojourerna sålunda tagit på sig en viktig roll när det gäller att föra ut kunskap om det våld som utövas mot kvinnor.

Slutligen bör nämnas de insatser som gjorts för att fortbilda personal inom rättsväsendet, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att de skall vara bättre rustade att möta kvinnor som utsatts för våld.

Även om exempel sålunda kan ges på åtgärder som vidtagits för att motverka våldet mot kvinnor och för att stödja kvinnor som utsatts för våld föreligger alltså ett stort behov av insatser på många samhällsområden. Ytterst utgör våldtäkt, misshandel och andra liknande övergrepp mot kvinnor allvarliga uttryck för bristande jämställdhet och därmed också för den obalans som råder i maktförhållandet mellan könen.

## 1.1 Direktiven m.m.

Kvinnovåldskommissionen har enligt sina direktiv (dir. 1993:88) att utifrån ett kvinnoperspektiv göra en översyn av frågor som rör våld mot kvinnor och föreslå åtgärder för att motverka sådant våld. Berörda områden är hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt rättsväsendet. I direktiven har i fråga om området hälso- och sjukvård särskilt föreskrivits att kommissionen bör överväga om det finns behov av att inrätta en eller flera s.k. våldtäktsklinikerna och, om så är fallet, närmare ange förutsättningarna för en sådan verksamhet. Enligt direktiven bör kommissionen vid sitt ställningstagande även beakta fördelen av att få till stånd ett nära samarbete mellan klinisk verksamhet och forskning.

Kvinnovåldskommissionen har påbörjat en kartläggning av hälso- och sjukvårdens insatser för kvinnor som utsatts för våld. Även om detta arbete långt ifrån är slutfört kan kommissionen konstatera att det inom hälso- och sjukvården i dag finns en växande medvetenhet om att åtgärder måste vidtas för att hälso- och sjukvårdspersonalen bättre skall uppmärksamma kvinnor som söker sjukvården efter att ha utsatts för våld. På många håll har man också igångsatt olika projekt för hjälp och stöd åt dessa kvinnor. Kommissionen kommer i denna rapport att beskriva några sådana verksamheter. Ännu återstår dock mycket att göra för att hälso- och sjukvården skall kunna sägas tillfredsställande möta de behov som utsatta kvinnor har och erbjuda sådana resurser som dessa kvinnor har rätt att förvänta sig av hälso- och sjukvården.

## 1.2 Några definitioner

Som en bakgrund till kommissionens överväganden när det gäller lämpligheten i att inrätta s.k. våldtäktskliniker torde vissa begrepp behöva klargöras. Det finns anledning att inledningsvis definiera begreppet *våldtäkt*.

Rättsligt definieras våldtäkt som att någon "tvingar annan till samlag eller därmed jämförligt sexuellt umgänge genom våld eller genom hot som innebär eller för den hotade framstår som trängande fara" (6 kap. 1 § första stycket brottsbalken). Våldtäkt kan förekomma såväl när personerna är obekanta med varandra som när detta inte är fallet och även inom äktenskapet. Våldtäktsbrottet är indelat i olika svårighetsgrader (jfr 6 kap. 1 § andra och tredje styckena brottsbalken).

Inom kriminologisk och sociologisk forskning indelas våldtäkterna ibland i olika kategorier efter den relation som gärningsman och offer har till varandra. Sålunda talar man ibland om "överfallsvåldtäkt" när gärningsmannen är en för offret helt obekant person och våldtäkten äger rum utomhus, "bekantskapsvåldtäkt" när gärningsmannen är en bekant till offret och "relationsvåldtäkt" när gärningsmannen och offret har eller har haft en nära relation till varandra. Anledningen till att man på detta sätt önskar differentiera mellan olika typer av våldtäkt är naturligtvis våldtäkternas mycket skiftande karaktär. Många människor, kanske de allra flesta, förknippar dock "våldtäkt" med överfallsvåldtäkt, dvs. att det är fråga om en okänd man som överfallit och våldtagit en för honom okänd kvinna.



I den officiella kriminalstatistik som produceras av Statistiska centralbyrån (SCB) görs en annan indelning av våldtäktsbrotten. Man skiljer därvid mellan våldtäkter som begås inomhus och utomhus. Huruvida offret är bekant med gärningsmannen eller ej framgår inte. Inte heller finns det i kriminalstatistiken någon uppgift om offrets kön. Tidigare undersökningar har emellertid visat att en övervägande majoritet av offren för sexualbrott är kvinnor. Statistiken över våldtäktsbrottet gör däremot en uppdelning när det gäller offrets ålder, så att det ur statistiken kan utläsas om offret var över eller under 15 år.

Ett annat begrepp bör också definieras, nämligen uttrycket *kvinnomisshandel*. Begreppet kvinnomisshandel används i dag ofta för att särskilt beteckna våld som utövas av en man mot en kvinna, där mannen och kvinnan har eller har haft ett förhållande till varandra. Sådan kvinnomisshandel kan vara förenad med våldtäkt och andra sexuella övergrepp.

"Kvinnomisshandel" finns inte upptagen i lagen som ett särskilt brott utan faller under det generella begreppet misshandel i brottsbalkens tredje kapitel. Den rättsliga definitionen av misshandel är därvid att någon "tillfogar annan person kroppsskada, sjukdom eller smärta eller försätter honom i vanmakt eller annat sådant tillstånd" (3 kap. 5 § brottsbalken). Misshandelsbrottet är liksom våldtäktsbrottet indelat i olika svårighetsgrader (jfr även 3 kap. 6 § brottsbalken).

SCB:s statistik i fråga om misshandel redovisas efter platsen (utomhus/inomhus) för brottet och relationen (bekant/obekant) mellan offer och gärningsman. De flesta fallen av "kvinnomisshandel" som anmäls till polisen torde kodalas i kategorin "misshandel mot kvinna, inomhus, bekanta".

För att beteckna olika former av övergrepp mot kvinnor förekommer också termen *sexualiserat våld*. Detta begrepp används ibland inom kvinnoforskningen som ett samlingsbegrepp för många olika former av övergrepp mot kvinnor. I begreppet sexualiserat våld inkluderas emellertid också pornografi, prostitution, sexuella trakasserier och sexuella övergrepp mot barn. Termen "sexualiserat våld" är också förknippad med synen på orsakerna till våld mot kvinnor (jfr nedan). Utan att för närvarande ta ställning till vad som bör avses med begreppet kommer Kvinnovåldskommissionen i förevarande rapport att huvudsakligen använda termen "kvinnomisshandel"

men även "våldtäkt och misshandel" för att beteckna våld som riktas mot kvinnor.

### 1.3 Orsaker till våld mot kvinnor

Orsakerna till att kvinnor misshandlas eller utsätts för sexuella övergrepp av män som de har eller har haft en nära relation till är både mångfasetterade och svåråtkomliga. När det gäller orsakerna till "kvinnomisshandel" redovisar senare års forskning en ny förklaringsmodell. Det nya synsättet markerar ett avståndstagande från tidigare individualpsykologiska förklaringar, där våldet ses som en rad mer eller mindre isolerade handlingar utförda av en sjukförklarad misshandlare, och s.k. systemteoretiska förklaringar med fokusering på motsättningar som ligger i vissa familjers system, struktur och balans. Således avvisas förklaringar som anknyter till en speciell typ av gärningsman eller offer, alkoholbruk, social klass eller liknande. I stället har strukturella samhällsperspektiv om manlig dominans och kvinnlig underordning lyfts fram som en övergripande förklaring till våld mot kvinnor. Det är enligt denna forskning den patriarkaliska samhällsstrukturen, med ojämlig maktfördelning mellan kvinnor och män, som utgör förklaringen till kvinnovåldets förekomst i samhället.

Senare tids forskning beskriver också hur misshandelsprocessen påverkar kvinnan och mannen. Våldet ses som en normaliseringsprocess där våldet normaliseras såväl av mannen som av kvinnan – fast på olika sätt. För mannen ses processen som en målinriktad strategi för kontroll över kvinnan och möjlighet att konstituera maskulinitet. För kvinnan utgör den en strategi för anpassning och underordning.

Den av regeringen år 1989 tillkallade Våldskommissionen (dir. 1989:58) fann vid sin analys av våldets orsaker att ojämlighet i makt kan utgöra en övergripande förklaring till att män misshandlar kvinnor. Samtidigt framhöll dock Våldskommissionen att alla undersökningar av övergrepp mot kvinnor visar att gärningsmannen ofta är en socialt utsatt person med missbruksproblem och en svår psykologisk bakgrund. Det för nästan allt våld klassiska sambandet med social nöd finns således också här. (Se även SOU 1990:92, Våld och brottsoffer.)

Kvinnovåldskommissionen kommer i föreliggande rapport inte att presentera någon ny definition av och inte heller göra någon ytterligare analys av

orsakerna till mäns våld mot kvinnor. Kommissionen avser dock att återkomma till dessa frågor i en senare huvudrapport, när huvuddelen av kommissionens uppdrag redovisas.

## 1.4 Statistisk bakgrund

Innan kommissionen redovisar sina överväganden och sitt förslag finns det anledning att ge en viss statistisk bakgrund till omfattningen av kvinnomisshandel och sexuella övergrepp mot kvinnor. Redovisningen begränsas huvudsakligen till våldtäkt och misshandel även om våld mot kvinnor förekommer i många andra former och kan utgöra flera andra brott.

Enligt den officiella statistiken anmäldes år 1992 i hela riket 1 688 våldtäkter eller våldtäktsförsök. Av de anmälda våldtäktsbrotten var 1 459 brott riktade mot personer 15 år eller äldre och 1 066 var av typen våldtäkt inomhus mot person 15 år eller äldre. Det är framför allt i fråga om den sistnämnda typen av våldtäkt som mörkertalet kan antas vara stort. År 1992 anmäldes också 1 670 brott av typ sexuellt tvång, sexuellt utnyttjande av underårig, sexuellt umgänge med barn, avkomling eller syskon. 1 348 av dessa brott var riktade mot en person av motsatt kön. 356 brott riktade sig mot personer 15 år eller äldre, och 323 av dessa var riktade mot en person av motsatt kön. Av tidigare forskning har det framgått att den anmälda gärningsmannen nästan alltid är en man. Därför är det så gott som uteslutande kvinnor eller flickor som är offer för de heterosexuella brotten och män eller pojkar som är offer för de homosexuella brotten.

Antalet anmälda brott som avser misshandel mot kvinnor uppgick år 1992 till 15 827. Av dessa hör 10 435 till kategorin "misshandel mot kvinnor, inomhus, offer och gärningsman bekanta med varandra", dvs. vad som närmast motsvarar begreppet "kvinnomisshandel" enligt ovan. Sådan misshandel är enligt statistiken den vanligaste typen av misshandel mot kvinnor samtidigt som denna brottslighet, i likhet med vad som anförts ovan, till stor del antas vara dold.

