

Kandidatnummer: 6292 & 6199

**BSYBAC\_5**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Sykepleie til kvinner som har blitt utsatt for et seksuelt overgrep



**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*[Stavanger, 12.05.21]*

X

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Det finnes statistikk som viser at seksuelle overgrep er en global helseutfordring som skaper både korte og langsiktige konsekvenser for kvinners helse. I Norge har hele 1/10 kvinner opplevd dette. En andel av disse kvinnene kommer til å ta kontakt med et av overgrepsmottakene vi har i landet. På grunn av dette er det viktig for sykepleierne å vite hva som er grunnleggende i møte med overgrepsofre for å skape en helbredende relasjon og tilby hjelpen pasienten trenger.

**Hensikt:** Belyse hvordan sykepleiere kan møte kvinner etter et seksuelt overgrep på en måte som ivaretar pasienten både psykisk og fysisk.

**Metode:** I denne oppgaven er det metoden litteraturstudie med fire forskningsartikler som blir anvendt, tre benytter seg av kvalitativ metode og en benytter seg av metodetriangulering. I den fjerde forskningsartikkelen som anvender både kvalitativ og kvantitativ forskning, vil begge delene bli brukt som en del av resultatet i denne oppgaven.

**Resultat:** Hovedfunnene fra de fire forskningsartiklene illustrerer viktigheten av å skape en relasjon gjennom omsorg og informasjon for at overgrepsofrene skal føle seg møtt og ivaretatt av sykepleierne. I tilfeller hvor det var mangel på informasjon og omsorg fra sykepleierne sin side, bidro dette til ytterligere skade på pasienten sin psyke og selvfølelse. For at overgrepsofrene skulle kunne starte helbredelsesprosessen var det viktig at sykepleierne var medmenneskelige, barmhjertige og validerte pasientens opplevelser.

**Konklusjon:** For at overgrepsofrene skal føle seg godt ivaretatt av sykepleierne må sykepleierne vise omsorg, respekt og være støttende. Sykepleierne må tilrettelegge for pasientens empowerment ved god kommunikasjon og observasjon, samt inneha kunnskaper om mennesker i krise og hvordan møte disse.

**Nøkkelord:** Seksuelle overgrep, overgrepsofre, kvinner, relasjon, sykepleie og sykehus

## Abstract

**Background:** Statistics show that sexual assault is a worldwide public health problem that causes both short- and long-term consequences on women's sexual, mental and physical health. A number of these women will reach out to one of the assault centers we have here in Norway. Because of this, nurses need to be knowledgeable on how to take care of sexual assault survivors and meet them in a way that creates a trustworthy relationship that will benefit the patients' healing process.

**Aim:** Describe how nurses can take care of women after a sexual assault in a way that benefits them both physically and psychologically.

**Method:** In this thesis, we have used a literature review method where we critically analyze and discuss four research articles, three of which have used a qualitative method as their approach and one article with mixed methods. In light of these results, we intend to discuss our research question with the use of existing theories in addition to our syllabus.

**Results:** Women who experienced sexual assault felt taken care of when the nurses established a relationship based on trust, information and interest. With validation, care and compassion and the right to choose their own treatment the assault victims felt seen, heard and believed. In cases where there was a lack of information and care, the patients experienced further psychological trauma. With the help of merciful and compassionate nurses, victims were able to start their healing process.

**Conclusion:** Studies show that in order to help victims of sexual assault feel cared for by nurses, the nurses need to act in a caring, non-judgmental, and supportive way. By showing compassion and validating the survivors' emotions it helped them feel in control again.

**Key Words:** sexual assault, assault-survivor, women, relations, nurse, hospital

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	5
1.2 PROBLEMSTILLING.....	6
1.3 HENSIKT MED OPPGAVEN.....	6
1.4 AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING.....	6
1.4.1 Avgrensning.....	6
1.4.2 Begrepsavklaring.....	6
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>7</b>
2.1 HISTORIKK OG EKSISTERENDE KUNNSKAP .....	7
2.2 KRISETEORI .....	8
2.2.1 Møte mennesker i krise.....	9
2.3 OMSORGSTEORI .....	10
2.4 KOMMUNIKASJONSTEORI.....	11
2.4.1 Hjelpende kommunikasjon .....	11
2.4.2 Kommunikasjon med menneske i krise.....	12
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>14</b>
3.1 ANVENDT METODE .....	14
3.2 SØKESTRATEGI .....	15
3.2.1 Valg av søkestrategi .....	15
3.2.2 Valg av databaser.....	15
3.2.3 Valg av søkeord.....	15
3.2.4 Valg av artikler.....	16
3.3 ANALYSE .....	16
3.4 PRESENTASJON AV FUNN .....	17
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>18</b>
4.1 RELASJON OG OMSORG.....	18
4.1.1 Relasjon og tillitt .....	18
4.1.2 Medmenneskelighet, barmhjertighet og respekt.....	19
4.1.3 Validere pasientens opplevelser.....	19
4.1.4 Ubarmhjertige og ufølsomme sykepleiere.....	20
4.2 INFORMASJON .....	20
4.2.1 Følelse av å være ivaretatt .....	20
4.2.2 Autonomi og medvirkning .....	21
4.2.3 Mangel på informasjon og medvirkning .....	21
4.3 ORGANISATORISKE UTFORDRINGER .....	22
4.3.1 Lang Ventetid .....	22
4.3.2 Dårlig samhandling.....	22
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>24</b>
5.1 METODEDISKUSJON .....	24
5.1.1 Valg av metode .....	24
5.1.2 Forskernes bakgrunn.....	24
5.1.3 Deltakere og sykepleiere .....	25
5.1.4 Geografi & Arena.....	26

5.1.5 Etiske forhold .....	26
5.2 RESULTATDISKUSJON .....	27
5.2.1 Relasjon og omsorg .....	27
5.2.2 Informasjon .....	29
5.2.3 Organisatoriske utfordringer .....	31
<b>6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERANSER.....</b>	<b>33</b>
<b>VEDLEGG/TABELLER .....</b>	<b>38</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Seksuelle overgrep er et “samfunnsproblem og et folkehelseproblem som kan medføre betydelig fysiske og psykiske problemer” (Regjeringen, 2021). I Norge anslås det at 10% av alle kvinner har på et tidspunkt blitt utsatt for et seksuelt overgrep, hvor 50% av disse skjer før de er fylt 18 år. Dette medfører store konsekvenser for samfunnet både i form for kostnader og helsekonsekvenser for alle parter involvert, samt andre medlemmer av samfunnet som opplever det som mindre trygt. Tiltak som tidlig intervensjon kan være med å redusere konsekvensene den utsatte opplever i etterkant av overgrepet (Waitz & Thorleifsson, 2020). Et av tiltakene i Norge for tidlig intervensjon er overgrepsmottakene, som i 2018 tok imot 2167 pasienter (NORCE, 2019).

Som statistikken viser er det mange kvinner som utsettes for overgrep, og en andel av disse tar kontakt med et av de 24 overgrepsmottakene i Norge. Det betyr at flere sykepleiere som arbeider ved landets ulike mottak og legevakter vil på et tidspunkt i sin karriere komme i kontakt med kvinner som har blitt utsatt for et seksuelt overgrep. Kvinnen de møter er i en svært sårbar situasjon, som de fleste sykepleierne ikke har mye erfaring med. Det er en kompleks situasjon, hvor både omsorg og kommunikasjon er viktig, og et strengt lovverk som er med å regulere retningslinjene.

For å utøve helhetlig sykepleie er det viktig å vite hvordan en skal møte en kvinne som har blitt utsatt for et seksuelt overgrep. I forskriften om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanningen står det i kapittel 2 §6g at kandidaten:

har innsikt i sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kan identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer, samt kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre. Videre kan kandidaten samtale med barn om tema som omsorgssvikt, vold og overgrep. (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §6)

Nå som vi snart har fullført vår utdanning og vi ennå ikke opplever å ha nok kunnskaper til å innfri denne forskriften, opplever vi det som viktig å gjøre videre forskning innenfor dette temaet. Forskning viser også at sykepleierne som arbeider på steder hvor de kan møte disse kvinnene ønsker mer kunnskap om hvordan de kan møte og tilrettelegge for helhetlig, og forsvarlig sykepleie (Alsaker et al., 2020).

## 1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleierne ivareta kvinner som oppsøker hjelp hos spesialisthelsetjenesten etter å ha blitt utsatt for et seksuelt overgrep?

## 1.3 Hensikt med oppgaven

Den faglige hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse hvordan sykepleierne ved overgrepsmottak kan møte kvinner som har opplevd et seksuelt overgrep på en måte som gjør at kvinnene føler seg godt ivaretatt. Vi skal se nærmere på hvilke tiltak sykepleierne kan gjennomføre for å dekke kvinnenens fysiologiske og psykologiske behov.

## 1.4 Avgrensning og begrepsavklaring

### 1.4.1 Avgrensning

For å avgrense denne oppgaven har vi valgt å fokusere på kvinner over 14 år som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, ettersom det er gjort mest forskning på denne målgruppen. Det finnes store mørketall rundt seksuelle overgrep hos menn og transseksuelle og dette har resultert i manglende forskning og kunnskap om behandling og hvilke behov de har etter overgrepet. Vi har også valgt å sette fokuset på de som kommer inn til et overgrepsmottak, eller et lignende tilbud, hvor de kommer i kontakt med sykepleiere for undersøkelse og behandling.

### 1.4.2 Begrepsavklaring

#### *1.4.2.1 Seksuelle overgrep*

“Seksuelle overgrep er i strafferettslig sammenheng seksuelle/uanstendig atferd, seksuell handling eller seksuell omgang uten informert samtykke” (Vandvik, 2018). Handlinger som blotting, uønsket berøring og tvunget samleie som utføres på en annen uten dens samtykke faller inn under definisjonen på seksuelle overgrep og forekommer både ansikt til ansikt samt over internett (Vandvik, 2018).

## 2.0 Teori

Teorikapittelets hensikt er å formidle kunnskaper relatert til besvarelsen av vår problemstilling. Først vil vi ta for oss seksuelle overgrep, om forekomsten på nasjonalt og internasjonalt nivå, samt vanlige reaksjoner og komplikasjoner som oppstår etter overgrepet. Deretter vil vi se nærmere på teorier som fokuserer på mennesker i krise og hvordan vi som sykepleiere bør møte disse, inkludert omsorgsteori og kommunikasjonsteori.

