
Overgrep, overgrepsmottak og forebygging

INVITERT KOMMENTAR

CECILIE THERESE HAGEMANN

cecilie.hagemann@ntnu.no

Cecilie Therese Hagemann er ph.d., spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp, overlege ved Kvinneklinikken, St. Olavs hospital, med fagansvar for overgrepsmottaket, og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Akutthjelpen fungerer, men manglende oppfølging kan svekke kvaliteten.

Overgrepsmottaket i Oslo ble etablert i 1986 som ett av de første i Europa av sitt slag. Mottaket drives etter en multidisiplinær modell, der rettsmedisinske, medisinske og psykososiale behov ivaretas på samme sted uavhengig av om et overgrep er meldt til politiet eller ikke. Overgrepsmottaket i Trondheim, som ligger på kvinneklinikken på St. Olavs hospital, kom i 1989. I dag er det 23 slike mottak i landet [\(1\)](#). Den akutte oppfølgingen ser stort sett ut til å fungere godt [\(2\)](#), men bare halvparten av mottakene tilbyr noen form for oppfølging.

«Den akutte oppfølgingen ser stort sett ut til å fungere godt, men bare halvparten av mottakene tilbyr noen form for oppfølging»

I en artikkel som nå publiseres i Tidsskriftet, beskriver Rogne og medarbeidere resultatene av en kvalitetsstudie fra Overgrepsmottaket ved Oslo legevakt [\(3\)](#), der man har etablert en aktiv oppfølging av pasienter som ikke møter til medisinsk kontroll etter første undersøkelse etter overgrepet. Tiltaket førte til en markant økning i andelen pasienter som gjennomførte medisinsk etterkontroll, fra under halvparten til nær 80 % [\(3\)](#). Dette er viktige funn, for når pasientene først oppsøker et overgrepsmottak, må man gripe muligheten til forebyggende helsehjelp. Dette kan omfatte tiltak som testing for seksuelt overførbare infeksjoner, livmorhalsprøve og tilbud om prevensjon. En systematisk etterkontroll kan dermed bidra både til å ivareta pasientens helsetilstand på kort sikt og til å forebygge langvarige komplikasjoner. Mange overgrepsmottak

mangler imidlertid ressurser til tilsvarende oppfølging. At mottaket i Oslo viser at relativt enkle tiltak kan gi betydelige gevinster, kan likevel inspirere andre til å styrke egen praksis innenfor sine rammer.

Studien til Rogne og medarbeidere inkluderer ikke data om den psykososiale oppfølgingen. Det kan være fordi Overgrepsmottaket ved Oslo legevakt har valgt en organisering der medisinsk og psykososial oppfølging er adskilt. Dette er en ulempe, fordi pasientene må forholde seg til flere behandlere på ulike steder. Som forfatterne selv påpeker, er dette lite gunstig for en sårbar gruppe der mange strever med rus, psykiske plager og søvnproblemer (3, 4). Mange utvikler posttraumatisk stresslidelse etter voldtekt (5), og unngåelsesadferd kan bidra til at mange ikke møter til kontrolltime. Å bygge tillit og skape kontinuitet i tjenesten er avgjørende for at pasientene faktisk møter til medisinsk oppfølging.

«Å bygge tillit og skape kontinuitet i tjenesten er avgjørende for at pasientene faktisk møter til medisinsk oppfølging»

Norske overgrepsmottak har en tilleggsutfordring ved at Norge, i motsetning til de fleste andre land, ikke har en egen spesialitet i klinisk rettsmedisin. Nasjonal faglig retningslinje understreker at den rettsmedisinske delen skal være integrert i arbeidet ved overgrepsmottakene (6), men dette svikter ofte i praksis. Mange mottak har begrensede ressurser og utfordringer knyttet til finansiering og rettsmedisinsk kompetanse (1). Den rettsmedisinske kommisjonen kommenterer hyppig erklæringer fra mottakene (7), blant annet når samme kliniker skal ivareta både nødvendig behandling og en rettsmedisinsk vurdering.

Har du behov for å snakke med noen etter å ha lest denne saken?