Den officiella statistiken bygger på de anmälningar om brott som kommer till polisens kännedom. Brott som sexualbrott och kvinnomisshandel antas allmänt ha höga mörkertal. Det är mycket svårt att göra skattningar av sådana mörkertal. Tre faktorer anses ha särskild betydelse för om ett brott anmäls eller inte: brottets grovhet, relationen mellan gärningsmannen och

offret samt brottets synlighet. Man känner därvid till att grova brott med allvarliga skador anmäls i högre grad än lindrigare brott. Vidare polisanmäls brott där gärningsmannen är helt obekant för offret i högre grad än brott där gärningsmannen är en närstående. Brott som utspelas på allmän plats anmäls i högre grad än brott som utspelas i det privata. En vanlig uppskattning bland kriminologer är att den verkliga våldsbrottsligheten genomsnittligt är åtminstone tre gånger så stor som den registrerade. När det gäller brott som kvinnomisshandel måste man dock på grund av denna brottslighets typiska karaktäristiska (en nära relation mellan offer och gärningsman, brottet har skett på privat plats) räkna med ett långt högre mörkertal.

Ett komplement till den officiella statistiken över anmälda brott utgör de s.k. offerundersökningarna, dvs. de återkommande utfrågningar av ett stort riksrepresentativt urval av befolkningen, som SCB genomför. Gjorda analyser har pekat på att åtminstone 120 000 kvinnor årligen utsätts för någon form av våld eller hot och att 40 000 av dessa kvinnor får synliga märken eller kroppsskador av sådant våld. Men också offerundersökningarna antas ge en begränsad bild av det våld som utspelas i familjen.

Antalet anmälda sexualbrott och kvinnomisshandelsbrott har ökat mycket kraftigt under i vart fall de senaste 10–15 åren. Särskilt stor har ökningen av anmälda sexualbrott varit under de allra senaste åren. Den preliminära statistiken för år 1993 pekar på en fortsatt ökning av anmälningar av våldsbrott. Särskilt kraftig är ökningen, enligt den preliminära statistiken, för fullbordade våldtäkter inomhus och för grövre sexualbrott mot barn.

Olika försök har gjorts att söka förklaringar till utvecklingen. Sålunda uppdrogs år 1990 åt en särskild arbetsgrupp inom Justitiedepartementet att särskilt granska utvecklingen när det gällde våldtäktsbrottet. Arbetsgruppen fann vid sin analys att den ökning av antalet anmälda våldtäkter som kunde utläsas av den officiella statistiken för den tid som arbetsgruppen studerade, åren 1975–1988, berodde dels på förändringar i lagstiftningen, dels på en ökad anmälningsbenägenhet när det gällde den speciella kategorin av våldtäkter där gärningsmannen förgripit sig på en närstående kvinna. Arbetsgruppen ansåg det endast i mycket begränsad omfattning troligt att en faktiskt ökad brottslighet låg bakom den statistiska ökningen av antalet anmälda våldtäktsbrott. (Se vidare rapporten Ds 1990:3, Kartläggning av våldtäktsbrotten – analys av den aktuella situationen. Förslag till åtgärder.)

Det kan sålunda sägas att statistiken över kvinnomisshandel och sexuella

övergrepp mot kvinnor är bristfällig när det gäller att belysa omfattningen av våld mot kvinnor. Kommissionen avser att i sitt kommande arbete analysera vilka åtgärder som skulle kunna vidtas när det gäller att förbättra brottsstatistiken i detta avseende.

## 1.5 Ytterligare utgångspunkter

Kommissionen kommer i det följande att framlägga förslag om att det inom hälso- och sjukvården bör inrättas ett särskilt centrum för kvinnor som utsatts för våldtäkt och misshandel. Detta innebär inte att kommissionen slutligt har redovisat sina förslag till åtgärder för att förbättra hälso- och sjukvårdens insatser för kvinnor som utsätts för våld. Tvärtom avser kommissionen att utveckla sin analys av vilka insatser som krävs från sjukvårdens sida och i ett senare betänkande återkomma till de ytterligare åtgärder som kan behöva vidtas.

Redan genom den hittills företagna probleminventeringen har kommissionen dock funnit att det finns ett stort behov att inom ramen för hälso- och sjukvården skapa särskilda resurser för kvinnor som utsatts för våldtäkt och misshandel. I denna rapport redovisar kommissionen förutsättningarna för ett särskilt centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. Här finns dock skäl att också beskriva något av det arbete som initierats under senare tid.

## 2 Några verksamheter för kvinnor som utsatts för våldtäkt och misshandel

I Norden har under senare år igångsatts olika projekt för hjälp och stöd åt kvinnor som utsatts för våld. I det följande beskrivs några verksamheter inom hälso- och sjukvården som framför allt inriktats på att möta behoven hos kvinnor som blivit våldtagna, men även verksamheter som vänder sig till den större grupp kvinnor som utsatts för kvinnomisshandel.

### 2.1 RFSU:s mottagning för våldtagna kvinnor

I slutet av 1970-talet (1977–1981) hade RFSU i Stockholm en särskild mottagning för våldtagna kvinnor. RFSU-mottagningen tog emot kvinnor efter tidsbeställning och var således inte någon jourmottagning. Totalt 160 kvinnor sökte hjälp hos mottagningen, varvid hjälpen för ett 60-tal stannade vid telefonsamtal. I 3/4 av fallen var gärningsmannen okänd eller obetydligt känd för kvinnan. Kvinnor som utsatts för våldtäkt eller misshandel inom ramen för ett samboendeförhållande vände sig således i mycket liten utsträckning till RFSU-mottagningen.

Kvinnorna som vände sig till den särskilda mottagningen erbjöds krisstöd/kristerapi och viss praktisk hjälp. Sådan hjälp kunde vara att ordna med gynekologisk undersökning, förmedla kontakt med polis, åklagare och sociala institutioner, förmedla kontakt med skolhälsovården, utfärda bostadsintyg och vara med vid rättegång.

När det gäller frågan om att inrätta speciella mottagningar för att möta kvinnors behov av stöd och hjälp framfördes det i en rapport över verksamheten att samhället redan förfogar över resurser att möta dessa kvinnor. Resurserna har dock inte tagits i bruk för detta speciella ändamål eller kanske snarare inte utnyttjats rätt, främst beroende på ovana hos personalen att möta problem efter sexuella övergrepp. Det påpekades att det är såväl inom den somatiska sjukvården, den öppna psykiatriska vården, mödrahälsovården och skolhälsovården som inom socialtjänsten, familjerådgivningen och den psykiska barna- och ungdomsvården som problem efter sexuella övergrepp skulle kunna fångas upp och behandlas. I RFSU-rapporten pekade man på behovet av utbildningsinsatser för berörda yrkeskategorier vid olika institutioner som finns i samhället. När det gäller det akuta omhändertagandet ansåg man det nödvändigt att kvinnan får ett gott krisstöd när hon kommer till sjukhuset. Sådant stöd kan ges av sjuksköterska, läkare eller kurator. Dessa bör också ta ansvar för att kvinnan "följs upp" efter sin första kontakt med sjukhuset. Ett problem som lyftes fram var bristen på kuratorsbemanning 24 timmar om dygnet på akutmottagningarna.

Erfarenheterna från RFSU-mottagningen har även redovisats i en bilaga till Sexualbrottsutredningens betänkande (SOU 1982:61) Våldtäkt och andra sexuella övergrepp.

## 2.2 Akademiska sjukhuset i Uppsala

Akademiska sjukhuset i Uppsala fungerar dels som länssjukhus för Landstinget i Uppsala län, dels som regionsjukhus inom Uppsala/Örebroregionen. Sjukhuset är även rikssjukhus för viss högspecialiserad vård. Kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset är en av landets största och modernaste. Kliniken har tre uppgifter: att bedriva sjukvård, undervisning och forskning.

I maj 1990 bildades på initiativ av Jämställdhetsgruppen vid Akademiska sjukhuset projektgruppen Omhändertagande vid kvinnomisshandel. Syftet var att åstadkomma ett bättre omhändertagande av misshandlade kvinnor som söker vård vid sjukhuset. I projektgruppen har ingått kuratorer vid kvinnokliniken och rehabiliteringskliniken, chefkurator, läkare inom psykiatri, rättsmedicin, öron-, näs- och halssjukvård, tandläkare inom oralkirurgi, sjuksköterskor vid kvinnokliniken och akutmottagningen, skötare

inom psykiatri, sjukhuspräst, representanter för kvinnojouren, sociolog samt jämställdhetshandläggare.

Under hösten 1991 utarbetades dels ett *utbildningsprogram* för sjukhuspersonalen, dels ett handlingsprogram tänkt att användas direkt i behandlingssituationen. En undersökning som inledde projektet hade visat att sjukvårdspersonalens kunskaper om problematiken var helt otillräckliga för att på ett bra sätt kunna ta om hand kvinnor som uppsökte sjukvården på grund av att de misshandlades. Viss utbildning har redan genomförts och man är nu inne på en fjärde omgång. Utbildningen, som vänder sig till de personalgrupper som i sitt dagliga arbete möter kvinnor och barn som varit utsatta för våld, riktas i första hand till läkare, kuratorer och arbetsledare som inom sina arbetsområden har möjlighet och skyldighet att informera, handleda och fortbilda personalen. Utbildningen omfattar 20 timmar gemensam teori samt 20 timmar handledning i smågrupper. Eftersom utbildningen ses som en fortlöpande process pågår den under minst ett halvår. Smågrupperna leds av en legitimerad psykoterapeut med handledarkompetens. Vårdpersonalen utbildas i att våga se och våga fråga om vad som kan ligga bakom såväl fysiska skador och andra kroppsliga symptom som psykiska problem samt i att själva ge stöd, handledning och fortbildning till övrig personal. Inom ett halvår efter utbildningen gör kursledaren tillsammans med handledaren ett uppföljande besök hos varje deltagare. Deltagarna ingår efter kursen i ett nätverk som erbjuder visst stöd genom träffar och fortbildning. Deltagare från kvinnokliniken ingår där i en särskild "Våga fråga-grupp" som träffas ett par gånger per termin.

*Handlingsprogrammet* beskriver inledningsvis bl.a. vissa anledningar till att en kvinna stannar kvar i ett misshandelsförhållande. Sådana orsaker kan vara rädsla för repressalier från mannen, ekonomiska problem och att kvinnan inte vet var hon skall söka hjälp eller vart hon skall ta vägen. Kvinnan känner ofta ambivalens, hopplöshet, självförakt och maktlöshet. Hon har också skuld- och skamkänslor. Hon behöver samhällets stöd och hjälp för att fatta ett självständigt och medvetet beslut om sitt fortsatta liv.