### 2.1 Historikk og Eksisterende kunnskap

I 2019 ble det registrert 6756 seksuallovbrudd i Norge og cirka 2000 mennesker oppsøkte et av landets overgrepsmottak etter å ha blitt utsatt for et seksuelt overgrep (KRIPOS, 2020). Globalt blir en av tre kvinner utsatt for fysisk eller seksuelle overgrep og yngre kvinner er spesielt utsatt (WHO, 2021). Det innebærer at globalt er det årlig millioner av kvinner som blir utsatt for seksuelle overgrep og gjennom dette kan det med god grunn kalles et folkehelseproblem samt et samfunnsproblem (Regjeringen, 2021).

Seksuelle overgrep kan ved flere tilfeller føre til store skader som kan ha sterk påvirkning på kvinners fysiske og psykiske helse. Ved flere tilfeller kan det føre til ekstragenital og genital skade ved tvungen penetrasjon, hvor de vanligste skadene er sår, blødninger og blåmerker (Clifton, 2020). Kvinner utsatt for overgrep har i tillegg en høyere risiko for å utvikle kroniske smerter, astma og tarm problemer. Videre kan overgrepet ofte føre til følelser av skam og skyldfølelse, samt et tap av kontroll over egen kropp og helse. Flere opplever hukommelsestap, mareritt, søvnproblemer og akutt stress (Clifton, 2020). Andre komplikasjoner som kan forekomme kort eller lang tid etter et seksuelt overgrep er depresjon, angst, PTSD, ikke-planlagt graviditet, og smittsomme kjønnsykdommer (UN Women, 2021). Kort tid etter overgrepet er det vanlig å oppleve krisereaksjoner som utarter seg ulikt fra person til person, det kan vises gjennom gråting, nummenhet, ustoppelig prating eller stumhet, sjokktilstand eller ved kontinuerlig skjelving (UN Women, 2021).

I Norge finnes det 24 overgrepsmottak som har i oppgave å tilby helhetlig sykepleie og hjelp til overgrepsofre. Det er et gratis, lav-terskel tilbud, som har som mål å tilby tverrfaglig hjelp av sykepleierne og leger som har spesialkompetanse innenfor overgrep (Stavanger Kommune, 2021). Her skal overgrepsofrene få hjelp til det de skulle ønske enten dette er sporsikring, forebygging av kjønnsykdommer eller uønsket graviditet, behandling av fysisk skader eller noen å snakke med. I tillegg skal de få grundig dokumentasjon av



symptomer og bevis dersom de skulle ønske å anmelde hendelsen ved senere tidspunkt (Stavanger Kommune, 2021).

Ifølge WHO (2021) er det færre enn 40% som oppsøker hjelp hos helsevesenet etter et overgrep. Det finnes store mørketall på grunn av de negative assosiasjonene mennesker har knyttet til seksuelle overgrep. Ifølge regjeringens handlingsplan for voldtekt 2019-2022 kommer det frem at mørketallene kan skyldes at det finnes en misforståelse på hva som faller inn under definisjonen på seksuelle overgrep og det derfor kan være underrapportert. En annen årsak er følelsen av skam og skyld hos overgrepsofrene som hindrer dem i å ta kontakt med helsevesen eller rettssystemet. Spørreundersøkelser viser at hele 80,2% opplevde skam og 65% følte seg skyldige i overgrepet (Justis- og beredskapsdepartementet, 2019).

## 2.2 Kriseteori

En krise blir beskrevet som en hendelse hvor det oppleves som truende for mennesket psykisk eller fysisk. Mennesker som opplever krise har behov for å bli møtt med medmenneskelighet, omsorg og støtte. De trenger noen rundt seg som kan lytte og noen å dele tanker og følelser med (Fallsen, 2017). Det finnes to ulike typer kriser, en utviklingskrise og en traumatisk krise. Vi skal se nærmere på den traumatiske krisen ettersom seksuelle overgrep faller inn under denne kategorien. Håkonsen definerer en traumatisk krise som en “krise som utløses av ytre begivenheter – som en ulykke eller alvorlig sykdom – og som oppleves som truende for individets integritet” (Håkonsen, 2014, s. 255). En krise medfører emosjonelle reaksjoner som sorg, depresjon, følelse av angst, oppgitthet og usikkerhet (Håkonsen, 2014, s. 255).

Psykiateren Cullberg deler kriseforløpet inn i fire faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Denne modellen kan benyttes til å forstå endringene i reaksjonene mennesker opplever etter krise, men kan ikke benyttes som en standardmodell for alle krisers utvikling (Håkonsen, 2014, s. 256). Vi vil se nærmere på de to første fasene fordi det er her overgrepsofrene befinner seg når de først tar kontakt med overgrepsmottakene og kommer i kontakt med sykepleierne.

Sjokkfasen finner sted alt fra minutter til dager etter hendelsen og “er kjennetegnet ved uklarhet, forvirring og manglende evne til fullt og helt å forstå hva som har skjedd eller har skjedd” (Malt, 2021). Her bruker overgrepsofferet all deres psykiske energi til å forstå hendelsen, uten å bearbeide den. I denne fasen er det umulig å finne hensikt eller mening med

det som har skjedd ettersom de er overveldet av et emosjonelt kaos. Her er det ulikt fra menneske til menneske, hvor noen vil være lite berørt utad, mens andre opplever kraftig, synlig angst, sorg og fortvilelse (Håkonsen, 2014, s. 256). I mottak er det flere av overgrepsofrene som er i sjokkfasen, og har dermed ikke kontroll over egne følelser og tanker ettersom alle sansene deres er i kaos.

Etter sjokkfasen kommer reaksjonsfasen, hvor de emosjonelle reaksjonene kommer tydeligere til overflaten hos pasienten ettersom de nå har erkjent hva som har skjedd (Malt, 2021). Når personene starter å ta virkeligheten inn over seg vil krisen ofte vise seg i form av atferds forandringer som sorg, depresjon, gråt, fortvilelse, lite matlyst, søvnevansker og manglende initiativ. Noen vil reagere med flukt i form av beroligende medisiner eller alkohol (Håkonsen, 2014, s. 256). De som har opplevd alvorlige overgrep kan i flere uker og eventuelt år oppleve stress symptomer. Ved PTSD kan personen i lang tid etter overgrepet oppleve fysiske, følelsesmessige og tankemessige reaksjoner som minner dem om overgrepet som for eksempel ved mareritt og flashbacks (Håkonsen, 2014, s. 257).

### 2.2.1 Møte mennesker i krise

Det finnes ingen lett løsning på hva sykepleierne kan gjøre for mennesker i krise. Mesteparten av tiden handler det om hvordan sykepleierne møter dem og ikke hva sykepleierne gjør eller sier til dem (Fallsen, 2017). For helsepersonell som skal møte menneskene i krise etter et overgrep stilles det store krav til personlige egenskaper samt faglig innsikt, helsepersonell må ha kunnskaper om krisereaksjoner samt vite at disse utarter seg ulikt (Håkonsen, 2014, s. 257). Sykepleierne trenger ikke nødvendigvis å si så mye, men de må tilkjenne at de forstår at pasienten har det vondt (Ekeberg, 2015, s. 228)

Det første en skal gjøre som helsepersonell er å etablere trygghet og deretter informere om strukturen ved mottaket. Informasjonen som gis bør være kortfattet, tydelig og den bør gjentas. Videre er det viktig å hjelpe pasienten å mestre sine følelser og normalisere reaksjonen, lytte til dem og la dem stille spørsmål. Til slutt skal en utføre praktiske tiltak som kan hjelpe pasienten, informere om tilgjengelige helsetjenester og formidle håp (Ekeberg, 2015, s. 230). Det kan være avgjørende for bearbeidingsprosessen til pasienten at sykepleierne møter dem der de er, støtter dem og tar seg tid til å skape en relasjon (Håkonsen, 2014, s. 257).

Mennesker i krise trenger tid for å sette ord på hva de har opplevd og finne meninger med det hele. De "har behov for å bli sett og få bekreftet at man har det vanskelig" (Ekeberg,

2015, s. 228). Det er også viktig å normalisere reaksjonen de har, da de ofte vil føle seg unormale eller utilstrekkelige. Mennesker i krise opplever ofte en forsterket reaksjon når de ikke klarer å akseptere sine egne følelser og reaksjoner. Derfor er det viktig at vi prøver å normalisere deres reaksjoner og forklare at det er naturlig å kjenne på de følelsene de har (Håkonsen, 2014, s. 258). Sykepleierne må også akseptere de emosjonelle reaksjonene som pasientene viser. Som helsepersonell skal vi ikke bagatellisere følelsene eller reaksjonen de presenterer, men gjøre det tydelig for dem at det er helt greit å gråte, og ikke føle skam av den grunn (Håkonsen, 2014, s. 258).

Når det har gått litt tid, vil det være aktuelt for sykepleierne å veilede dem i videre muligheter og løsninger. Dette må skje etter at pasienten har fått muligheten til å vise sine følelser, uttrykke tanker, bekymringer og opplevelser. Som helsepersonell er dette noe en skal være forsiktig med å gjøre for tidlig da dette kan innebære at pasienten opplever at vi bagatelliserer hendelsen som har skjedd (Håkonsen, 2014, s. 258). Sykepleierne må også bidra til å sørge for sosial støtte i etterkant. Å få støtte av venner, familie og liknende, kan være med å øke personens velvære, lette på spenninger, sette ord på følelser og tanker, lette på skuldrene samt få den nødvendige trøsten og omsorgen. Pårørende kan bidra til å hjelpe pasienten å slippe tak på mange av de negative påkjenningene. Det er derfor elementært at helsepersonell mobiliserer støtteapparatet eller tilbyr andre helsetilbud som kan bidra til pasientens helbredelsesprosess (Håkonsen, 2014, s. 258).

### 2.3 Omsorgsteori

Sykepleiens grunnlag er oppbygd rundt prinsipper om respekt, barmhjertighet og omsorg. Som sykepleier lærer en tidlig at en må handle ut ifra et ønske om å hjelpe og at en er pliktet til å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie. De yrkesetiske retningslinjene til NSF sier at sykepleierne skal ivareta den enkeltes verdighet, sikkerhet og behov for helhetlig omsorg samt lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Kari Martinsen er en kjent teoretiker og filosof innenfor sykepleien. Hun beskriver omsorgen som et grunnleggende fenomen i menneskelig eksistens, som omhandler hvordan mennesker forholder og relaterer seg til hverandre (Martinsen & Kjær, 2012, s. 45-88). Hun skiller mellom balansert gjensidighet og uegennyttig gjensidighet, hvor balansert gjensidighet kjennetegnes ved et likeverdige forhold, hvor begge parter gir og mottar omsorg. Sykepleiefagets omsorg er basert på uegennyttig gjensidighet, som kjennetegnes av altruisme og hjelp, hvor den ene gir omsorg uten å forvente å få noe tilbake (Kristoffersen, 2017, s. 57).