Dersom du eller noen du kjenner har blitt utsatt for seksuelle overgrep, kan du få veiledning på dinutvei.no – Nasjonal veiviser ved vold og overgrep. Du kan også ringe Hjelpetelefonen for seksuelt misbrukte på tlf. 800 57 000.

Er den psykososiale oppfølgingen ved norske overgrepsmottak optimal? Tradisjonelt har man vært tilbakeholden med å inkludere nylig voldtatte personer i forskning. Men noen nordiske studier viser at slik deltakelse i studier kan gjennomføres på en forsvarlig måte, og at mange opplever det som meningsfullt å bidra til kunnskap (8, 9). Ved NTNU gjennomføres nå en randomisert studie av tidlig psykologisk intervensjon utført av sykepleiere og sosionomer i overgrepsmottakene (10). Vi undersøker om en eksponeringsbasert behandling tidlig etter voldtekt kan redusere posttraumatisk stress-symptomer, somatiske plager og seksualfunksjonen.

Det er på høy tid å etablere et nasjonalt kvalitetsregister for alle pasienter som oppsøker overgrepsmottak, ideelt sett med passivt samtykke, slik at man unngår en for stor seleksjon. Et slikt register vil gi et langt bedre grunnlag for kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling og forskning enn dagens fragmenterte dokumentasjon. Dette er også et av hovedmålene i den nordiske foreningen for overgrepsmottak (11): bedre datagrunnlag, høyere kvalitet og tettere samarbeid på tvers av landegrensene.

LITTERATUR

1. Johnsen GE, Delaveris GJM, Midttun D et al. Overgrepsmottak 2023. Status etter innføring av Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak. <https://www.norceresearch.no/assets/images/file/NKLM-rapport-nr-2-2024-Overgrepsmottak-kartleggingsunders%C3%B8kelse.pdf?v=1717747498> Lest 9.2.2026.
2. Haugan S, Hagemann CT, Alsaker K et al. Women's experience of receiving care during acute consultation after a sexual assault. *Health Care Women Int* 2025; 46: 1297–320. [PubMed][CrossRef]
3. Rogne N, Langeland N, Midttun D et al. Oppfølging ved Overgrepsmottaket i Oslo. *Tidsskr Nor Legeforen* 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0530. [CrossRef]
4. Vik BF, Nöttestad JA, Schei B et al. Psychosocial Vulnerability Among Patients Contacting a Norwegian Sexual Assault Center. *J Interpers Violence* 2019; 34: 2138–57. [PubMed][CrossRef]
5. Tihihonen Möller A, Bäckström T, Söndergaard HP et al. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS One* 2014; 9: e111136. [PubMed][CrossRef]
6. Helsedirektoratet. Overgrepsmottak – kvalitet og kompetanse. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kompetanse-og-kvalitet-i-overgrepsmottak> Lest 9.2.2026.
7. Den rettsmedisinske kommisjon. Årsrapport Den rettsmedisinske kommisjon 2024. <https://www.sivilrett.no/arsrapport-den-rettsmedisinske-kommisjon-2024> Lest 9.2.2026.
8. Nielsen LH, Hansen M, Elklit A et al. Sexual Assault Victims Participating in Research: Causing Harm When Trying to Help? *Arch Psychiatr Nurs* 2016; 30: 412–7. [PubMed][CrossRef]
9. Haugen T, Kjelsvik M, Friborg O et al. Painful, but necessary: a qualitative process evaluation on patient experiences with modified prolonged exposure as early intervention after rape (the EIR study). *Eur J Psychotraumatol* 2025; 16: 2524892. [PubMed][CrossRef]
10. Haugen T, Halvorsen JO, Friborg O et al. Modified prolonged exposure therapy as Early Intervention after Rape (The EIR-study): study protocol for a multicenter randomized add-on superiority trial. *Trials* 2023; 24: 126. [PubMed][CrossRef]
11. Nordic Society for Sexual Assault Care Centers (NordSAC). <https://nordsac.dk/> Lest 9.2.2026.

Publisert: 17. februar 2026. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0112

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 18. august 2026.