Läkarundersökningen skall enligt handlingsprogrammet omfatta

- anamnes, som är noggrann och som upptas utan närvaro av anhörig
- kroppsundersökning av hela kroppsytan
- dokumentation av alla skador
- färgfotografering av yttre skador
- återbesökstid för att poängtera allvaret i misshandeln



- undersökning av kläderna för att finna spår eller skador
- om sexuellt övergrepp misstänks: akut remiss till gynekolog
- en diagnos som, vid eventuell sjukskrivning, inte skadar kvinnan.

Det poängteras att de psykiska följderna av misshandel ofta är minst lika svåra som de fysiska. Även ett psykosocialt omhändertagande är därför av största vikt, i första hand genom en snabb kuratorskontakt. Det framhålls också att all undersökning är frivillig.

Ett särskilt avsnitt i handlingsprogrammet ägnas frågan om bemötande och omhändertagande. Samtalet med kvinnan bör ske enskilt. Om mannen är med skall han avvisas från undersökningsrummet. Kvinnan bör inte lämnas ensam. Personalen måste våga fråga. Den skall lyssna aktivt och visa förståelse. Personalen får inte kritisera. Kvinnan, och eventuella barn som hon har med sig, bör erbjudas övernattnings. Hon bör erbjudas kuratorskontakt senast följande dag och även hjälp från andra instanser. Om kvinnan har svårt att förstå språket skall en av kvinnan godkänd tolk tillkallas.

Man arbetar för närvarande med att utveckla samarbetsformerna inom sjukhuset. Vid rapportering inom sjukhuset från akutkliniken till annan klinik skall den ansvariga sjuksköterskan på den nya kliniken underrättas om att kvinnan varit utsatt för misshandel. Detsamma gäller för rapportering till primärvården. Arbete pågår också för att utveckla samverkan med andra myndigheter och organisationer som kvinnojouren, socialförvaltningen och dess socialjour, polisen, skolan, barnomsorgen och invandrarbyrån. Vikten av att även arbeta utåtriktat betonas.

Frågor som rör dokumentation av skador och utfärdande av rättsintyg finns också redovisade i handlingsprogrammet. Likaså frågor om sekretess och anmälningskyldighet.

Ett särskilt *program för handläggning av våldtäktsfall* vid kvinnokliniken har framtagits. I programmet beskrivs de psykologiska effekterna på våldtäktsoffret och på omgivningen. Oavsett om kvinnan anmäler brottet till polisen eller inte görs den medicinska undersökningen på ett sådant sätt att den skall kunna utgöra underlag för rättsintyg. Ett särskilt bra omhändertagande syftar till att återge kvinnan känslan av kontroll över verkligheten. Om kvinnan är under 15 år kontaktas barnpsykiater. Det anges att kvinnan bör komma på återbesök, inte minst för att få psykologisk hjälp med krisarbetningen. Kuratorn meddelas vid varje våldtäktsfall. Ett kontaktnät finns

med kuratorer vid kvinnokliniken och inom psykiatrin samt personal vid kvinnojourerna och företrädare för polisen.

Det är en fördel såväl för undersökningen som för kvinnans egen bearbetning att hon finns kvar på kliniken följande dag för kompletterande undersökningar och samtal samt för kuratorskontakt. Man anser därför att kvinnan bör övertalas att lägga in sig på sjukhuset, i synnerhet om hon i annat fall skulle lämna sjukhuset ensam eller komma hem till en tom bostad, i många fall brottsplatsen. Om våldtäkten skett i anslutning till annan miss-handel, eller i en på annat sätt destruktiv miljö, bör kontakt med kvinnojour-en eller socialförvaltningen ordnas för fortsatt stöd och hjälp.

En "lathund" att användas inför undersökningen och journalföringen vid sexuella övergrepp har utarbetats och ingår i handlägningsprogrammet. Lathunden innehåller bl.a. en kortfattad mall för upprättande av rättsintyg. Det kan nämnas att kvinnokliniken under år 1993 upprättade 13 rättsintyg avseende våldtäkter.

De problem som man särskilt uppmärksammat under projekttiden är personalens bristande kunskap och brist på tid. Inte minst gäller detta för läkarna. Möjligheterna att följa upp de kvinnor som sökt vård vid kvinnokliniken efter att ha utsatts för våld har varit alltför små. Det råder brist på terapeuter med den särskilda kunskap som krävs. Detta gäller inte minst såvitt avser långtidsterapi. Ingen psykolog är knuten till verksamheten, och på hela kliniken arbetar endast fyra kuratorer motsvarande knappt tre tjänster. Enligt projektgruppen fungerar samarbetet med socialförvaltningen och dess socialjour inte helt tillfredsställande. Även hos denna instans brister det i kompetensen.

## 2.3 Östra sjukhuset i Göteborg

Östra sjukhuset är ett av två stora sjukhus i Göteborg. Östra sjukhusets upptagningsområde utgörs av halva Göteborgs kommun och södra Bohuslän. Befolkningsunderlaget utgörs av ca 350 000 invånare. Akutmottagningen på Östra sjukhuset är en av de största akutmottagningarna i hela landet. Till Östra sjukhuset kommer, enligt en uppskattning som sjukhuset gjort, en misshandlad kvinna varje dag.

Kommunfullmäktige i Göteborg antog år 1980 ett alkoholpolitiskt program som bl.a. uppmärksammade frågor sammanhörande med kvinnors missbruk av alkohol. I samband med detta arbete fann man andra grupper med stora hjälpbehov, såsom gruppen misshandlade kvinnor. Efter en motion till kommunfullmäktige år 1981 uppdrogs åt sociala centralnämnden i Göteborg att starta ett jourhem för misshandlade kvinnor och deras barn inom socialförvaltningen. Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg erhöll å sin sida medel till ett projekt med ett kristeam för misshandlade kvinnor förlagt till den kirurgiska akutmottagningen på Östra sjukhuset.

Östra sjukhuset har sålunda sedan ca 10 år tillbaka en särskild verksamhet med *ett kristeam för misshandlade kvinnor*. Teamet består numera av en heltidsanställd psykolog, en trekvartstidsarbetande kurator och en psykiater som ägnar fyra timmar per vecka åt verksamheten. Kristeamet tillhör organisatoriskt den psykiatriska verksamheten, men personalen arbetar vid Östra sjukhusets akutmottagning för kirurgi.

På Östra sjukhusets kirurgmottagning utfärdas ca 20 rättsintyg per år avseende misshandlade kvinnor. Kristeamet träffar ca 20–30 kvinnor ytterligare per år.

Målgruppen för kristeamets arbete är kvinnor som blivit misshandlade av en nuvarande eller före detta make, fästman, sambo eller pojkvän. Förutom direkt behandlingsarbete med kvinnorna är målsättningen med verksamheten att sprida information och utbilda om kvinnomisshandel. Syftet i det direkta behandlingsarbetet är att ge praktisk hjälp, psykologiskt stöd, information om skydd i form av skyddat boende, social och viss juridisk rådgivning. Ett övergripande syfte med behandlingssamtalen är att den misshandel som kvinnan utsätts för skall upphöra.

Kristeamet tar emot patienter i första hand via den egna akutmottagningen men, i mån av tid, även på remiss från t.ex. vårdcentraler och psykiatri. Teamet kan också ta emot kvinnor som söker direkt utan föregående besök på sjukhuset. Misshandlade kvinnor erbjuds inläggning under natten på sjukhuset, även om detta inte skulle vara medicinskt motiverat. Inläggning sker i samarbete med Östra sjukhusets kvinnoklinik (jfr nedan).

Kristeamets personalresurser medger inte jour dygnet runt på akutmottagningen. I stället har man lagt upp rutiner för jourtid. De sjuksköterskor som är i tjänst när en misshandlad kvinna inkommer till Östra sjukhuset informerar muntligt om kristeamets verksamhet. Dessutom överlämnas en liten

skrift om verksamheten med uppgifter om namn och telefontider till teamet. Samtidigt har man internt inom sjukhuset infört ett mycket enkelt remissförfarande till kristeamet. Sjuksköterskan som mött den misshandlade kvinnan fyller i en enkelt utformad blankett som direkt lämnas till kristeamet. När kristeamets personal nästa morgon kommer till sjukhuset tar någon i teamet kontakt med de patienter som har lagts in under natten. Patienter som inte stannat kvar på sjukhuset försöker man nå per telefon eller genom brev när telefonkontakter är omöjliga.

Kristeamets insatser inleds med ett första samtal med den misshandlade kvinnan. Under samtalet diskuteras fortsatt uppläggning av kontakterna. Hur teamets insatser utformas efter det inledande samtalet beslutas i samråd med den misshandlade kvinnan. Det inledande samtalet tar i allmänhet någon timma. Kvinnor som så önskar erbjuds fortsatta krissamtal. Omfattningen av dessa beror på kvinnans egna önskemål och behov, men det är vanligt med 10–15 ytterligare samtal.

På *Östra sjukhusets kvinnoklinik* finns två kuratorer som har särskild vana att möta våldtagna kvinnor. Till sjukhuset kommer 15–25 våldtagna kvinnor om året. Flertalet fall inkommer under helger och nattetid. Bemötandet av kvinnor som kommer till sjukhuset efter våldtäkt påminner i stor utsträckning om arbetet vid Akuttetaten i Oslo (jfr nedan). Kuratorerna på kvinnokliniken säger sig ha tagit intryck av den verksamhet som bedrivs för våldtagna kvinnor vid Akuttetaten och anammat det sätt på vilket man där tar hand om kvinnor som utsatts för våldtäkt. Således ges högsta prioritet åt kvinnor som kommer till sjukhuset efter en våldtäkt. Man undviker att lämna den våldtagna kvinnan ensam medan hon väntar på t.ex. medicinsk undersökning. Kvinnorna erbjuds inläggning under något dygn på sjukhuset. De informeras både skriftligt och muntligt om att kvinnokliniken har kuratorer som kan erbjuda krissamtal. Kuratorerna är inriktade på omedelbar kontakt och på att krissamtal skall erbjudas snarast möjligt. Även kvinnokliniken saknar – på samma sätt som påtalats i fråga om kristeamet – resurser att erbjuda krissamtal under annan tid än dagtid. Kuratorerna på kvinnokliniken, som har varit anställda lång tid och är väl kända bland övrig personal på kliniken, har inte ansett det befogat med ett skriftligt remissförfarande till dem. Kuratorerna besöker i stället varje morgon kvinnoklinikens intagningsavdelning, och eventuellt andra avdelningar där kvinnor kan ha tagits in under natten, för att informera sig om vad som förevarit sedan föregående dag. Kuratorerna försöker omgående etablera en första kontakt med de kvinnor som tagits in på sjukhuset, och särskilda ansträngningar görs att nå kontakt även med de kvinnor som redan lämnat

sjukhuset. Kuratorernas erfarenheter är att de flesta kvinnor som utsatts för våldtäkt gärna vill ha hjälp och stöd. Kuratorerna strävar efter att, efter ett första samtal med kvinnorna, träffa dem åtminstone ett par gånger med mycket kort intervall. Därefter erbjuds samtal en gång per vecka under någon eller några månader. I enstaka fall förekommer även längre samtalskontakter.