Ved å være bevisst på omsorgens funksjon kan sykepleierne møte pasienten på deres premisser og yte grunnleggende sykepleie gjennom personlig engasjement i pasientens situasjon (Kristoffersen, 2017, s. 59).

Videre uttrykker Martinsen omsorg i tre ulike dimensjoner; den relasjonelle, den moralske og den praktiske delen av omsorg. Den relasjonelle dimensjonen handler om et forhold mellom to parter som skal være basert på solidaritet og gjensidighet, og en forståelse av at mennesker er avhengige av hverandre. Den ene partens oppgave er å vise empati og delta aktivt slik at den andre parten føler seg oppriktig sett. Den moralske dimensjonen handler om holdningene som ligger bak omsorgen, man skal gi omsorg ut ifra barmhjertighet og et ønske om å være god. Den inkluderer også at man på ingen måte skal benytte maktutøvelse, men møte pasienten i dens livssituasjon og la pasienten være deltaker i pleien som mottas. Den praktiske dimensjonen handler om å hjelpe den trengende i praktiske situasjoner uten forventninger om å få noe tilbake, den innebærer fysiske handlinger som skal være med å lindre lidelse og vise omsorg (Martinsen & Kjær, 2012, s. 45-88).

Omsorg i møte med pasienter er grunnleggende for å skape en relasjon og sikre at pasienten opplever å bli ivaretatt som medmenneske. Ved å være åpen og var for viktigheten av omsorgen for pasienten, fremmer det muligheten til å handle på en slik måte som styrker pasientens livsmot (Kristoffersen, 2017, s. 58). I overgrepsmottaket har pasienten akkurat opplevd noe umenneskelig, som krenker deres iboende verdighet. Da er det spesielt viktig at sykepleierne møter dem med omsorg for at overgrepsofferet skal få tilbake kontrollen over seg selv og sin kropp.

## 2.4 Kommunikasjonsteori

### 2.4.1 Hjelpende kommunikasjon

Kommunikasjon er en veksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter, og inkluderer alt fra kroppsspråk til verbal kommunikasjon samt alt imellom (Eide & Eide, 2013, s. 17). I helsevesenet er kommunikasjon et sentralt begrep som er grunnleggende for å skape en relasjon mellom pasient og helsepersonell. For å skape et mellommenneskelig forhold, må helsepersonell være kjent med kommunikasjons teknikker for å trygge og involvere pasienten. Det er fire sentrale elementer i hjelpende kommunikasjon. Det første handler om at helsepersonell skal få frem pasientens perspektiv, samt den andre er å forstå pasientens unike psykososiale kontekst. Den tredje innebærer at en skal utvikle en felles forståelse ovenfor pasientens situasjon som samstemmer med pasientens verdier og den

fjerde omhandler å hjelpe pasienten til å ivareta dens autonomi (Eide & Eide, 2013, s. 20). Ved å være bevisst på disse fire elementene kan sykepleierne kontrollere kommunikasjonen slik at den fremmer pasientens helse og selvbestemmelse. Gjennom tydelig og klar kommunikasjon kan pasienten oppleve å bli ivaretatt og møtt som et medmenneske av sykepleierne. Som igjen kan bidra til at pasienten opplever trygghet og omsorg samt at en får tilbake kontrollen etter en truende hendelse (Kristoffersen, 2011, s. 355).

Som nevnt innledningsvis kan et overgrep føre til at mennesker opplever tap av kontroll og autonomi over egen kropp (Clifton, 2020). Gjennom kommunikasjon kan sykepleierne bidra til å styrke pasientens empowerment. "Empowerment er en holdning som kommer til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon ... og er begrunnet i etiske verdier som respekt, autonomi, likeverd og hensynet til pasientens beste" (Eide & Eide, 2013, s. 19). Dette gjøres ved at sykepleierne direkte kommuniserer med pasientene og oppfordrer og tilrettelegger for at de skal delta i beslutningsprosesser og utøve autonomi over egen behandling. Som sykepleier må en da benytte seg av aktiv lytting, observasjon og direkte kommunikasjon om pasientens ønsker og behov (Eide & Eide, 2013, s. 21).

#### 2.4.2 Kommunikasjon med menneske i krise

Etter et menneske har opplevd en alvorlig livshendelse, som et seksuelt overgrep, kan det resultere i et tap av mening og sammenheng. Mennesker i krise har et behov for støtte og medmenneskelig kontakt, hvor kommunikasjon er et elementært verktøy for å bearbeide reaksjoner og takle hva en har opplevd (Eide & Eide, 2013, s. 166). Kommunikasjonens oppgave er å informere om hendelsen og dens fysiske konsekvenser, samt psykologiske reaksjoner og videre relasjonen til omgivelser (Ekeberg, 2015, s. 227). Sykepleierne skal jobbe for å skape en trygg og god relasjon ved å inkludere både verbal og non-verbal kommunikasjon.

I mottaket kan pasienten befinne seg i sjokkfasen, her er det viktig å vise medmenneskelighet, berolige og oppmuntre, godta og ikke bearbeide, og legge vekt på at det er en naturlig reaksjon på urimelige påkjenninger (Eide & Eide, 2013, s. 177). Ved å gi pasienten mulighet for å bearbeide tankene sine og få snakke fritt, hvor alt sykepleierne gjør er å være til stede med et lyttende øre, kan pasienten oppleve å bli hørt og forstått gjennom nonverbal kommunikasjon. Mennesker i krise reagerer annerledes på det de har opplevd og

ved å være bevisst på hvordan kommunikasjonen kan hjelpe mennesket, kan sykepleierne fremme pasientens velvære og starte helbredelsesprosessen (Eide & Eide, 2013, s. 177).

## 3.0 Metode

### 3.1 Anvendt metode

Metode er en planmessig fremgangsmåte brukt for å innhente informasjon rundt en problemstilling. Metode blir brukt både for å frembringe ny kunnskap og vurdere i hvilken grad påstandene er sanne, gyldige og holdbare (Dalland, 2018, s. 51). Det skilles mellom kvantitative og kvalitative orienterte metoder. De kvantitative metodene forsker på målbare enheter og de gir konkrete tall til dataen. I motsetning sikter kvalitativ metode på å innhente meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes. Begge metodene bidrar til å samle data for å få et mer helhetlig bilde av samfunnet og hvordan mennesker handler og samhandler (Dalland, 2018, s. 52).

Litteraturstudie er en metode hvor dataen til en problemstilling samles inn gjennom ulike publiserte forskningsartikler som en sammenlikner for å finne likheter og ulikheter (Friberg, 2017, s. 141). Metoden går ut på å gjøre brede søk inn i eksisterende forskning og litteratur og deretter kritisk analysere ulike forskninger og deres funn og deretter sammenligne og diskutere funnene i henhold til relevant data. Resultatene fra denne diskusjonen skal deretter brukes til å besvare en problemstilling (Friberg, 2017, s. 142).

I denne oppgaven er det metoden litteraturstudie med fire forskningsartikler som blir anvendt, tre har benyttet seg av en kvalitativ metode og en med metodetriangulering. Vi har valgt å fokusere på overgrepsofrene sin emosjonelle og fysiske ivaretagelse i møte med sykepleierne i mottakene, og gjennom kvalitativ data fremheves pasientens opplevelser og følelser (Friberg, 2017, s. 129). Ved å se nærmere på hva pasientene opplever som positivt og negativt i møte med helsepersonell, vil vi drøfte hvordan sykepleierne kan gå frem for å ivareta pasienten og yte helhetlig sykepleie og personsentrert omsorg. I de fire forskningsartiklene skal vi trekke frem ulikheter og likheter å diskutere dem for å komme frem til en konklusjon til problemstillingen. Vi ønsker gjennom denne oppgaven å kunne skape et helhetlig og oversiktlig bilde på hva en sykepleier kan gjøre for at kvinner som kommer inn til mottak etter seksuelle overgrep føler seg ivaretatt.

## 3.2 Søkestrategi

### 3.2.1 Valg av søkestrategi

Før vi begynte å søke etter artikler bestemte vi oss for klare retningslinjer for artiklene og etablerte en søkestrategi ved å sette noen eksklusjonskriterier og inklusjonskriterier.

Strategien skulle hjelpe oss å velge relevante og aktuelle artikler samt rydde bort de som var irrelevante for oppgaven. Alle artiklene vi ønsket å bruke skulle være publisert i løpet av de ti siste årene, slik at dataen var ferskvare. Geografien skulle være sammenliknbar med Norge og forskningen skulle være utført i samfunn som hadde like kvaliteter og det måtte være innenfor spesialisthelsetjenesten. Det finnes lite forskning på dette innenfor de nordiske grensene, forskningen er derfor i hovedsak hentet fra USA. Et siste kriterium vi satt var at forskningen skulle være i pasientens perspektiv ettersom vi på denne måten fikk klart frem hvordan de opplevde å bli ivaretatt av sykepleierne ved overgrepsmottakene.

### 3.2.2 Valg av databaser

Ved å benytte oss av Oria som er nettstedet som universitetets bibliotek bruker fikk vi tilgang på ulike databaser innenfor helse og sosialfag. Vi valgte å bruke databasene: Cinahl, SweMed+, British Nursing Index, og Helsebiblioteket. Disse databasene ble valgt ettersom vi opplevde de som lette å manøvrere og de har hovedfokus på forskning innenfor helse og sykdom. SweMed+ og Helsebiblioteket har skandinaviske forskningsartikler og der opplevde vi ikke å finne mange relevante forskningsartikler med de kriteriene vi satte. Vi fant én relevant artikkel på British Nursing Index. Cinahl var den databasen vi benyttet oss mest av ettersom vi her fant flest forskningsartikler som samsvarte med kriteriene vi satt og besvarte vår problemstilling.

### 3.2.3 Valg av søkeord

For å få gode søk i databasene begrenset vi søket ved å bruke en kombinasjon av ulike ord. Ettersom vi tidlig oppdaget at vi fikk lite til ingen resultater på norske søkeord ved de skandinaviske databasene gikk vi over til engelske søkeord ved de internasjonale databasene. Her brukte vi søkeordene: nurse, relation, victims, sexual assault, care, adult, og hospital. Ved å bruke en blanding av disse ordene i hvert søk reduserte vi antall treff. Fordi vi ville ha pasient og pårørende sitt perspektiv brukte vi ofte en kombinasjon av: nurse, sexual assault, victim og patient. For å ikke begrense søket brukte vi trunkering av ordet nurse, altså nurs\*, slik at alle endinger og fortsettelser av ordet ble inkludert i søket. Videre brukte vi hermetegn



rundt begreper som “sexual assault” og “sexual assault victim” for å sikre at ordene stod sammen også i resultatene for å ikke miste betydningen av begrepet.

### 3.2.4 Valg av artikler

Ved å bruke kriteriene vi bestemte oss for i søkestrategien utelukket vi artikler som var for gamle, geografisk uaktuelle og i feil perspektiv. Videre vurderte vi forskningsartiklene ut i fra metoden de benyttet seg av og hvilke kriterier de hadde for deltakerne. Det var viktig for oss at alle som søkte hjelp på et overgrepsmottak eller akuttmottak var inkludert i studien etter eget ønske og at studiene ikke ekskluderte noen grunnet etnisitet, status osv. Derfor ble studier som ekskluderte mangfoldet utelukket. Videre brukte vi helsebiblioteket sin sjekkliste for kvalitative studier til å kritisk analysere forskningsartiklene. Med våre kriterier fant vi fire artikler som fokuserte på kvinner over 14 år som søkte hjelp på mottak etter et seksuelt overgrep. Det er fire kvalitative studier, hvor den ene også har en kvantitativ del. Vi tar i bruk både den kvalitative og den kvantitative dataen i studien som bruker metodetriangulering. Felles for alle fire forskningsartiklene er at hensikten med studiene er å forstå hvordan overgreps-offerret opplevde sykepleierne i mottaket og hvordan de ble ivaretatt og møtt.

### 3.3 Analyse

For å analysere artiklene brukte vi Febe Fribergs modell for analyse av kvalitative studier (Friberg, 2017, s. 135). Vi begynte med å lese de valgte artiklene flere ganger, og understrekte det vi vurderte som relevant og viktig å få med seg, mesteparten av dette kom frem i resultatkapitlene i forskningene. Deretter identifiserte vi kategorier og hovedfunn i hver artikkel og samlet dette i en tabell for å skape et oversiktlig bilde av resultatene. Videre sammenlignet vi resultatene i forskningene og kategoriserte funnene i underkategorier samtidig som vi fant og trakk frem likheter og ulikheter i forskningen (Friberg, 2017, s. 137).

### 3.4 Presentasjon av funn

Tabell 1. Oversikt over analyserte artikler

<b>Tittel</b>	<b>Forfattere, årstall:</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>	<b>Database</b>
Client Satisfaction With Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in Ontario	Du Mont, J. Macdonald, S. White, M. Turner, L. White, D. Kaplan, S. Smith, T. (2014)	Hvor fornøyde overgrepsoffer var med behandlingen og ivaretagelse fra sykepleierne. Også bidra til nye retningslinjer for sykepleie til overgrepsofre.	Pasient og pårørende	Kvalitativ + kvantitativ studie  1484 deltakere (1086 var seksuelle overgrep)	Cinahl
Adult Sexual Assault Survivors' Experiences With Sexual Assault Nurse Examiners	Fehler-Cabral, G. Campbell, R. Patterson, D. (2011)	Hvordan overgrepsofre opplevde sykepleiere ved mottaket	Pasient	Kvalitativ studie  20 deltakere  Intervju	Cinahl
With Care and Compassion: Adolescent Sexual Assault Victims' Experiences in Sexual Assault Nurse Examiner Programs	Campbell, R., Greeson, M. R. Fehler-Cabral, G. (2013)	Undersøke hvordan unge pasienter med seksuelle overgrep karakteriserte kvaliteten på den følelsesmessige og mellommenneskelige omsorgen de fikk av sykepleierne.	Pasient	Kvalitativ studie  20 deltakere  Intervju	British Nursing Index
Engaging the Voice of Patients Affected by Gender-Based Violence: Informing Practice and Policy	Lewis-O'Connor, A., Chadwick, M. (2015)	Undersøke hvordan pasienten opplevde mottaket, og hva som kan forbedres.	Pasient	Kvalitativ studie  310 deltakere  QI Intervju	Cinahl

## 4.0 Resultat

Hovedkategori	Underkategori
Relasjon og omsorg	Relasjon og tillitt Medmenneskelighet, barmhjertighet og respekt Validere pasientens opplevelse Ubarmhjertige og ufølsomme sykepleiere
Informasjon	Følelse av å være ivaretatt Autonomi & medvirkning Mangel på informasjon og medvirkning
Organisatoriske utfordringer	Lang ventetid Dårlig samhandling

### 4.1 Relasjon og Omsorg

Campbell et al (2013) skriver at det ble satt stor pris på at sykepleierne tok seg tid til å skape tillit og gjensidig relasjon før de startet undersøkelsene. På denne måten opplevde ofrene å være mer komfortable.

#### 4.1.1 Relasjon og tillitt

I studien til Fehler-Cabral et al (2011, s. 3627) opplevde overgrepsofrene det som positivt at sykepleierne brukte humor og snakket om hverdagslige tema. Det ga dem en liten pause fra alt som foregikk. Dette kom også tydelig frem i studien til Campbell et al. (2013) hvor en 15 år gammel jente forteller om hennes opplevelser. At i det lille øyeblikket hvor sykepleierne får henne til å le og distraherer henne fra det som foregår ved undersøkelsen, opplevde hun at undersøkelsen var mindre skremmende å gjennomføre. Begge nevnte studiene konkluderer at det var viktig for pasientene at sykepleierne så hele menneske og viste interesse for hvem de er utenfor sykehuset. Dette skapte trygghet, tillitt og følelse av å være respektert som videre bidro til at ofrene kunne starte helbredelsesprosessen (Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3627 & 3628; Campbell et al., 2013, s. 72).

I studien til Lewis O'Connor & Chadwick, (2015) fikk overgrepsofrene en mulighet til å kontakte helsepersonellet i etterkant av undersøkelsen via tekstmeldinger. Flere av deltakerne følte at dette illustrerte at helsepersonellet virkelig brydde seg om dem, at de så dem som mennesker og ikke bare en annen pasient. Videre uttrykte flere av ofrene at over tekstmelding ble helsepersonell lettere tilgjengelig som førte til en økt følelse av trygghet og tillitt (Lewis O'Connor & Chadwick., 2015, s. 244).

#### 4.1.2 Medmenneskelighet, barmhjertighet og respekt

I alle de fire forskningsartiklene vi har benyttet oss av angir majoriteten av deltakerne at de følte seg godt ivaretatt og at de opplevde trygghet og omsorg i møte med sykepleierne. I samtlige forskninger uttaler pasientene at de opplevde sykepleierne som empatiske, trøstende, støttende, snille og respektfulle (Campbell et al., 2013, s. 71; Du Mont et al., 2014, s. 128; Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3624; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, s. 244). I Du Mont et al. (2014) rapporterte 95,3% av overgrepsofrene at de følte seg møtt med respekt og omsorg av sykepleierne samt opplevde trygghet under innleggelsen, dette opplevde også flesteparten i studien til Lewis-O'Connor & Chadwick (2015). Resultatene fra forskningene til Du Mont et al. (2014) og Campbell et al. (2013) belyser hvor viktig det var for kvinnene å ikke føle seg dømt av sykepleierne. Spesielt for deltakerne i Campbell et al. (2013) sin studie ble det understreket viktigheten av at sykepleierne ikke fokuserte eller dømte overgrepsofrene for valgene de tok før overgrepet, enten det gjaldt alkohol eller narkotika.

Overgrepsofrene opplevde det som omsorgsfullt og betryggende at sykepleierne tok dem seriøst, var tålmodige og satte deres ønsker og behov i fokus. De følte seg godt ivaretatt av sykepleierne når de viste at de var tilstede og tilbydde støtte og hjelp. Enten det var noen å sitte med, en hånd å holde i, noen som lyttet eller et svar på spørsmål eller bekymringer (Fehler-Cabral, et al., 2011, s. 3627). Flere av deltakerne angir at når de kom i kontakt med sykepleierne etter å ha snakket med andre instanser opplevde de for første gang omsorg og det å bli sett på som medmennesker (Fehler-Cabral, et al., 2011, s. 3627).

#### 4.1.3 Validere pasientens opplevelser

En likhet mellom artiklene var at de alle konkluderte med at majoriteten av pasientene opplevde det som positivt å få validert hendelsen som hadde skjedd, samt at følelsene de hadde i etterkant var normale og at de selv hadde ingen skyld i situasjonen de ble utsatt for (Campbell et al., 2013, s.73; Du Mont et al., 2014, s. 128; Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3627; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, s. 244). I undersøkelsen til Du Mont et al. (2014) var det hele 95.4% som opplevde å bli trodd på av sykepleierne og dette bidro til å starte helbredelsesprosessen til overgrepsofrene. Campbell et al. (2013) beskriver at flere av overgrepsofrene hadde følelser av skam- og skyldfølelse i etterkant av overgrepet, og ved at sykepleierne trodde på pasienten og validerte deres opplevelser var det en stor lettelse for pasientene.

Overgrepsofrene opplevde å bli validert når sykepleierne underveis i undersøkelsene og sporsikringen forklarte symptomer og bevis de observerte. Forklaringene opplevdes for flere kvinner som en lettelse og som en bekreftelse på at overgrepet hadde skjedd og at det ikke var noe de hadde innbilt seg (Fehler-Cabral, et al., 2011, s. 3625). For flere av de unge var det viktig å høre fra sykepleierne direkte at de trodde på at overgrepet hadde funnet sted og at kvinnen som ble utsatt ikke hadde noen skyld i det (Campbell, et al., 2013, s. 73). Videre opplevde ofrene det som spesielt hjelpsomt at det var akkurat en sykepleier, med en stilling som innebærer makt og kunnskap, som var den som bekreftet at hendelsen var ekte. En ung kvinne beskriver bekreftelsen som en avgjørende faktor for å starte bedringsprosessen. En annen fortalte at det var med å redusere skammen og skyldfølelsen hun opplevde (Campbell, et al., 2013, s. 73).

#### 4.1.4 Ubarmhjertige og ufølsomme sykepleiere

I studien til Fehler-Cabral et al. (2011) var det tre overgrepsofre som opplevde sykepleierne som kalde og distanserte under interaksjonen. Sykepleierne gjennomførte behandlingen og undersøkelsen som en rutine og pasientene følte seg mer som et gjøremål sykepleierne måtte fullføre før de fikk gå hjem. I tilfeller hvor det var mangel på omsorg opplevde overgrepsofrene at sykepleierne ikke brydde seg om dem. Dette kommer også frem i studien til Du Mont et al. (2014) hvor noen av overgrepsofrene forteller om frekke sykepleiere som behandlet dem respektløst, var korte i svarene og fremstod dømmende. Flere deltakere i studien til Lewis O'Conner & Chadwick (2015) opplevde at sykepleierne fremstod ufølsomme og dømmende ved å spørre overgrepsofrene upassende spørsmål som "do you think your drinking set him off?"