Både det särskilda kristeamet för misshandlade kvinnor och kuratorerna på kvinnokliniken anser att man har ganska goda resurser att erbjuda akut krisbearbetning. Man beklagar emellertid att man helt saknar resurser att följa upp kvinnorna efter krissamtalen. Inte heller har man möjlighet att följa upp de kvinnor som avvisar kontakt med respektive team. Med ökade personalresurser, så att personal med social eller psykologisk utbildning kunde finnas tillgänglig dygnet runt, skulle sannolikt många flera fall av kvinnor som utsatts för våld upptäckas. Även om det i Göteborg finns särskilda resurser för kvinnor med missbruk beklagar kristeamet och kvinnoklinikens kuratorer att man inte har möjlighet att ta sig an missbrukande kvinnor som utsatts för våld. Både kristeamet för misshandlade kvinnor och kuratorerna på kvinnokliniken efterlyser bättre resurser för de misshandlande männen – trots att man i Göteborgs kommun har ett särskilt Kriscentrum för män. Enligt personalen råder också ett stort behov av krisresurser för barn i misshandelsmiljöer.

I Göteborg har helt nyligen bildats en *Aktionsgrupp för Kvinnors Hälsa*. Engagerade i gruppen är personal inom socialtjänsten men också inom sjukvården. Aktionsgruppen har vänt sig till Göteborgs kommunstyrelse för att få till stånd en speciell mottagning för kvinnor som utsätts för sexuella övergrepp och annat sexualiserat våld. Aktionsgruppen arbetar för att få till stånd ett resurscentrum med akut omhändertagande och rehabilitering av våldsoffer samt forskning och utveckling av preventiva åtgärder mot våld som riktar sig mot kvinnor. Den mottagning som Aktionsgruppen tänker sig skall vara tillgänglig dygnet runt för människor som varit utsatta för sexuella övergrepp såsom våldtäkt.

## 2.4 Akuttetaten i Oslo

Vid Akuttetaten i Oslo finns sedan år 1986 en särskild mottagning för våldtäktsoffer. Akuttetaten, som ibland också kallas Legevakten, är Oslo kommuns akutmottagning för sjukvården, men där finns också en särskild

socialjourmottagning. Man tar emot patienter med akuta medicinska och sociala problem.

Vid tillkomsten av våldtäktsmottagningen var målsättningen att kunna möta offrens behov av fysisk, psykisk och social hjälp. Mottagningen bygger på ett samarbete mellan olika yrkesgrupper och myndigheter och utgör en integrerad del i sjukvården. Man ser patienten såsom utsatt för ett "multi-trauma" – ett trauma som är fysiskt, psykiskt, socialt och rättsligt.

Mottagningen för våldtäktsoffer vid Akuttetaten är öppen dygnet runt. All behandling vid mottagningen sker under förutsättning av patientens medgivande. Behandlingen är avgiftsfri och sker oberoende av om någon polis-anmälan har skett. Samma principer gäller för den eventuella eftervården.

Våldtäktsoffer som kommer till Akuttetaten räknas som akutfall och får företrädare framför alla andra patienter, utom dem vars liv är i fara. De våldtäktsoffer som är under 14 år sänds till barnkliniken vid Akers sjukhus, som har samma resurser som Akuttetatens våldtäktsmottagning.

*Omhändertagandet* av våldtäktsoffer vid Akuttetaten innefattar

1. medicinsk undersökning och behandling
2. rättsmedicinsk undersökning
3. krissamtal med patienten och, om nödvändigt, med dennes anhöriga (krissamtal hålls av socionomer vid sjukhusets socialjourmottagning eller av personal vid den psykiatriska avdelningen)
4. inläggning i högst 24 timmar för vård och observation
5. hjälp med att kontakta polis och advokat
6. medicinsk eftervård
7. efterföljande psykologhjälp

De fem förstnämnda insatserna erbjuds inom ramen för Akuttetatens särskilda mottagning för våldtäktsoffer. För den uppföljande behandlingen svarar Akuttetaten i stort. Tio polikliniska psykiatriska mottagningar och fem familjerådgivningsbyråer i Oslo kan ge efterföljande hjälp genom psykolog.

I de fall våldtäktsoffer vänder sig till polisen först, finns en överenskommelse mellan polisen och hälso- och sjukvården att bara de nödvändigaste frågorna skall ställas vid anmälningstillfället. Patienten transporteras därefter direkt till våldtäktsmottagningen för omedelbar behandling och hjälp. Huvudförhöret hos polisen hålls inte förrän patienten erhållit behandling och psykosocial hjälp. I vissa fall äger förhöret rum först påföljande dag. Om

det är bäst för patienten är polisen – liksom den advokat som förordnats – beredda att höra patienten på sjukhuset.

Ett av syftena med våldtäktsmottagningen är att bespara patienten bördan att behöva vända sig till flera olika institutioner. Om ett våldtäktsoffer väljer att vända sig direkt till Akuttetaten vidtas de första åtgärderna vid receptionen där nödvändiga personuppgifter inhämtas. Behandlingsinsatserna delas in i huvudgrupperna mindre kirurgiska ingrepp, frakturer, allmänmedicin och sociala problem. Om det behövs medicinsk behandling med anledning av en våldtäkt underrättas jourhavande sköterskan på den s.k. allmänhälsoavdelningen. Sköterskan ansvarar för den praktiska samordningen av insatserna.

Patienten tas först in i ett särskilt iordningställt rum som har hemliknande karaktär. Annan personal undviker att gå in i detta rum när en patient är där. Sköterskan tar reda på vad som inträffat och informerar sedan om vad våldtäktsmottagningen har att erbjuda. En behandlingsplan upprättas därefter för det omhändertagande som patienten väljer. När sköterskan lämnar rummet för att förbereda insatserna ser hon till att annan personal kan hålla patienten sällskap.

I anslutning till mottagningsrummet finns ett särskilt undersökningsrum. Läkare och sjuksköterskor på allmänhälsoavdelningen genomför den medicinska och rättsmedicinska undersökningen, samlar bevis och ger medicinsk behandling samt ansvarar i övrigt för patienten så länge hon står under observation. I undersökningsrummet finns samlad sådan utrustning som kan behövas för den medicinska och rättsmedicinska undersökningen. En särskild lathund för den rättsmedicinska undersökningen har utarbetats. Man är väl medveten om att extra omsorg bör ges i den gynekologiska situationen.

Journalföringen vid våldtäktsmottagningen sker på ett särskilt sätt. Patienten tilldelas ett S O nummer (S O = seksuellt övergreb), som följer journalen. Särskilda förtryckta journaler har iordningställts. Patienten tillåts vara anonym.

Särskilt utbildade socialarbetare och personal från den psykiatriska akutavdelningen ger råd och gör upp med patienten om efterföljande psykologbistånd vid en poliklinisk psykiatrisk mottagning eller en familjerådgivningsbyrå. Våldtäktsmottagningen har vidare en lista på advokater som kan kallas in även utom kontorstid.

Ett av skälen till att man i Oslo integrerade våldtäktsmottagningen i den ordinarie hälso- och sjukvården var att all personal som ingick i behandlingen skulle få särskild *utbildning*. Eftersom cirka 10 procent av personalen byts ut varje år genomförs särskilda utbildningsinsatser vartannat år. Akuttetaten har utformat en tvådagars grundkurs om våldtäkt. Kursens allmänna avsnitt är gemensamt för alla inblandade yrkesgrupper på sjukhuset. Därutöver får varje yrkeskategori särskild utbildning och träning inom sitt speciella ansvarsområde. Noterbart i sammanhanget är att utbildningen även innefattar hur man uppträder som vittne inför domstol.

Såvitt avser *samarbete och samverkan* har två olika arbetsgrupper bildats, en grupp för samarbetet internt och en arbetsgrupp som tar sikte på det externa samarbetet.

I arbetsgruppen för internt samarbete deltar, förutom personal vid de avdelningar som deltar i arbetet vid våldtäktsmottagningen, representanter från de polikliniska vuxenpsykiatriska mottagningarna och familjerådgivningsbyråerna. Som ansvarig för det psykiatriska stödet ingår också en representant från avdelningen för Katastrofpsykiatri i Oslo.

Särskilt viktigt har man funnit samarbetet mellan hälso- och sjukvården och polisen. En utgångspunkt för Oslos hälso- och sjukvårdsansvariga har varit att medverka från polisen och rättsväsendet i övrigt är till fördel för behandlingen av våldtäktsoffren. Den externa arbetsgruppen består av representanter för bl.a. polisutredare och tekniker, polisskolan, Institutet för rättsmedicin, Oslos hälsostyrelse och Akuttetaten.

Den externa arbetsgruppen har sammanställt en rapport som behandlar

- initialskedet, när offret kommer till våldtäktsmottagningen och antingen vill eller inte vill göra en polisanmälan
- medicinsk och gynekologisk undersökning
- procedurer för bevissäkring, fotografering av skador m.m.
- möjligheten att inkalla personal vid våldtäktsmottagningen som vittnen vid domstol
- information och utbildning för poliser, åklagare och andra företrädare för rättsväsendet
- information till allmänheten

Mot bakgrund av vad som redovisats i rapporten har följande rutiner utbildats.



Våldtäktsoffer befinner sig ofta i ett chocktillstånd. Chocken medför begränsat minne, minskad iakttagelseförmåga och en oförmåga att reagera. Offrets mentala tillstånd är ofta sådant att hennes beskrivning av händelseförloppet kan synas förvirrad och föga övertygande. Därför tillämpas rutinen att, när våldtäktsoffer kontaktar polisen först, polisen endast inhämtar information om övergreppets art, detaljer som kan hjälpa till vid identifieringen av gärningsmannen och platsen för övergreppet. Ett fullständigt förhör får anstå tills patienten erhållit medicinsk hjälp och återfått sin mentala balans. Offret har möjlighet att välja mellan manlig och kvinnlig förhållare.