## 4.2 Informasjon

### 4.2.1 Følelse av å være ivaretatt

Samtlige av forskningsartiklene fremhever at noe av det viktigste for pasientene var å få grundig og klar informasjon. Studiene fra Fehler-Cabral et al. (2011) og Campbell et al. (2013) påpeker at informasjon er ett av tre aspekter som opplevdes som mest hjelpsomt for overgrepsofrene. Flertallet av deltakerne ved alle forskningsartiklene opplyser at de følte seg godt informert under innleggelsen og i møtet med sykepleierne. 95,3% av alle deltakerne ved studien til Du Mont et al. (2014) følte seg velinformert og opplevde at sykepleierne besvarte

alle spørsmål og bekymringer de hadde. Samt 94,8% opplevde å kunne velge hvilken behandling de ville gjennomføre (Du Mont & et al., 2014, s. 127). I alle forskningsartiklene konkluderes det med at god og grundig informasjon bidro til at pasientene følte seg mer komfortable, bedre ivaretatt og inkludert i egen behandling.

#### 4.2.2 Autonomi og medvirkning

I forskningen fra Fehler-Cabral et al. (2011) opplevde overgrepsofrene det som hjelpsomt når de fikk klar og tydelig informasjon før, i løpet av og etter underlivsundersøkelsen. Grundig informasjon bidro til at kvinnene følte seg ivaretatt og opplevde at noe av den kontrollen de mistet under overgrepet returnerte. Dessuten opplevde overgrepsofrene at ærligheten og åpenheten om hva som foregikk var med å lindre følelsen av sekundær traume (Fehler-Cabral et al., 2011, 3626). Resultatene som beskrevet her kommer også frem i studien gjennomført av Campbell et al. (2013) hvor informasjon om underlivsundersøkelsen minsket forvirringen og bluferdigheten rundt undersøkelsen samt gjorde dem mer komfortable. Samtidig ga informasjonen grunnlaget for valget angående gjennomførelsen av undersøkelsen. Det opplevdes som spesielt viktig og hjelpsomt for dem å kunne ta avgjørelsene selv etter en situasjon der de opplevde avmakt (Campbell et al., 2013, s. 73).

#### 4.2.3 Mangel på informasjon og medvirkning

I studiene av Fehler-Cabral et al. (2011) og Lewis O'Connor & Chadwick (2015) blir mangel på informasjon og medvirkning trukket frem som viktige årsaker til at overgrepsofrene opplevde møtet med sykepleierne som negativt. Her konkluderes det med at det var tilfeller hvor pasienten ikke forstod helt hva som skjedde eller hva som skulle skje. De fikk lite informasjon om undersøkelsene som skulle bli gjennomført, samt lite informasjon og tilbakemelding under undersøkelsen. Spesielt trekkes sporsikringen frem som et område hvor det var lite til ingen informasjon. Flere kvinner opplevde å ikke vite hvorfor de skulle gjennomføre sporsikringen, hva denne ble brukt til, hvordan den gjennomføres og heller ikke informasjon om hvilke funn som ble observert underveis. Dette bidro til at overgrepsofrene ble forvirret og ukomfortable. Ved flere tilfeller opplevdes sporsikringen som ødeleggende og førte til mer ubehag og smerte (Lewis O'Connor & Chadwick, 2015, s. 246). I noen tilfeller hvor kvinnene ikke ble fortalt hva som ble observert førte det til at de begynte å tvile og bli usikre på seg selv og situasjonen de hadde opplevd (Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3631).

Videre i studien til Fehler-Cabral et al. (2011) opplevde seks av overgrepsofrene at de ikke hadde noe valg relatert til sporsikringen. De forklarer at de ikke fikk valget om de ville gjennomføre den eller ikke, heller ikke hvilke deler av undersøkelsen de aksepterte. Sykepleierne i disse tilfellene tok kontroll over situasjonen og valgte for pasienten og ikke med pasienten. Dette førte til at kvinnene ble frustrerte og lei seg, noe som videre gjorde at undersøkelsen og opplevelsen av sykepleierne ble sårende for overgrepsofrene. Denne typen undersøkelse er allerede ukomfortabel og mangel på medvirkning bidrar til at situasjonen kan oppleves enda verre for kvinnen. I Lewis-O'Connor & Chadwick (2015) blir mangel på medvirkning videre illustrert. Her uttaler en kvinne at hun kom til mottaket for å teste seg og motta forebyggende behandling for graviditet og smittsomme kjønnsykdommer. Men kort tid etter har en sykepleier gjennomført sporsikrings undersøkelsen, selv om det ikke var det hun ønsket.

### 4.3 Organisatoriske utfordringer

#### 4.3.1 Lang Ventetid

I forskningen til Du Mont et al. (2014) konkluderes det at lang ventetid oppleves som en faktor som påvirker opplevelsen negativt. En av deltakerne rapporterte å ha ventet ni timer før en fullstendig undersøkelse ble gjennomført og behandling startet. 38.2% opplevde lengre ventetider enn det de standardiserte retningslinjene sier ventetidene skal være før de får snakket med en sykepleier spesialisert innen overgrep. Den gjennomsnittlige ventetiden før de ble tilsett var én time og 24 minutter (Du Mont et al., 2014, s. 130). En kvinne forteller at den lange ventetiden gjorde at hun overtenkte situasjonen og hendelsen, som var med å skape økt frykt. Samme kvinne som ventet i ni timer, forteller også at hun tror den lange ventetiden førte til at bevisene var mindre synlige og at de til dels var blitt ødelagt (Du Mont et al., 2014, s. 129).

#### 4.3.2 Dårlig samhandling

Et siste resultat som trekkes frem som negativt fra pasientenes perspektiv er antall medisinsk personell de møtte og mottok behandling fra under oppholdet. Flere opplevde det vanskelig å ha mange ulike personer å forholde seg til, spesielt synes kvinnene det var vanskelig å måtte forklare og gjenta seg selv flere ganger. Samtlige uttrykte at de skulle ønske at færre personer var en del av deres behandlingsteam og oppga at de var forferdet av hvor mange ganger de

måtte gjenfortelle sin historie. En kvinne uttaler det som at dersom hun måtte fortalt sin side av historien en gang til, så ville hun heller dratt hjem enn å fortsette behandlingen (Lewis O'Connor & Chadwick, 2015, s. 245). Ved flere tilfeller kom det klager fra overgrepsofrene at de som var ansvarlige for pleien samhandlet dårlig og ved ett tilfelle var de åpenlyst uenige om hvilke undersøkelser som skulle gjennomføres (Lewis O'Connor & Chadwick, 2015, s. 245).



## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

#### 5.1.1 Valg av metode

For å besvare vår problemstilling brukte vi metoden som Friberg kaller litteraturstudie eller integrativ litteratur oversikt (Friberg, 2017, s. 141). Ettersom vi selv ikke skulle utføre egen forskning, men heller kritisk vurdere og drøfte eksisterende forskning var denne metoden hensiktsmessig for vår oppgave. På grunn av tid og relevante artikler, endte vi opp med å se på fire selvvalgte artikler. Dette satt en mulig begrensning på oppgaven, siden vi gjerne kunne brukt mer tid og flere ord på å sette oss inn i flere artikler og dermed fått mer empiriske data som kunne videre belyst problemstillingen vår.

I vår litteraturstudie har vi brukt fire forskningsartikler, hvor tre benytter seg av kvalitativ metode og en artikkel bruker metodetriangulering. Det at alle inkluderte en kvalitativ del var hensiktsmessig og relevant for oss ettersom vår problemstilling tar utgangspunkt i pasientens subjektive opplevelse av psykisk og fysisk ivaretagelse. Derfor var vi på utkikk etter data som beskriver opplevelser, meninger, tanker og følelser sett fra pasientens perspektiv, noe som kommer tydelig frem ved kvalitativ metode (Dalland, 2018).

Tre av fire av de forskningsartiklene vi valgte har benyttet seg av muntlige intervjuer hvor svarene ble tatt opp eller notert verbatim. Dette var optimalt for studienes hensikt ettersom det fikk frem kvinnenes subjektive opplevelser samt at det ga intervjuerne sjansen til å be om utdyping for å få en bredere forståelse. Noe som kommer godt med når vi skal drøfte hva sykepleierne bør gjøre for at de skal føle seg ivaretatt. Du Mont et al. (2014) benyttet seg av metodetriangulering, hvor deltakerne fylte ut en skriftlig undersøkelse enten hjemme eller ved mottaket kort tid etter mottatt behandling. Siden det ble gjort skriftlig var det få muligheter for forskerne å komme med spørsmål eller oppklaring. Av den grunn kan det hende at forskerne ikke opplever å få en bred forståelse av opplevelsen til kvinnene samtidig som det kan forekomme misforståelser av kvinnenes opplevelser som dermed fører til at feil konklusjon trekkes i resultatet.

#### 5.1.2 Forskernes bakgrunn

For å kunne vurdere forskningsartiklene sin gyldighet og relevans var det å viktig å se nærmere på hvem som har utført studiene. Samtlige av forskerne er utdannet sykepleiere med

og uten videreutdanning, psykologer, leger og rådgivere, samt en stor andel av dem innehar doktorgrader ved ulike relevante felt. Basert på dette har vi vurdert forskningsartiklene som troverdige og valgt å bruke dem i vår bacheloroppgave.

### 5.1.3 Deltakere og sykepleiere

Deltakerne i de fire forskningsartiklene vi har benyttet oss av er hovedsakelig kvinner, hvor majoriteten er hvite med alder som varierer fra 8-88 år. Studiene gjort av Lewis O`Connor & Chadwick i 2015 og Du Mont et al. i 2014 har inkludert et fåtall menn, < 5%, og begge artiklene har intervjuet andre typer overgrep også, men flertallet var seksuelle overgrep, 76,4% og 79%. Ettersom vår problemstilling tar utgangspunkt i kvinner som har opplevd seksuelle overgrep kan studienes relevans diskuteres. Til tross for at to artikler har med deltakere som faller utenfor vår målgruppe har vi kommet til den beslutningen at forskningsartiklene er relevante og kan brukes til å besvare vår problemstilling. Ettersom begge hovedsakelig fokuserer på vår målgruppe og sitatene og opplevelsene vi har brukt i vår drøfting er hentet fra den aktuelle målgruppen i studien. Begge artiklene legger også frem funnene på en klar og ryddig måte som gjør det lett for oss å sile ut de resultatene som er med å besvare vår problemstilling.

Det er også vesentlig å se på sykepleierne som har deltatt og utøvd sykepleie til pasientene ved disse forskningsartiklene. I studiene gjennomført av Du Mont et al. (2014) og Lewis O`Connor & Chadwick (2015) er det ikke beskrevet hvilken form for utdanning sykepleierne har. Det er beskrevet at de er alle autoriserte sykepleiere som innebærer en bachelor samt bestått N-CLEX eksamen og at alle som deltok hadde tidligere erfaring fra å arbeide i mottak. I artiklene av Campbell et al. (2013) og Fehler-Cabral et al. (2011) er det såkalte SANE sykepleiere som har ivaretatt deltakerne. De har en bachelor i sykepleie fra USA, som kan tas direkte på tre år eller sammen med en associates degree over fire år. De har bestått den nasjonale N-CLEX eksamen som kreves av alle sykepleiere, samt en spesialisering i sykepleie rettet til pasienter som har gjennomgått seksuelle overgrep. I følge «international association of forensic nurses» krever denne spesialiseringen minimum et 40 timers kurs som bør være både teoretisk og klinisk. Deretter må du avlegge en eksamen for å bli sertifisert som SANE og denne eksamen må fornyes hvert tredje år (International association of forensic nurses, 2018).

#### 5.1.4 Geografi & Arena

Vi fant ingen norske artikler som tok for seg pasientens opplevelse av sykepleierne ved overgrepsmottak her i Norge. Av den grunn har vi benyttet oss av forskning som tar plass i USA og Canada. Vår problemstilling er ikke spesifikk for Norge og den norske spesialisthelsetjenesten, men tar utgangspunkt i kvinners opplevelser i etterkant av uønskede hendelser. Det kan argumenteres for at personer i krise og kvinner som har blitt utsatt for et seksuelt overgrep vil ha de samme behovene for sykepleie uansett hvor i verden de befinner seg. Vi har derfor vurdert at selv om det finnes ulikheter mellom landenes helsetilbud og helsetjenester, vil ikke dette i stor grad påvirke konklusjonen vår for hvordan en sykepleier kan ivareta overgrepsofferet. Heller ikke resultatene på forskningen vil være spesifikke for ett land ettersom det er basert på opplevelser av å være kvinne i krise som møter sykepleier i første stund etter en uønsket hendelse. Opplevelsene er ikke knyttet opp mot et lands rettssystem eller langsiktig behandling og ivaretagelse av samfunnet.

#### 5.1.5 Etske forhold

Et av kravene på helsebibliotekets sjekklister for vurdering av forskningsartikler omhandler etiske forhold og hvorvidt disse er ivaretatt i forskningen som er blitt gjennomført. De tre artiklene fra USA har alle blitt forelagt for IRB. Det er et institusjonelt evalueringsstyre som har som mål å beskytte deltakerne sine rettigheter og hindre at de opplever fysiske eller psykologiske skader under forskningen. De evaluerer etiske forhold ved planlagte metoder før forskningen starter og sørger for at deltakerne som velger å delta blir ivaretatt, at de deltar frivillig og har informert samtykke fra alle deltakerne (FDA, 2019). Forskerne har forklart i detalj hvordan de har forholdt seg til etikken gjennom prinsipper som informert samtykke, deltakernes rettigheter og taushetsplikt. Og alle deltakerne er informert om at valget om å delta er frivillig og vil ikke påvirke behandlingen dersom de ikke ønsker å delta. Dette er i tråd med retningslinjene i Helsinki deklarasjonen, og dermed har vi vurdert at de etiske forholdene er til norsk standard og har derfor valgt å stole på og ta i bruk disse forskningsartiklene (Førde, 2014).

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Relasjon og omsorg

#### 5.2.1.1 Relasjon og tillit

Å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient er en forutsetning for god behandling og et godt samarbeid. Det er preget av sykepleiernes engasjement, respekt, empati og formidling av håp og trygghet (Helsedirektoratet, 2013, s. 29). I tråd med den relasjonelle omsorgen Martinsen beskriver må sykepleierne bygge en relasjon gjennom engasjement, interesse og tillit. Tillit er en verdi som er uunnværlig og brytes det øyeblikket pasienten opplever å ikke bli tatt imot eller tatt på alvor (Kristoffersen, 2015, s. 254 & 255).

Resultatene fra forskningen illustrerer at overgrepsofrene opplevde en økt trygghet og komfort i møte med sykepleierne som tok seg tid til å skape en relasjon i forkant av undersøkelsene. Relasjonen bidro til å redusere følelsen av sekundær traume og gjorde at overgrepsofrene følte seg menneskelige igjen etter å ha opplevd en umenneskelig hendelse (Campbell et al., 2013, s. 72; Du Mont et al., 2014, s. 128; Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3627). Dette viser hvor viktig det er som sykepleier å skape en relasjon med pasienten, siden det videre vil skape tillitt og formidle håp. Ved å bruke Martinsens filosofi skaper sykepleierne en trygg omgivelse der pasienten opplever å bli sett og ivaretatt (Martinsen & Kjær, 2012, s. 45-88).

Vi har opplevd i praksis at pasientene føler seg tryggere og bedre ivaretatt når de har én sykepleier som har ansvaret for dem, og som sette seg grundig inn i deres situasjon. Flere pasienter vi har møtt har uttrykt en lettelse over å ha samme sykepleier over lengre tid, ettersom dette oppleves som trygt da den gjensidige tilliten og relasjonen allerede er dannet. Det kan tenkes at dette oppleves som positivt fordi vi mennesker kan ha det vanskelig for å åpne oss opp og dele følelser med mennesker vi ikke kjenner. Gjerne spesielt i en så sårbar tid som overgrepsofrene befinner seg i når de gjennomgår sjokkfasen. Relatert til vår problemstilling er det gjerne ikke så relevant ettersom vår målgruppe bare er innom mottaket en kort stund. Likevel kan det diskuteres hvorvidt det bør prioriteres at én sykepleier er med overgrepsofferet hele tiden, ettersom forskningen viser at det opplevdes som ekstra belastende å måtte gjenfortelle overgrepet til flere helsepersonell (Lewis O'Connor & Chadwick, 2015, s. 245).

### *5.2.1.3 Medmenneskelighet, barmhjertighet og respekt*

God omsorg er et viktig aspekt av pleien og bidrar til at overgrepsofrene føler seg godt ivaretatt. I krisesituasjoner er det ofte ingenting en kan si for å lindre smerten ofrene opplever, men å vise omsorg ved å lytte og tilby støtte til overgrepsofrene oppleves ofte som hjelpsomt og lindrende (Fallsen, 2017). Dette gjenspeiles også i resultatene fra forskningen av Fehler-Cabral et al. (2011), hvor overgrepsofrene opplevde det som svært hjelpsomt at sykepleierne var tilgjengelig og tilstedeværende, lyttet til bekymringer og utførte tiltak etter deres individuelle behov. Alle mennesker er ulike etter en krise, og behovene deres vil variere, derfor er det viktig at sykepleierne bruker god tid til å vise til overgrepsofferet at de ser dem som medmennesker. Ved at sykepleierne bruker tid til å bli kjent med pasienten, vil det vise en gjensidig respekt som igjen vil trygge pasienten og opplevelsen av å bli hørt og sett.

Overgrepsofrene opplevde å bli godt ivaretatt av sykepleierne som så dem og behandlet dem som verdige medmennesker og ikke bare en annen pasient (Campbell et al., 2013, s. 72; Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3627). I tilfeller hvor sykepleierne var kalde og distanserte førte det til at overgrepsofferet opplevde å være et gjøremål i stedet for å være et menneske med iboende verdighet (Du Mont et al, 2014, s. 128; Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3630). Dette videre illustrerer hvor viktig det er at sykepleierne møter pasienten med respekt og verdighet. I tilfeller hvor sykepleierne fremstår følelsesmessig frakoblet vil pasienten bemerke dette og kjenne seg utilpass. De fleste har erfart å være i et rom med mennesker som er uinteressert i deg som person, hvor du sitter igjen med følelse om å være til bry og uønsket. Kvinner som er blitt utsatt for seksuelle overgrep er allerede i en sårbar situasjon og dersom sykepleierne fremstår ubarmhjertig kan dette forsterke følelsen av å ikke være ivaretatt.

### *5.2.1.4 Validere pasientens opplevelser*

Ifølge Kari Martinsen er det viktig at sykepleierne er empatiske og opptrer solidarisk overfor pasienten. Sykepleierne skal vise barmhjertighet og hjelpe uten å krenke eller med en forventning om å få noe tilbake (Martinsen & Kjær, 2012, s. 45-88). Dette innebærer at som sykepleier på overgrepsmottak må en ha tillit til sine pasienter og hjelpe dem uten å kritisere eller dømme dem for det som har skjedd. Det er ikke opp til sykepleieren å vurdere om overgrepet skjedde eller ikke. Kvinnene i studiene opplevde å bli godt ivaretatt av sykepleierne som opptrådte på en sensitiv måte og fokuserte på hva som hadde skjedd, ikke

hva overgrepsofferet hadde gjort i forkant av overgrepet (Campbell et al., 2013, s. 72; Du Mont et al., 2014, s. 128).

Overgrepsofrene opplevde å bli ivaretatt på en omsorgsfull måte når sykepleierne bekreftet hendelsen og normaliserte reaksjonene de opplevde. Bekreftelsen bidro til å redusere skammen og overgrepsofrene opplevde å bli sett og tatt på alvor. Flere av overgrepsofrene forklarte at det var viktig å få høre at de ikke var skyldige i overgrepet ettersom det bidro til at de kunne komme seg videre (Campbell et al., 2013, s. 73; Du Mont et al., 2014, s. 128; Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3627). Ved flere tilfeller trengte kvinnene å høre dette direkte fra sykepleierne for å tro det selv (Campbell et al., 2013, s. 73). Det kan tenkes at det oppleves som ekstra hjelpsomt at valideringen kommer fra helsepersonell som er i en posisjon av makt og kunnskap. Selv ville vi opplevd det som mer ekte at bekreftelsen kom fra helsepersonell kontra en nær venn eller familie, ettersom de alltid vil stå sammen med og støtte deg. Siden sykepleierne er utdannet og har erfaring vil deres bekreftelse gjerne veie mer enn den fra nære venner og familie.

## 5.2.2 Informasjon

### 5.2.2.1 Følelse av å være ivaretatt

Flere av studiene viste at informasjonen minsket bluferdigheten og forvirringen rundt undersøkelsen og pasientene opplevde å bli ivaretatt og respektert (Campbell et al., 2013, s. 72; Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3625). I tilfellene hvor pasienten ikke hadde fått rikelig med informasjon gjorde det at pasienten følte seg krenket og ikke ble ivaretatt. Andre ganger opplevdes manglende kommunikasjon som en sekundær traume der kvinnen igjen ikke hadde kontroll over situasjonen eller egen kropp (Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3630). For at undersøkelsen ikke skal oppleves som inngripende må overgrepsofferet ha kontroll, og det er gjennom informasjonen at pasienten opplever å bli ivaretatt.