Om offret kommer till sjukhuset först, aktualiserar man under behandlingen frågan om kvinnan önskar göra en polisanmälan. Om patienten ställer sig tveksam att anmäla kallas en advokat in. Vill patienten inte göra en anmälan erbjuds hon ändå en rättsmedicinsk undersökning för den händelse hon senare skulle ändra sig. Om en sådan undersökning företas utan att kvinnan polisanmält brottet sparas insamlat bevismaterial under ett par månader.

Arbetsgruppen har bidragit till att utveckla och förbättra rutinerna på sjukhuset för att upptäcka och dokumentera tecken på sexuella övergrepp. Bl.a. har man genomfört en särskild utbildning i fotografering och annan bevis-säkring.

Vidare har arbetsgruppen bidragit till förbättrad utbildning vid polis-skolan i frågor om sexuella övergrepp samt deltagit i utarbetandet av en broschyr som distribuerats till en mängd institutioner i Oslo.

Innan våldtäktsmottagningen öppnades tog man vid Akuttetaten emot 35–40 våldtagna kvinnor per år. Under mottagningens första år, år 1986, behandlades 141 patienter, varav nio män. Följande år sökte 168 våldtäktsoffer, varav fyra män, hjälp på mottagningen. I dag behandlas mer än fyra gånger så många våldtäktsoffer som innan våldtäktsmottagningen öppnades, dvs. strax under 200 patienter. Majoriteten av de våldtäktsoffer som kommer till mottagningen har blivit våldtagna av en obekant person. De kvinnor som lever med våldtäkter i ett parförhållande kommer däremot mycket sällan till mottagningen. Endast ca fyra procent av patienterna har varit utsatta för våldtäkt i en nära relation. Detta kan jämföras med uppskattningar att överfallsvåldtäkterna totalt sett utgör två procent av samtliga våldtäkter samtidigt som våldtäkterna där parterna har en nära relation till varandra utgör 75 procent (jfr Lisbeth Bang, Oslo Kommunale Legevakt, Voldtektsmodtaget 1987).

Kostnaderna för etablering av den särskilda våldtäktsmottagningen var låga liksom de nuvarande driftskostnaderna, eftersom mottagningen byggts in i en redan existerande institution.

Behandlingsmetoderna vid den särskilda mottagningen för våldtäktsoffer har på flera sätt "smittat av sig" på andra vårdområden. Man planerar nu att, på samma sätt som för våldtäktsoffer, inrätta en särskild mottagning för andra våldsoffer. Man har under några månader år 1993 bedrivit en sådan försöksverksamhet.

I den norska statsbudgeten för år 1994 har man avsatt särskilda medel för planeringen av ett särskilt kompetenscentrum för våldsoffer.

## 2.5 Annat pågående arbete

Utan att försöka göra en fullständig redovisning vill kommissionen även peka på några andra verksamheter inom sjukvården som riktar sig till kvinnor som utsatts för våld och sexuella övergrepp.

I Stockholm har nyligen några terapeuter och forskare med lång praktisk erfarenhet av arbete med kvinnor som utsatts för våld tagit initiativet till ett nytt projekt som tills vidare går under namnet *Forum för kvinnoterapi*. Projektet har en speciell inriktning på forskning och behandling av kvinnor som utsatts för våld och sexuella övergrepp. Man hänvisar till att kvinnors behov av akut hjälp i samband med misshandel och sexuella övergrepp i dag börjar bli bättre tillgodosett, och man avser därför att i projektet framför allt utveckla hjälpinsatser och behandlingsformer av mera långsiktigt rehabiliterande karaktär. Avsikten är också att kartlägga behoven av psykoterapeutisk hjälp för misshandlade och sexuellt utnyttjade kvinnor. I ett första steg vill man genom projektet formulera grundläggande principer för psykoterapeutiskt arbete med denna grupp kvinnor och i ett andra steg utveckla en behandlingmodell.

I Stockholm har man vidare vid *Huddinge sjukhus och S:t Görans sjukhus* utarbetat särskilda handlingsprogram för omhändertagande av kvinnor som utsatts för misshandel och annat våld. I Stockholm bedrivs också det s.k. *LOTSEN-projektet* (geografiskt lokaliserat till Sabbatsbergs sjukhus) som

har barnpsykiatriska resurser för barn som befinner sig i miljöer där miss-handel förekommer. Vid Sabbatsbergs sjukhus öppnas inom kort också en ny mottagning för barn och vuxna som tidigt utsatts för sexuella övergrepp.

Flera politiska initiativ har tagits för att förbättra den svenska sjukvårdens omhändertagande av kvinnor som utsätts för våld. Sålunda har riksdagen vid flera tillfällen behandlat motioner om inrättande av en s.k. våldtäkts-klinik (se t.ex. Justitieutskottets betänkanden 1992/93:JuU7 och 1993/94:JuU3). I Stockholms läns landsting har åren 1989 och 1991 före-kommit motioner med förslag om att landstinget skall inrätta en särskild mottagning för våldtagna kvinnor. Även i Södermanlands läns landsting har förekommit motioner med liknande innehåll.

I den av regeringen nyligen framlagda propositionen 1993/94:147 Jämställd-hetspolitiken: Delad makt – delat ansvar gör regeringen bedömningen att särskild uppmärksamhet bör ägnas åt att öka kunskaperna om kvinnors hälsa. I propositionen hänvisas till studier som visar att kvinnor ofta be-handlas annorlunda än män som patienter. Det aviseras att en utredning kommer att tillsättas inom Socialdepartementet under våren 1994 för att belysa hur kvinnor och män bemöts inom hälso- och sjukvården.

Det är väl känt att det på många håll i andra länder, framför allt i Kanada och USA men även i Storbritannien, finns flera intressanta verksamheter för kvinnor som utsätts för våld. Som exempel kan nämnas att man på flera håll inrättat s.k. rape crisis centers. Kommissionen, som ännu inte tagit del av erfarenheterna från sådana verksamheter, avser att i sin huvudrapport redovisa mer av det specialiserade arbete som bedrivs i andra länder för kvinnor som utsätts för våld.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det på flera håll inom sjukvården växer fram verksamheter med delvis olika inriktning men som har det gemensamt att de syftar till att uppmärksamma och erbjuda vård i form av behandling och rehabilitering för kvinnor som utsätts för våld.

### **3 Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats – Överväganden och förslag**

#### **3.1 Behovet av ett särskilt centrum**

Som tidigare nämnts skall Kvinnoväldskommissionen enligt sina direktiv överväga behovet av och lämpligheten i att inrätta en eller flera våldtäktskliniker och, om så är fallet, beskriva förutsättningarna för en sådan verksamhet.

Att bli våldtagen innebär att bli utsatt för våld, hot eller tvång samt, inte minst, en djup integritetskränkning. Det finns risk för bestående fysiska men och dessa risker har, mot bakgrund av HIV-smittans spridning, ökat på ett dramatiskt sätt under senare år. Den som utsätts för en våldtäkt eller ett liknande sexuellt övergrepp riskerar också att hamna i en allvarlig känslomässig kris, en kris som kan medföra att den krisdrabbade tappar förtroendet för omgivningen och t.o.m. ifrågasätter meningen med sitt liv. En obehandlad kris kan leda till bestående psykiska men.

De kvinnor som vid upprepade tillfällen blir misshandlade av män, som de har en nära relation till, riskerar också att drabbas – förutom av akuta skador – av bestående fysiska och psykiska besvär. Den psykiska nedbrytning av kvinnor som regelmässigt har ett samband med misshandeln har blivit alltmer uppmärksammas i senare tiders forskning. Många kvinnor har även i samband med misshandeln blivit tvingade till sexuella handlingar.

Våldtäkt och misshandel utgör allvarliga brott. Att de som blivit offer för sådana brott är berättigade till allt det stöd, den vård och den omsorg som de kan behöva skall vara självklart. Samhället och dess hjälpinstanser måste

vara redo att möta brottsoffrens behov i dessa situationer. Hälso- och sjukvården är en mycket viktig instans i sammanhanget. Det bör påpekas att kvinnor som utsatts för våld långt ifrån kan sägas utgöra en homogen patientgrupp. Kvinnornas situation är varierande, och övergreppen är olika till både sin karaktär och sina verkningar. Detta medför att kvinnornas hjälpbehov varierar. En god hälso- och sjukvård är en av grundstenarna i den svenska välfärdspolitiken. Målet är en god vård och omsorg på lika villkor för hela befolkningen.

På de kirurgiska akutmottagningarna och på kvinnoklinikerna är kvinnor som utsatts för våld en stor patientgrupp. Under senare år har man på flera håll i landet blivit mer uppmärksam på dessa kvinnors speciella situation och på den betydelse som ett insiktsfullt bemötande har för denna patientgrupp. En samlad kunskap om de fysiska och psykiska skadornas omfattning och karaktär saknas dock alljämt. Kvinnor som utsätts för våld har i de allra flesta fall behov av hjälp med krisbearbetning. Även här saknas dock en samlad kunskap om hur kvinnorna upplever den hjälp som erbjuds. Vilka de s.k. sena effekterna av våld är och vilka mer långsiktigt rehabiliterande hjälpinsatser som behövs är andra frågor som skulle behöva belysas ytterligare.

Kvinnor har ett högre ohälsotal än män. En stor grupp kvinnor söker sjukvården för symptom som oro, ångest och sömnsvårigheter. Vissa kvinnor redovisar skador och varierande, diffusa symptom för vilka det kan vara svårt att ställa diagnos. Inte sällan ligger det våld bakom de diffusa symptom för vilka kvinnor söker sjukvårdens hjälp. Många gånger uppger kvinnorna andra skadeorsaker, och bakom psykosomatiska symptom kan misshandel döljas. Skälen till att en kvinna inte vågar berätta om övergrepp kan vara att hon känner skuld eller skam, ambivalens eller en stark bindning till mannen. Även rädsla för repressalier eller för vad som kan hända barnen kan vara orsaker till att kvinnan väljer att tiga. Det finns anledning att erinra om våldets normaliseringsprocess.

Brott som sexualbrott och kvinnomisshandel torde, som tidigare beskrivits, ha höga mörkertal, och sannolikt orsakar det dolda våldet stora kostnader för hälso- och sjukvården. Få undersökningar är gjorda när det gäller omfattningen av det icke polisanmälda våld, vars konsekvenser behandlas inom hälso- och sjukvården. Först under senare år har hälso- och sjukvårdspersonalen blivit uppmärksam på det utbredda men dolda våldet mot kvinnor. Genom att man på flera håll – bl.a. genom ökad utbildning – blivit medveten om att denna grupp existerar har förutsättningarna ökat för att

sjukvården skall se och nå fram även till dessa kvinnor. Det är nämligen först när en kvinna känner sig trygg i behandlingssituationen som hon förmår anförtro sig och berätta om vad som ligger bakom de symptom hon söker för. Framför allt humanitära, men även samhällsekonomiska, skäl talar starkt för att hälso- och sjukvården bör utveckla sina metoder för att förbättra insatserna för kvinnor som utsatts för våld.

Kunskapen om det medicinska omhändertagandet, liksom om de medicinska effekterna av det dolda våldet samt omfattningen och utbredningen av dessa effekter, måste sålunda utvecklas om hälso- och sjukvården på ett verksamt sätt skall kunna ta sig an misshandlade och våldtagna kvinnor.

Flera goda initiativ har tagits på området under senare tid, och några verksamheter har beskrivits i det föregående. Kommissionen kan konstatera att det finns en växande medvetenhet om att åtgärder måste vidtas för att hälso- och sjukvårdspersonalen på ett bättre sätt skall kunna ta emot kvinnor som blivit offer för våldtäkt och misshandel. Ökade kunskaper och rutiner för ett gott omhändertagande är nödvändiga för att misshandlade och våldtagna kvinnor som kommer till sjukvården skall kunna erbjudas adekvat hjälp. Undersökningar har dock visat att det alltjämt föreligger stora brister när det gäller resurser av olika slag för denna patientgrupp. Även om man inom hälso- och sjukvården är angelägen om att bli bättre på att bemöta kvinnor som utsatts för våld och att uppmärksamma det dolda våldet måste sjukvårdens insatser riktade till denna grupp karakteriseras som fragmentariska och ofullständiga.

Sjukvårdspersonalen känner ofta stor osäkerhet om vilka åtgärder som behöver sättas in för att kvinnorna skall få den specifika hjälp som de behöver. Därför krävs utbildning om våld mot kvinnor för olika personalkategorier inom sjukvården, och det är viktigt att varje yrkeskategori ges särskild utbildning och träning inom sitt speciella ansvarsområde. Vikten av ytterligare utbildningsinsatser inom området kan inte nog betonas.

Vidare behöver resurser och kunskaper samlas. En samlad översikt och en koordinering av samhällets och de frivilliga organisationernas insatser för dessa patienter bör komma till stånd. Kvinnojourerna kan bidra med viktiga kunskaper och erfarenheter utifrån ett kvinnoperspektiv. Även erfarenheter som börjar växa fram hos mansjourerna bör beaktas.

## 3.2 Syftet med ett särskilt centrum

Ett särskilt centrum – ett resurs- och kunskapscentrum – någonstans i landet där man specialiserar sig på våld mot kvinnor bör, mot bakgrund av vad som nu anförts, tillskapas. Centrumet bör kunna stå modell för det arbete som sker på andra håll i landet inom hälso- och sjukvården när det gäller mottagande av kvinnor som utsatts för våld.

Syftet med detta centrum är att genom praktisk verksamhet bistå utsatta kvinnor. Genom forskning skall kunskaperna öka om hur denna verksamhet lämpligen bör utformas. Utvecklingsprojekt som bygger på erfarenheterna från den praktiska verksamheten och från olika forskningsprojekt kan i sin tur leda till en utveckling av insatserna för kvinnor som utsatts för våld. Genom att informera om sin verksamhet och genom att sprida inhämtad kunskap vidare bör centrumet också kunna medverka till att förebygga våld mot kvinnor.

Ett syfte med det centrum som nu föreslås bör sålunda vara att minska skadeverkningarna för de kvinnor som blivit utsatta för våldtäkt eller misshandel. Ett bättre omhändertagande kan medverka till att kvinnornas självkänsla stärks, varigenom de får ökad möjlighet att ta sig ur misshandelsförhållandena. Genom att samla kunskap om våld mot kvinnor kan centrumet ytterligare förbättra bemötandet och omhändertagandet av kvinnorna. Härigenom ökar förutsättningarna för centrumet att nå uppsatta mål.

Centrumet bör ha en öppen mottagning med god tillgänglighet dygnet runt för kvinnor som blivit utsatta för våldtäkt och/eller misshandel. Mottagandet bör innefatta medicinsk inklusive rättsmedicinsk undersökning, behandling för fysiska skador av olika slag, akut kristerapi, social rådgivning samt hjälp med att erhålla långtidsterapi och behandling för s.k. sena effekter. Utgångspunkterna för centrumets verksamhet skall vara en miljö där patienten sätts i centrum för verksamheten och en medvetenhet om att patienten är utsatt för ett s.k. multitrauma. Flera olika sjukhuskliniker måste därför kopplas in, och samarbetet med andra organ – såväl samhällseliga som ideella – blir en annan viktig utgångspunkt. Centrumet bör, mot bakgrund av sin tillgänglighet, kunna utgöra en resurs för våldsutsatta kvinnor i andra delar av landet, som behöver få råd om vart de skall vända sig för att få stöd och hjälp.

På ett samhälleligt plan bör ett av syftena med det centrum som nu föreslås

vara att centrumet skall kunna utgöra en resurs för olika sjukvårdsenheter runt om i landet; det gäller såväl primärvården som den slutna somatiska och psykiatriska vården. Det är i detta sammanhang av stor betydelse att den kunskap som samlas vid centrumet kan föras ut. Från ett sådant centrum som det nu beskrivna skall rådgivning och hjälp även till andra myndigheter kunna emanera. Ett nationellt resurs- och kompetenscentrum för kvinnor som utsatts för våldtäkt och svår misshandel kan också medverka till att höja allmänhetens medvetenhet om företeelsen manligt våld mot kvinnor och hur detta våld drabbar kvinnor fysiskt, psykiskt och socialt.

En drivkraft i utvecklingen av hälso- och sjukvården är den medicinska forskningen. Omvårdnadsforskningen är en annan viktig komponent för att öka kvaliteten i sjukvården. Ett nära förhållande mellan forskning och klinisk verksamhet bidrar till att öka kunskapen på flera olika plan. Behovet av ett nära samarbete även med den samhällsvetenskapliga forskningen gör sig i dessa fall starkt gällande. Det kvalificerade utvecklingsarbetet, dvs. ett metodiskt och systematiskt utnyttjande av forskningsresultaten för att skapa nya metoder, är också av stort värde.

### 3.3 Uppbyggnad och utformning

Kommissionen har således funnit goda skäl för att det centralt bör samlas kunskap om det våld som utövas mot kvinnor. Det är angeläget att man på någon plats i landet, företrädesvis inom ramen för ett större sjukhus, bygger upp en verksamhet som kan tjäna som modell för hälso- och sjukvårdens bemötande och omhändertagande av de kvinnor som utsätts för våld. Ett sådant centrum bör sålunda i första hand utveckla metoder och arbetsformer som kan efterliknas på andra håll inom sjukvården.

Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats kan vara integrerat i annan verksamhet vid ett större sjukhus. En naturlig anknytning är därvid sjukhusets kvinnoklinik, som redan har vissa kunskaper om och erfarenheter av patienter som har utsatts för sexuella övergrepp. Det kan också finnas fördelar att, så som man gjort beträffande kristeamet för misshandlade kvinnor i Göteborg, knyta centrumet till en kirurgisk akutmottagning. En annan anknytningspunkt kan vara en psykiatrisk klinik. En stor del av de insatser som behövs för de kvinnor som utsatts för våld har en naturlig anknytning till sådan verksamhet. Det kan också finnas fördelar med ett



centrum som inte är direkt integrerat i en klinik på sjukhuset. Detta förutsätter dock direkta och väl fungerande kontakter med sjukhusets organisation i övrigt.

Fördelen med att tillskapa ett särskilt centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats är att en sådan institution kan pröva och utveckla olika behandlingsformer för denna grupp. Samtidigt finns det anledning att framhålla att kvinnor som utsatts för våld inte alls utgör en homogen grupp. Deras gemensamma nämnare är att de har utsatts för våld. Även om de medicinska och rättsmedicinska insatserna efter kvinnomisshandel, våldtäkt och andra sexuella övergrepp har många beröringspunkter med åtgärder i samband med annan hälso- och sjukvård kräver övergrepp mot kvinnor ett särskilt medicinskt kunnande. En specialiserad institution kan påskynda nödvändigt utvecklingsarbete.

Ett utvecklingsarbete på det skadepreventiva området förutsätter en bra klassifikation och en registrering, som är utformad för ändamålet. Det finns därvid anledning att erinra om det klassifikationssystem som Nordiska medicinalstatistiska kommittén (NOMESKO) har utvecklat. Ett användande av systemet kan både bidra till förbättrade behandlingsmetoder och ge ökade möjligheter till forskning.

Ett sådant centrum som nu föreslås bör vara inriktat på direkt patientarbete. Det bör därför främst fungera som en vanlig mottagning och behandlingsinstitution dit kvinnor som utsatts för våld kan vända sig. Att inrätta ett nationellt centrum för kvinnor som utsatts för våldtäkt och misshandel innebär att centrumet också skall utgöra en kunskapsmässig resurs för ett flertal olika samhällsinstanser – såväl statliga som landstings- och primärkommunala – på många olika håll i landet. Det innebär dock inte att centrumet skall ta emot patienter från hela landet. I första hand bör det egna landstinget utgöra centrumets upptagningsområde. För sin kompetensutveckling bör centrumet dock ha ett regionperspektiv, bl.a. när det gäller de särskilt komplicerade fallen. Det finns anledning att erinra om de avtal som finns inom hälso- och sjukvården, med stöd av vilka en sjukvårdshuvudman kan remittera patienter till ett annat landsting för specialistsjukvård.

Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats måste bygga upp ett nära samarbete med primärvården. Misshandlade kvinnor som uppsöker primärvården bör direkt kunna slussas till centrumet, men om kvinnan i det enskilda fallet redan har en förtroendefull och väl fungerande behandlingskontakt på en primärvårdsenhet bör personal från centrumet också kunna gå

ut i primärvården som experter. Det finns anledning att framhålla vikten av att centrumets personal har en aktiv och utåtriktad roll i sådana sammanhang.

Ett nytt centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats bör aktivt marknadsföra sin verksamhet. Härigenom blir det naturligt för myndigheter i sjukhusets omgivning att hänvisa kvinnor som utsatts för våld till centrumet. Framför allt torde detta gälla i fråga om polisen. Den rutin som tillämpas i Oslo, dvs. att polisen direkt vänder sig till Akuttetaten våldtäktsmottagning tillsammans med kvinnan, är eftersträvansvärd. Även för kvinnojourerna bör centrumet kunna utgöra en resurs.

Ett centrum bör ha möjlighet att dygnet runt erbjuda rådgivning per telefon. Sjukvårdsinrättningar av olika slag, andra myndigheter samt kvinnor från alla delar av landet bör kunna ringa detta centrum. En sådan rådgivningsverksamhet är dock inte avsedd att ersätta, utan snarare komplettera, kvinnojourernas telefonjour.