Hver enkelt pasient er annerledes og reagerer på ulike måter etter et overgrep, og det er derfor viktig å tilpasse kommunikasjonen til enhver slik at pasienten forstår informasjonen. Som vist i forskningsartiklene satte noen pasienter pris på at sykepleierne fokuserte på det som skulle skje under undersøkelsen og i etterkant, mens andre følte det var viktig å snakke om andre hverdagslige temaer. For noen var humor et godt virkemiddel, mens andre syntes det var for tidlig etter overgrepet til å kunne tenke og fokusere på andre følelser (Campbell et al., 2013, s. 72; Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3627). Oppgaven til sykepleierne blir da å observere og forstå situasjonen for å deretter tilpasse informasjonen etter pasientens behov.

Hjelpende kommunikasjon er kommunikasjonen som benyttes med hensikt i å hjelpe pasienten og skape trygge omgivelser (Eide & Eide, 2013, s. 17). Gjennom kroppsspråk og nonverbal kommunikasjon kan sykepleierne formidle en åpenhet til pasientens fortelling og opplevelse av hendelsen. Å lytte til det pasient har å si kan være like viktig for helbredelse prosessen til pasienten som at sykepleierne informerer om undersøkelsene og hvilke valg pasienten har. I praksis har vi opplevd at når vi viser interesse og lytter til pasientens livshistorie uttrykker pasienten en økt tillit til oss og fremstår tryggere i situasjonen de befinner seg i. Bruken av kommunikasjonsverktøy bidrar til at pasienten blir sett og hørt som et medmenneske, og videre skapes relasjonen basert på gjensidige respekt og tillit (Eide & Eide, 2013, s. 166).

#### *5.2.2.2 Autonomi og medvirkning*

En forutsetning for å kunne medvirke i egen behandling er grundig og forståelig informasjon, og helsepersonell er pliktlagte til å gi denne informasjonen etter pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 og §3-2). I forskningen rapporterte flere av overgrepsofrene at følelsen av å ha kontroll over egen kropp etter et overgrep spilte en viktig rolle for bearbeidingsprosessen (Campbell et al., 2013, s. 72; Du Mont et al., 2014, s. 128; Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3626; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, s. 246). Mangel på informasjon førte til ødeleggelse av kvinnes selvbilde samt mer ubehag og smerte (Lewis O'Connor & Chadwick, 2015, s. 246). I de tilfellene hvor deltakerne ikke hadde medvirkning og opplevde at sykepleierne tok valgene for dem gjennomgikk deltakerne undersøkelser de i utgangspunktet ikke ønsket (Fehler-Cabral et al., 2011, s. 3632; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, s. 246).

For at kvinnene som oppsøker hjelp skal føle seg ivaretatt ved mottak er det viktig at de får informasjon om hele behandlingsforløpet og hvilke muligheter og valg de har. I studien til Fehler-Cabral et al (2011) ble det rapportert at seks overgrepsofre ikke følte de hadde noe valg relatert til sporsikring og at det var noe de måtte gjennomføre. Ved overgrepsmottakene i Norge finnes det retningslinjer som sikrer pasientens ivaretagelse og sykepleierne jobber for at det skal være pasientens valg. Overgrepsmottakene er oppbygd slik at sykepleierne er til stede for å tilby den hjelpen pasienten ønsker, og det finnes ingen regler for hvilke undersøkelser overgrepsofferet må eller ikke må gjennomføre (Stavanger Kommune, 2021).

Det er vårt ansvar som sykepleiere å sørge for at informasjonen vi formidler er forstått. Dermed må vi tilpasse den til hver enkelte, og som Ekeberg (2015) forklarer er det

spesielt viktig for mennesker i krise å få denne informasjonen gjentatt flere ganger. Ettersom de opplever overveldende følelser som er med å redusere hvor mottakelig de er for informasjon (Ekeberg, 2015, s. 230). Derfor må sykepleierne bruke tid til å forsikre seg at overgrepsofferet har forstått informasjonen slik at de er klar over behandlingsmulighetene de har på mottaket. Når pasienten kan medvirke i behandlingen vil det styrke deres empowerment og gi tilbake retten til å bestemme over egen kropp. Etter et seksuelt overgrep er det viktig at de får tilbake denne kontrollen, derfor må sykepleierne prioritere informasjon som en viktig komponent i behandlingen.

### 5.2.3 Organisatoriske utfordringer

#### 5.2.3.1 Lang Ventetid

I forskningen fra Du Mont et al. (2014) opplevde flere å vente i mange timer før de fikk en fullstendig undersøkelse og behandlingen startet. Ventetiden resulterte i at overgrepsofrene overtenkte situasjonen og hendelsen de hadde gjennomgått, som videre økte frykten deres. Overgrepsmottakene i Norge følger strenge retningslinjer, og en skal bli møtt med en gang uten å måtte vente i et venterom (Stavanger Kommune, 2021). Resultatene viser at det er viktig å møte pasienten med en gang slik at behandlingen kan starte, med tanke på mulige krisereaksjoner pasienten kan oppleve. Dette er en utfordring som går utover det organisatoriske rundt et mottak, og reflekterer ikke over sykepleiernes ferdigheter i møte med overgrepsofrene. Ved å skape klare retningslinjer ved mottak av overgrepsofre kan en forbedre både det organisatoriske og medisinske rundt behandlingen.

#### 5.2.3.2 Dårlig Samhandling

I studien til Lewis O'Connor & Chadwick (2015) opplevde overgrepsofrene dårlig samhandling mellom helsepersonellet relatert til hvilke undersøkelser som skulle gjennomføres. Ved overgrepsmottak i Norge følges overgrepsofferet av én kontaktperson gjennom hele behandlingen og det finnes flere behandlingsvalg for pasienten, samt psykisk hjelp og mulighet for bistand av advokat. Målet er å hjelpe alle overgrepsofre uansett deres behov og det er ingen undersøkelser som må gjennomføres (Stavanger Kommune, 2021).



## 6.0 Anvendelse i Praksis

I møte med kvinner som har blitt utsatt for seksuelle overgrep er det viktig at sykepleierne ser pasienten som et medmenneske og skaper tillitt gjennom kommunikasjon og omsorg. Ved at sykepleierne har kunnskap om krisereaksjoner og hvordan disse utarter seg kan sykepleierne dekke pasientens fysiske behov først og deretter hjelpe pasienten å bearbeide de psykiske reaksjonene. Sykepleierne må vise barmhjertighet, respekt og medmenneskelighet for å opprettholde tillitten en har skapt til pasienten. Gjennom denne tillitten oppbygger en pasientens autonomi og empowerment, som er starten på pasientens helbredelsesprosess.

I mottaket må sykepleierne gi klar og konkret informasjon, og ofte gjenta det slik at overgrepsofferet forstår hva som skal skje. Her er det viktig at sykepleierne kommuniserer at overgrepet ikke var deres feil og validerer pasientens opplevelser og normaliserer deres reaksjoner og følelser. Å formidle at pasienten nå er trygg er viktig for å videre skape tillitt og en trygg relasjon hvor pasienten opplever å bli ivaretatt av sykepleierne. En må møte overgrepsofferet i deres livssituasjon, og lytter til pasienten uten å dømme eller krenke dem. Informasjonen fører til at pasienten er innforstått over deres mulige valg etter overgrepet, og dette gir dem tilbake følelsen av kontroll.

Klare retningslinjer ved overgrepsmottakene bør brukes for å skape trygge rammer for pasientene og sykepleierne og sikre at sykepleien som utøves er helhetlig og faglig forsvarlig. Videre vil retningslinjene bidra til å sikre at både rettsmedisinske og etiske krav blir opprettholdt.

## Referanser

Alsaker, K., Baste, V., & Gustavsen, L. M. (2020). Rettsmedisinsk sykepleie i norske overgrepsmottak. *Sykepleien Forskning*, 2020(15), e-82185 DOI: [10.4220/Sykepleienf.2020.82185](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82185)

Campbell, R., Greeson, M. R., & Fehler-Cabral, G. (2013).

With care and compassion: adolescent sexual assault victims' experiences in sexual assault nurse examiner programs. *Journal of Forensic Nursing*, 9(2), 68-75.

<http://dx.doi.org/10.1097/JFN.0b013e31828badfa>

Clifton, E. G. (2020, april). Medical Examination of the Rape Victim. Hentet fra

<https://www.msmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/domestic-violence-and-rape/medical-examination-of-the-rape-victim>

Dalland, O. (2018) *Metode og Oppgaveskriving* (6.utg) Oslo: Gyldendal

Du Mont, J., Macdonald, S., White, M., Turner, L., White, D., Kaplan, S. & Smith, T.

(..) Client Satisfaction With Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in Ontario, *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 122-

134 doi: 10.1097/JFN.0000000000000035

[https://journals.lww.com/forensicnursing/Fulltext/2014/07000/Client\\_Satisfaction\\_With\\_Nursing\\_led\\_Sexual.4.aspx](https://journals.lww.com/forensicnursing/Fulltext/2014/07000/Client_Satisfaction_With_Nursing_led_Sexual.4.aspx)

Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i Relasjoner* (2.utg) Oslo: Gyldendal

Ekeberg, Ø. (2015). Akutt Psykiatri. I J.- E. Haugen (Red.), *Akuttmedisinsk Sykepleie: utenfor sykehus* (3. utg., s. 225-242). Gyldendal Akademisk

Fallsen, S., (2017). Slik kan du møte mennesker i krise. *Sykepleien*.

[10.4220/Sykepleiens.2017.63735](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63735)

FDA. (2019. 18 april). Institutional Review Boards Frequently Asked Questions. Hentet fra:

[https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/institutional-review-boards-frequently-asked-questions#:~:text=Under%20FDA%20regulations%2C%20an%20IRB,approval\)%2C%20or%20disapprove%20research.](https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/institutional-review-boards-frequently-asked-questions#:~:text=Under%20FDA%20regulations%2C%20an%20IRB,approval)%2C%20or%20disapprove%20research.)

Fehler-Cabral, G., Campbell, R. & Patterson, D. (2011). Adult Sexual Assault Survivors' Experiences With Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). *Journal of Interpersonal Violence*, 26(18), s. 3618-3639.

<https://doi.org/10.1177/0886260511403761>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.

[https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412#KAPITTEL_2)

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats* (3.utg) Lund: Studentlitteratur

Førde, R., (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetikk. Hentet

fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retning-slinjer/helsinkideklarasjonen/>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredningen, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957)*. Hentet fra:  
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Håkonsen, K. M., (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal

Akademisk.