Det har i det föregående framhållits att en huvuduppgift för det centrum som nu föreslås skall vara att ta emot patienter för medicinsk inklusive rättsmedicinsk undersökning. En viktig uppgift för centrumet är att utveckla metoder för det medicinska inklusive det rättsmedicinska arbetet. Misshandlade och våldtagna kvinnor kommer i stor utsträckning till sjukvården under kvällar, nätter och helger. Det är viktigt att centrumet omgående kan fånga upp och ge stöd och råd åt kvinnorna. Centrumet bör därför ständigt ha tillgång till personal som, förutom medicinsk undersökning och behandling, kan erbjuda ett första krissamtal. Kurator och/eller psykolog bör finnas tillgänglig dygnet runt. Det är nödvändigt att detta centrum också kan erbjuda kvinnorna övernattningsfaciliteter. Om sådana faciliteter skall tillhandahållas i centrumets egen regi eller om det skall repliera på sjukhusets övriga resurser är en fråga som får prövas av centrumet.

Många kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp och misshandel behöver långtidsbehandling i form av psykoterapi. Psykoterapi måste kunna erbjudas kvinnorna inom rimlig tid och till en rimlig kostnad. Resurserna för psykoterapi till denna patientgrupp är idag klart otillräckliga. Det är därför angeläget att centrumet direkt till sin verksamhet kan knyta personal med kompetens för sådant arbete. Vidare kommer den personal som är engagerad i patientarbete att vara i behov av handledning.

Det är angeläget att ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshand-

lats också har plats och resurser för medföljande barn. Från många håll framhålls att resurserna för barnen i dessa sammanhang måste förbättras. Centrumet måste således även ha personal, som har kunskap om och kan ta hand om de medföljande barnen.

Ett centrum bör fungera som en förmedlande och koordinerande instans också när det gäller verksamheter utanför sjukvården. Centrumet bör utveckla goda kontakter med de lokala kvinnojourerna. Dessa kan i sin tur bidra till centrumet med sin stora erfarenhet av våldsutsatta kvinnors behov av hjälp och stöd.

Det centrum som föreslås måste också utveckla samarbetsformerna med rättsväsendet. En god och nära kontakt med den lokala polisen måste särskilt eftersträvas. Härvid kan på nytt erinras om det goda samarbete som Akuttetaten i Oslo byggt upp med polismyndigheten. Ett gott samarbete med åklagare och med rättsväsendet i övrigt är likaså angeläget. Även här kan erinras om det goda samarbete med advokater som Akuttetaten byggt upp. Kvalificerad juridisk rådgivning är av stor vikt för den utsatta kvinnan, både när hon skall ta ställning till om hon skall göra anmälan till polisen och för att hon skall kunna tillvarata sina rättigheter. I vilken utsträckning ett centrum också bör ha egen personal med juridisk kompetens är en annan fråga som får prövas av centrumet.

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar när det gäller att bistå utsatta kvinnor. Det är nödvändigt att ett gott samarbete kan utvecklas mellan centrumet och socialtjänsten.

Det är viktigt att kunskapen om våld mot kvinnor tas i bruk i en samlad insats för att motverka sådant våld. Centrumet kommer, som tidigare anförts, att stå modell för det mottagande som bör ges kvinnor som utsatts för våld runt om i landet. Utbildning om våld mot kvinnor för olika personal-kategorier inom hälso- och sjukvården, men också inom socialtjänsten och rättsväsendet, kommer att behövas fortlöpande. Det gäller såväl grund- och vidareutbildning som fortbildning. Centrumet bör kunna utarbeta skriftligt informationsmaterial, och det bör vara naturligt för centrumet att medverka i mera traditionell utbildning. Allmänhetens medvetenhet om de problem som är förknippade med våld mot kvinnor måste också höjas. Det är viktigt att centrumet tar på sig rollen att sprida information om den hjälp och det stöd som bör ges kvinnor som varit utsatta för sådant våld. Det är också av största betydelse att centrumet når ut med information till de kvinnor som utsätts för våldtäkt och misshandel om vad centrumet kan erbjuda dem.

Kommissionen har redan i sin redovisning av syftet med ett specialiserat centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats understrukit betydelsen av bl.a. medicinsk forskning när det gäller effekterna av våld mot kvinnor. Det är angeläget att centrumet kan knyta sådan forskning till sig. Behovet av epidemiologisk forskning när det gäller våld mot kvinnor har redan framhållits. Eftersom avslöjande av det dolda våldet mot kvinnor förutsätter ett gott omhändertagande av de kvinnor som vänder sig till hälso- och sjukvården bör arbetet på centrumet även ge underlag för omvårdnadsforskning. Det kommer också att behövas klinisk forskning kring kvinnornas skador, framför allt de psykiska skadorna, och de behandlingsmetoder som dessa skador kan kräva.

Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats bör även kunna erbjuda forskningen inom andra områden intressanta arbetsuppgifter. Den samhällsvetenskapliga forskningen, såsom den sociologiska och socialpsykologiska forskningen, men även den juridiska forskningen, har en nära anknytning till det kunnande som centrumet kan förväntas bygga upp.

Centrumet bör ha en uppgift när det gäller att inhämta ny kunskap på området och aktivt följa det forsknings- och utvecklingsarbete som berör kvinnor som utsätts för våld. Dessutom bör det centrum som nu föreslås kunna stimulera forskning inom sitt verksamhetsområde samt aktivt verka för att resultaten från angelägen forskning sammanställs. Centrumet bör vidare ha möjlighet att bedriva och initiera olika forsknings- och utvecklingsprojekt.

Centrumet bör åtminstone under uppbyggnadsperioden självt förfoga över sådana forskningsresurser att uppbyggnaden och erfarenheterna av centrumets aktiviteter kan utvärderas. Även härefter bör centrumet förfoga över vissa – åtminstone begränsade – forskningsresurser. I vilken utsträckning centrumet därutöver bör ha egna forskningsresurser är svårbedömbart. Det bör vara väsentligt för valet av lokalisering av centrumet att det till centrumet kan knytas forsknings- och utvecklingsprojekt. Fördelarna med det av NOMESKO utarbetade systemet för registrering och klassificering av skador när det gäller möjligheter till forskning har nämnts i det föregående.

När det gäller ledningen av ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats är det av största vikt att den som skall leda verksamheten har en sådan position att verksamheten förmår attrahera intresse och får respekt från andra verksamheter vid sjukhuset. Erfarenheterna har visat att det föreligger problem när det gäller att engagera läkare i arbetet med kvinnor

som utsatts för våld och att ge prioritet åt sådant arbete. Det är därför viktigt att centrumets verksamhet leds av en läkare och att dess chefsbefattning ges hög status. Härigenom förbättras också centrumets möjligheter att dra till sig den forskning som avses bli en av hörnstenarna i verksamheten. Det förhållandet att arbetet i stor utsträckning kommer att innefatta kvalificerat medicinskt behandlingsarbete utgör ytterligare ett argument för att det bör vara en person med lång medicinsk erfarenhet som förestår verksamheten. Denne bör självfallet också ha ett genuint intresse och särskilt engagemang för de ofta komplicerade frågor som centrumet kommer att arbeta med och som rör integritetskränkande handlingar som våldtäkter samt våld inom nära relationer.

För att det centrum som nu föreslås skall kunna erbjuda undersökning och behandling dygnet runt är det nödvändigt att centrumet har tillgång till ytterligare läkare. Naturligtvis bör det också finnas annan välutbildad sjukvårdspersonal som lämpligen kan utgöras av sjuksköterskor.

Som redan tidigare påtalats kommer en betydelsefull del av det konkreta arbetet med patienter att utgöras av akut kristerapi och socialt arbete såsom rådgivning och praktisk hjälp. Att resurser för sådant arbete måste finnas tillgängliga dygnet runt har framhållits särskilt. Detta förutsätter att centrumet bemannas med flera kuratorer och/eller psykologer. Denna personal kommer också att vara engagerad i arbetet med att utveckla kontakterna med instanserna utanför sjukvården. Det bör övervägas om centrumet skall ha egen anställd personal med psykoterapeutisk utbildning och erfarenhet. Möjligen kan det vara tillfyllest att sådana resurser knyts till centrumet på avtalsbasis. För att tillgodose medföljande barns behov måste centrumet också tillföras personal med erforderlig kompetens inom detta område.

### 3.4 Lokalisering

Vid Akademiska sjukhuset i Uppsala drivs sedan några år tillbaka projektet Omhändertagande vid kvinnomisshandel. Inom ramen för projektet har ett handlingsprogram utarbetats för sjukhusets direkta behandling av misshandlade kvinnor. Vidare har flera olika personalkategorier erhållit utbildning i frågor som rör våld mot kvinnor, och utbildningsinsatser pågår fortlöpande. Från sjukhusledningens sida har uttalats att intentionerna är att ytterligare utveckla metoderna för arbetet med omhändertagande av kvinnor som utsatts för våldtäkt och misshandel. Sjukhusledningen anser att Akademiska

sjukhuset därmed har goda förutsättningar att också fortsättningsvis på bred front bedriva en aktiv verksamhet när det gäller omhändertagande av kvinnor som utsatts för våld. Verksamheten har, anser man, goda förutsättningar att bli bestående.

Kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset är som tidigare nämnts en av landets största och modernaste kvinnokliniker. Vid kliniken bedrivs, förutom sjukvård, undervisning och medicinsk forskning i stor omfattning. Även den tvärvetenskapliga forskningen är betydande. Om ett specialiserat centrum för våldtagna och misshandlade kvinnor knyts till Akademiska sjukhuset kan man enligt klinikledningens mening förutsätta att någon form av fakultetsfinansierad fast forskningsverksamhet knyts till centrumet.

Som tidigare nämnts bör det falla sig naturligt att ett sådant specialiserat centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats som Kvinnovaldskommissionen nu föreslår integreras i annan verksamhet vid ett större sjukhus. Fördelen med ett nära förhållande mellan klinisk verksamhet och forskning har redan framhållits, och möjligheten för det centrum som nu föreslås att kunna knyta forskning inom olika områden till sig är en viktig faktor som bör tas i beaktande när det gäller valet av lokalisering. Det landsting som anförtros uppdraget att inrätta ett sådant centrum måste också ha ett särskilt engagemang för detta och vara inställt på att ta ett mera långsiktigt ansvar för centrumet.

Enligt kommissionens mening är det lämpligt att placera ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats vid Akademiska sjukhuset och att centrumet organisatoriskt knyts till sjukhusets kvinnoklinik. Verksamheten vid kvinnokliniken, så som den byggts upp, ger stora möjligheter att samla kunskap och erfarenheter om kvinnors hälsoproblem. Centrumet bör ha tillgång till egna lokaler, dock gärna i nära anslutning till kvinnoklinikens lokaler. Vid Kvinnovaldskommissionens kontakter med företrädare för Landstinget i Uppsala län och Akademiska sjukhuset har det framkommit att viss personalförstärkning är nödvändig för att en sådan mottagning som den föreslagna skall kunna byggas upp. En och en halv läkartjänst, en avdelningsföreståndare, två kuratorer, en psykoterapeut, fyra sjuksköterskor, en halv barnskötartjänst, en utbildningsledare/informatör och en kanslist är den personal som torde behöva tillföras centrumet under uppbyggnadsfasen och som motiveras av de krav som ställs på den nya verksamheten. Läkartjänsterna kan eventuellt fördelas på två–tre olika läkare med rullande schema som jämsides med kliniskt arbete också bedriver forskning. Under jourtid finns kvinnoklinikens ordinarie jourpersonal.

Dessutom kan centrumets mottagning tillhandahålla såväl läkare som kurator i beredskap.

### 3.5 Finansiering

Kvinnovåldskommissionen föreslår sålunda att ett specialiserat centrum för kvinnor som utsatts för våldtäkt och misshandel inrättas inom hälso- och sjukvården och att detta centrum knyts till den befintliga verksamheten vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och dess kvinnoklinik. Om ett centrum skall kunna uppnå de syften som kommissionen i det föregående angett måste verksamheten ges stadga och kontinuitet. Avsikten är således inte att centrumet skall utgöra en försöksverksamhet eller ett tidsbegränsat forskningsprojekt. Grundtanken bakom förslaget är i stället att det för lång tid framöver kommer att behövas en specialiserad verksamhet för kvinnor som utsatts för våld. Verksamheten kan dessutom förväntas på sikt bidra till utvecklingen av och förbättra förutsättningarna för även annat brottsofferarbete. Kommissionen vill mot denna bakgrund framhålla betydelsen av att centrumets existens kan garanteras även efter en inledande period.

Som framgått av vad kommissionen sagt i fråga om lokaliseringen av det centrum som föreslås är det fundamentalt att det landsting som anförtros uppdraget att inrätta och utveckla centrumet har ett starkt engagemang för detta och att landstinget är berett att påta sig ett långsiktigt ansvar för verksamheten. Kommissionen har funnit det naturligt att det är den sjukvårdshuvudman inom vilkens område centrumet skall inrättas, dvs. Landstinget i Uppsala län, som kommer att ha det huvudsakliga ekonomiska ansvaret för verksamheten. Härvid bör särskilt beaktas att en avsevärd del av arbetet vid centrumet kommer att utgöras av direkt patientarbete, som framför allt förväntas komma invånarna i det egna landstinget till godo.

Enligt kommissionen talar starka rättspolitiska skäl för att staten bör ta en aktiv del i uppbyggnaden av detta centrum. Våld mot kvinnor är ett allvarligt problem, såväl individuellt som samhälleligt. Våldet mot kvinnor är utbrett och förekommer överallt i samhället. Våldtäkt, misshandel och andra liknande övergrepp mot kvinnor utgör allvarliga uttryck för bristande jämställdhet, såväl i förhållandet mellan enskilda kvinnor och män som i samhället i stort. Staten har ett särskilt ansvar när det gäller att arbeta för en ökad jämställdhet mellan könen och vidta åtgärder för att förhindra och motverka våld mot kvinnor. Våldtäkt och misshandel utgör också allvarliga

brott. Även om staten under det senaste decenniet vidtagit en rad åtgärder för att motverka sådana våldsbrott har detta våld fortfarande stor utbredning. Det är därför en viktig rättssäkerhetsfråga att stödet till de kvinnor som utsätts för sådana våldsbrott förbättras.

Kvinnovåldskommissionen har i det föregående föreslagit att det tillskapas ett centrum som framför allt skall tjäna som modell och vara en förebild för arbetet i andra delar av landet. Forskning och utveckling inom flera områden, men även information och utbildning, avses bli hörnstenar i centrumets verksamhet. Även detta talar för ett statligt engagemang i verksamheten.

Uppbyggnaden av centrumet måste beräknas ta åtminstone några år i anspråk. Det har inte varit möjligt att med exakthet beräkna kostnaderna för uppbyggnadsarbetet eller den utbyggda verksamheten. Kostnaderna för att driva ett centrum torde dock kunna uppskattas till åtminstone fem miljoner kronor årligen. Härtill kommer kostnader för forskning.

Regeringen kommer inom kort att avlämna en proposition till riksdagen med anledning av psykiatriutredningens slutbetänkande Vålfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda (SOU 1992:73). En av utredningens grundtankar är att samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver utvecklas och nya arbetsformer prövas. Särskilda stimulansbidrag föreslås för att utveckla nya metoder för samarbetet. Verksamheten vid det centrum som nu föreslås har till syfte att hjälpa en utsatt grupp patienter som, om adekvata åtgärder inte vidtas i tid, riskerar att få kvarstående psykiska och sociala problem. Verksamheten synes som nämnts vara av den karaktären att ekonomiskt stöd från staten är motiverat åtminstone under ett inledningsskede. Kommissionen föreslår att regeringen inom ramen för de anslag som kommer att anvisas för psykiatrireformen finansierar ett statligt bidrag till centrumet. Vid sina överväganden av hur en ändamålsenlig uppbyggnad av det särskilda centrumet skall kunna säkerställas har kommissionen funnit det rimligt att staten under tre år bidrar till centrumets uppbyggnad med tre miljoner kronor om året. Kommissionen utesluter inte att staten även efter denna period skall ha ett fortsatt engagemang i centrumet. Kommissionen vill i sammanhanget erinra om den brottsofferfond som regeringen föreslagit skall inrättas och som riksdagen har att fatta beslut om senare under våren. Från fonden skall bidrag kunna utgå även till offentlig verksamhet som gäller brottsoffer, och inrättandet av särskilda s.k. våldtäktsmottagningar har nämnts i sammanhanget.





# Statens offentliga utredningar 1994

## Kronologisk förteckning

---

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
4. Vapenlagen och EG. Ju.
5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
7. EU, EES och miljön. M.
8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
9. Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. Ku.
10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. UD.
13. JJK-metoden, m.m. Fi.
14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
15. På väg. K.
16. Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
17. Års- och concernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
20. Reformerat pensionssystem. S.
21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och individeffekter. S.
22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
23. Förvalta bostäder. Ju.
24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
26. Att förebygga alkoholproblem. S.
27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
28. Kvinnor och alkohol. S.
29. Barn – Föräldrar – Alkohol. S.
30. Vallagen. Ju.
31. Vissa mervärdskattefrågor III – Kultur m.m. Fi.
32. Mycket Under Samma Tak. C.
33. Vandelns betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. Ku.
34. Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. Ku.
35. Vår andes stämma – och andras. Kulturpolitik och internationalisering. Ku.
36. Miljö och fysisk planering. M.
37. Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. UD.
38. Kvinnor, barn och arbete i Sverige 1850-1993. UD.
39. Gamla är unga som blivit äldre. Om solidaritet mellan generationerna. Europeiska äldreåret 1993. S.
40. Långsiktig strålskyddsforskning. M.
41. Ledighetslagstiftningen – en översyn. A.
42. Staten och trossamfunden. C.
43. Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn. Fi.
44. Folkbokföringsuppgifterna i samhället. Fi.
45. Grunden för livslångt lärande. U.
46. Sambandet mellan samhällsekonomi, transfereringar och socialbidrag. S.
47. Avveckling av den obligatoriska anslutningen till studentkårer och nationer. U.
48. Kunskap för utveckling + bilagedel. A.
49. Utrikessekretessen. Ju.
50. Allemansparandet – en översyn. Fi.
51. Minne och bildning. Museernas uppdrag och organisation + bilagedel. Ku.
52. Teaterns roller. Ku.
53. Mästarbrev för hantverkare. Ku.
54. Utvärdering av praxis i asylärenden. Ku.
55. Rätten till ratten – reformerat bilstöd. S.
56. Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. S.

# Statens offentliga utredningar 1994

## Systematisk förteckning

### Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]

### Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]  
Kriminalvård och psykiatri. [5]  
Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv.  
Del I och II. Ju. [17]  
Förvalta bostäder. [23]  
Vallagen. [30]  
Utrikessekretessen. [49]

### Utrikesdepartementet

Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]  
Anslutning till EU -- Förslag till övergripande lagstiftning. [10]  
Suveränitet och demokrati  
+ bilagedel med expertuppsatser. [12]  
Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]  
Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. [37]  
Kvinnor, barn och arbete i Sverige 1850-1993. [38]

### Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefsskap. [3]  
Reformerat pensionssystem. [20]  
Reformerat pensionssystem. Bilaga A.  
Kostnader och individeffekter. [21]  
Reformerat pensionssystem. Bilaga B.  
Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]  
Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. [24]  
Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. [25]  
Att förebygga alkoholproblem. [26]  
Vård av alkoholmissbrukare. [27]  
Kvinnor och alkohol. [28]  
Barn – Föräldrar – Alkohol. [29]  
Gamla är unga som blivit äldre. Om solidaritet mellan generationerna. Europeiska äldreåret 1993. [39]  
Sambandet mellan samhällsekonomi, transfereringar och socialbidrag. [46]  
Rätten till ratten – reformerat bilstöd. [55]  
Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. [556]

### Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]

### Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]  
Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]  
JIK-metoden, m.m. [13]  
Vissa mervärdesskattefrågor III – Kultur m.m. [31]  
Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn. [43]  
Folkbokföringsuppgifterna i samhället. [44]  
Allemanssparandet – en översyn. [50]

### Utbildningsdepartementet

Grunden för livslångt lärande. [45]  
Avveckling av den obligatoriska anslutningen till studentkårer och nationer. [47]

### Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]  
Vandelns betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. [33]  
Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. [34]  
Vår andas stämma – och andras.  
Kulturpolitik och internationalisering. [35]  
Minne och bildning. Museernas uppdrag och organisation + bilagedel. [51]  
Teaterns roller. [52]  
Mästarbrev för hantverkare. [53]  
Utvärdering av praxis i asylärenden. [54]

### Arbetsmarknadsdepartementet

Ledighetslagstiftningen – en översyn [41]  
Kunskap för utveckling + bilagedel. [48]

### Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.  
+ Bilagedel. [2]  
Konsumentpolitik i en ny tid. [14]  
Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]  
Mycket Under Samma Tak. [32]  
Staten och trossamfunden. [42]

### Miljö- och naturresursdepartementet

EU, EES och miljön. [7]  
Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark.  
Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]  
Miljö och fysisk planering. [36]  
Längsiktig strålskyddsforskning. [40]