International Association of Forensic Nurses (2018) Sexual Assault Nurse Examiner (SANE): Education Guidelines. Hentet fra:  
[https://cdn.ymaws.com/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/education/2018\\_sane\\_edguidelines.pdf](https://cdn.ymaws.com/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/education/2018_sane_edguidelines.pdf)

Justis- og beredskapsdepartementet. (2019). *Handlingsplan mot voldtekt 2019-2022*. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1469f9bedad1476aadb0369ee899ab65/handlingsplan-mot-voldtekt-20192022.pdf>

Kristoffersen, N. J. (2015) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E.- A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., bind 1, s. 207-280). Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende Sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., bind 3, s. 15-64). Gyldendal Akademisk

KRIPOS (2020). *Voldtekts situasjon i Norge 2019*. Hentet

fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/voldtektssituasjonen-i-norge-2019.pdf>

Lewis-O'Connor, A. & Chadwick, M. (2015) Engaging the Voice of Patients Affected by Gender-based Violence: Informing Practice and Policy. *Journal of Forensic Nursing*, 11(4), s. 240-249. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000090>

Malt, U. (2021, 5.mars). Katastrofefpsykiatri. *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/katastrofefpsykiatri>

Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien* (s. 45-88). Akribe

NORCE. (2019). *Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin*. Årsmelding 2018, nr.1-2019). [https://norceresearch.s3.amazonaws.com/NKLM\\_årsmelding\\_2018.pdf](https://norceresearch.s3.amazonaws.com/NKLM_årsmelding_2018.pdf)

Norsk Sykepleierforbund. (2019) Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og Brukerrettighetsloven. (1999) Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-2020-12-04-134) Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Regjeringen. (2021, 10.februar). *Vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/bekjemper-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn-og-ungdom/id2398050/>

Stavanger Kommune. (2021, 13.mars). Voldtekstmottak. Hentet fra

<https://www.stavanger.kommune.no/voldtekstmottaket>

UN Women. (2021, mars). Facts and Figures: Ending violence against women. Hentet fra

<https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#notes>

Vandvik, I. H. (2020, 5. mars). Seksuelle overgrep i *Store medisinske leksikon*. Hentet fra

[https://sml.snl.no/seksuelle\\_overgrep](https://sml.snl.no/seksuelle_overgrep)

Waitz, H. M. & Thorleifsson, E. (2020). Seksuelle overgrep angår oss alle. *Tidsskrift for*

*den norske legeforening*, 140(4). <https://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.20.0183>

WHO (2021, 9.mars). Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence.

Hentet fra <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>

## Vedlegg/tabeller

	With Care and Compassion	Adult Sexual Assault Survivors	Client Satisfaction	Engaging the Voice
<b>Deltakere</b>	20	20	1484	310
<b>Alder</b>	14-17	18-53	8-75	De som hadde opplevd seksuelle overgrep var mellom 17-88 år.
<b>Kjønn</b>	Kvinner	Kvinner	1425 kvinner (54 menn, 5 trans)	304 kvinner (6 menn)
<b>Rase</b>	15 kvinner var hvite, 3 var afroamerikanske, 1 asiatisk og multi	85% var hvite	75% var hvite 14% var native 6,5% var svarte 3,2% var asiater	ukjent
<b>Intervju</b>	Muntlig over 90-120 min	Muntlig over 90-240 min	Skriftlig undersøkelse gjennomført hjemme og ved mottak	Muntlig gjennomført som en del av «follow-up» enten ved sykehus eller over telefon
<b>Andel opplevd seksuelle overgrep</b>	Alle	Alle	1135 (76,4 %)	245 (79%)

<b>Artikkel 1</b>	
<b>Tittel</b>	Client Satisfaction with Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in Ontario
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Journal of forensic nursing, Vol. 10, nr. 3 July- Sept. 2014
<b>Forfattere</b>	Du Mont, J. Macdonald, S. White, M. Turner, L.White, D.Kaplan, S.Smith, T.
<b>Perspektiv</b>	Pasient og pårørende
<b>Problem</b>	Det mangler kunnskap om overgrepsoffer sine opplevelser med sykepleiebasert behandling ved sykehus og hvor fornøyde de er med den behandlingen de mottar i etterkant av seksuelle overgrep.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne undersøkelsen var å få mer forskning på banen som undersøkte hvor fornøyde overgrepsoffer var med behandlingen og måten de ble ivaretatt av sykepleierne. Også bidra til utvikling av nye retningslinjer og kunnskap til sykepleiere som skal sikre god behandling i fremtiden.
<b>Metode</b>	En blanding av kvalitativ og kvantitativ studie med 1484 deltakere, 1086 var relatert til seksuelle overgrep. Studien var todelt, først en kvantitativ del hvor deltakerne fullførte en spørreundersøkelse de fikk delt ut hvor de krysset av ulike bokser som beskriver hvem de er og hva de oppsøkte hjelp for og hvilken type hjelp. Deretter rangerte de hvor enige de var med ulike påstander de fikk oppgitt og hvor fornøyde de var med ulike aspekter under innleggelsen. Til slutt var det en kvalitativ del hvor de med egne ord beskrev opplevelsen sin og la frem positive og negative opplevelser de hadde med sykepleierne de var i kontakt med.
<b>Resultater</b>	Her kommer det frem at pasienten følte seg godt ivaretatt, opplevde respekt, medvirkning, trygghet, og informasjon. De følte seg godt ivaretatt av sykepleiere som så og hørte pasienten, sykepleierne viste empati og forståelse, bekreftet og trodde på pasientene sine og informerte og spurte om tillatelse underveis i behandlingsforløpet. Noe av det pasientene trakk frem som hjelpsomt var at sykepleierne informerte grundig om hva som var tilgjengelige muligheter og hva ulike undersøkelser kunne brukes til, men understrekte at pasientene alltid hadde valget om å gjennomføre det eller avbryte når de ønsket det.



<b>Artikkel 2</b>	
<b>Tittel</b>	Adult Sexual Assault Survivors' Experiences with Sexual Assault Nurse Examiners
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Journal of Interpersonal Violence, 2011
<b>Forfattere</b>	Fehler-Cabral, G. Campbell, R. Patterson, D.
<b>Perspektiv</b>	Pasient og pårørende
<b>Problem</b>	Hvordan opplever pasientene møtet med SANE, altså sykepleiere med videreutdanning innenfor rettsmedisin og seksuelle overgrep.
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å finne ut og forstå hvordan kvinnene som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep opplevde behandlingen de fikk av SANE sykepleierne ved et mottak i USA. Mer spesifikt hva som opplevdes som sårende og hva som opplevdes som hjelpsomt i forhold til helbredelsen i etterkant av overgrepet.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie som inkluderte 20 deltakere. 10 fikk tilbud om å delta på forskningen mens de var inne for behandling (hvor de kom 10 uker etterpå for å beskrive behandlingen), mens de andre 10 deltakerne ble oppsøkt i etterkant av overgrepet etter å allerede har mottatt behandling, mens de andre. Alle 20 deltakerne ble intervjuet av tre personer og intervjuene varte alt fra 90min til 240min.
<b>Resultater</b>	Det var en blanding av både positive og negative opplevelser. De positive opplevelsene kom fra at sykepleieren var omsorgsfull og medmenneskelig, samt at de bekreftet det som pasienten hadde opplevd ved å anerkjenne at de var blitt utsatt for overgrep gjennom å bekrefte og forklare bevisene de fant. Andre positive opplevelser kom gjennom å ha medvirkning og følelse av kontroll under undersøkelsen samt å bli behandlet som et likeverdig menneske etter har opplevd en umenneskelig hendelse. Det som kom frem som mest negativt var i tilfeller der sykepleieren gjennomførte undersøkelsen som et gjøremål på jobb som måtte fullføres før hun skulle hjem. Dette opplevdes som kaldt og lite omsorgsfullt for pasienten.

<b>Artikkel 3</b>	
<b>Tittel</b>	With care and compassion: adolescent sexual assault victims' experiences in sexual assault nurse examiner programs
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Journal of Forensic Nursing, Vol. 9, nr. 2 April-June 2013
<b>Forfattere</b>	Campbell, R., Greeson, M. R.Fehler-Cabral, G.
<b>Perspektiv</b>	Kun pasient, pårørende var ekskludert da de yngre kvinnene gjerne er blitt overgrepet av familie eller/og ofte ikke ønsker å informere pårørende om hendelsen.
<b>Problem</b>	Hvordan kvinner mellom 14-17år opplever kvaliteten på SANE
<b>Hensikt</b>	Undersøke hvordan unge pasienter som har opplevd seksuelle overgrep karakteriserte kvaliteten på den følelsesmessige og mellommenneskelige omsorgen de fikk av sykepleierne.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie med 20 deltaker som ble spurt av sykepleieren som behandlet dem om det var greit at de ble kontaktet i etterkant av innleggelsen for å delta i denne studien. Før de fikk delta på intervjuet møtte de med en rådgiver og intervjueren som forklarte samtykke og hva det ville innebære å delta i studien før de to intervjuerne gjennomførte intervjuet uten rådgiver tilstede. Intervjuene hadde en varierende tid på 90-120min
<b>Resultater</b>	Overgreps ofre så positivt på at sykepleierne trodde og validerte deres opplevelse av overgrepet. Samt at sykepleierne var følsomme for pasientens fysiske og emosjonelle behov.

<b>Artikkel 4</b>	
<b>Tittel</b>	Engaging the Voice of Patients Affected by Gender-Based Violence: Informing Practice and Policy
<b>Tidsskrift/årst all.</b>	Journal of Forensic Nursing, Vol 11, Oct/Dec 2015, p. 240-249
<b>Forfattere</b>	Lewis-O'Connor, A., Chadwick, M.
<b>Perspektiv</b>	Pasientens perspektiv
<b>Problem</b>	Hvordan pasienten opplevde mottaket, hva de ville opplevd og hva som kan forbedres i fremtiden.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med dette prosjektet var å forstå pasientens perspektiv og finne muligheter for forbedring av helsetilbudet samt bekymringene pasientene opplever som kan bidra til forbedring og endring av retningslinjene for å sørge for at pasientene blir godt ivaretatt under innleggelsen.
<b>Metode</b>	Det ble gjennomført en QI (kvalitetsforbedring) i etterkant av besøket ved mottaket. Her fikk deltakerne tre åpne spørsmål om hva som ble gjort bra, hva som kunne blitt gjort bedre og hvilke to ting de ville endret. De pasientene som opplevd et seksuelt overgrep fikk to tilleggs spørsmål relatert til sporsikring og politianmeldelse.
<b>Resultater</b>	Flesteparten av de involverte følte seg ivaretatt og trygge i løpet av deres tid på mottaket. Men flere rapporterte lange ventetider, usammenhengende hjelp, kaotisk og mange ulike helsearbeidere var inne hos dem. Et mottak trenger klare retningslinjer og må bruke en trauma-informed approach for å forbedre helse tilbudet til overgrepsofrene.