



## Prosjektbachelor innland

### Fagartikkel

«Sykepleie til pasienter utsatt for seksuelle  
overgrep – *hvem er der når alt blir mørkt?*»

*Nursing to patients exposed to sexual assault – who is there when  
everything goes dark?*

En kvalitativ studie

**Kandidatnummer:** 10128

**Kull:** 2017

**Antall ord:** 4696

## **Abstrakt**

### ***Innledning og bakgrunn:***

Bakgrunnen for denne oppgaven er å belyse sykepleiers rolle ved overgrepsmottak og viktigheten av å ha tilstrekkelig med ressurser og kompetanse innen rettsmedisin og seksuelle overgrep. Med dette som bakgrunn er hensikten med oppgaven å få en dypere forståelse av sykepleiere som jobber ved overgrepsmottak, samt få inntrykk av behov for ressurser og kompetanseheving.

### ***Metode:***

Kvalitativ studie av sykepleiere ved overgrepsmottak for å få en dypere forståelse av deres arbeidshverdag. Data ble innhentet gjennom individuelle intervju, basert på godkjent intervjuguide. To sykepleierstudenter gjennomførte intervjuene. En student intervjuet gjennom telefon, mens den andre studenten dikterte direkte på datamaskin. Dataen ble analysert ved transkribering, kategorisering og sammenfatting.

### ***Resultat:***

Mange av informantene var enige i at det er behov for økte ressurser, samt større satsning og kompetanse innen seksuelle overgrep, fokusert på sykepleie.

### ***Konklusjon:***

Informantenes uttrykker at for å sikre pasientgruppens rettigheter, både medisinsk og rettslig, er det viktig at sykepleiere og leger er erfarne, kompetente og trygge i arbeid med overgrepsutsatte. For å øke rekrutteringen av nye sykepleiere, kunne en formell utdanning ha blitt innført, som også kan øke interessen for arbeid med overgrepsutsatte. Det fins en klinisk fagstige fra Norsk sykepleierforbund (8) som er et godt alternativ til formell utdanning innen overgrep og rettsmedisin for sykepleiere. I takt med økte årlige henvendelser, vil det i fremtiden være behov for økt antall ressurser, og mer satsning fra politikere og sykehusadministrasjon.

## **Abstract**

### ***Introduction:***

The background for this study is to elucidate the role of nurses working at sexual abuse centres, and the importance of having enough resources and expertise in the field of forensic medicine and sexual abuse. The purpose of this study is to gain a deeper understanding of nurses working at sexual abuse centres, as well as getting an impression of the need for resources and expertise in forensic medicine and sexual abuse.

### ***Method:***

Qualitative study of nurses working at a sexual abuse centre, to gain a deeper understanding of their workdays. Data was obtained through individual interviews, based on an approved interview guide. Two nursing students conducted the interviews by phone, one interviewed while the other student dictated directly on computer. The data was analysed by transcription, categorization, and summary.

### ***Result:***

Many of the informants agreed that there is a need for more resources, commitment and expertise in forensic medicine and sexual assaults, focused on nursing.

### ***Conclusion:***

The informants say that to ensure the rights of the patient group, both medically and legally, it is important that nurses are experienced, competent and feel secure. To increase the recruitment of new nurses, a formal education could be introduced, which also may increase the interest of working with victims of sexual abuse. There is a clinical professional ladder from the Norwegian Nursing Association (8) which is a good alternative to formal education in sexual abuse and forensic medicine for nurses. In line with increased annual inquiries, an increased number of resources will be needed in the future, including higher investment from politicians and the hospital administration.

## **Acknowledgement**

The research leading to these results was performed in, and based on data and equipment from, the infrastructures 'The Operating Room of the Future' at St. Olavs hospital and 'The Norwegian Centre for Minimally Invasive Image Guided Therapy and Medical Technologies (NorMIT)', collaborative infrastructures between the St. Olavs hospital, the Norwegian University of Science and Technology (NTNU), and SINTEF AS, Trondheim, Norway)

I would also like to give my gratitude to the informants in this study, providing insight in the field of forensic medicine and nursing to victims of sexual abuse.

## **Introduksjon**

Å begå et overgrep er betegnet som et av de mest diskriminerende aspektene av vold (1).

De fleste som utsettes for overgrep, forteller aldri om det til noen. Norge har 24 overgrepsheter (2). Her jobber sykepleiere og leger som har lidenskap for sitt fagfelt. Jobben sykepleieren gjør for å ivareta helsen til pasienten er sentral for utfallet. Uten rettsmedisinske undersøkelser og bevissikring er sjansen for henleggelse av anmeldte saker høy (2).

Seksuelle overgrep er et internasjonalt samfunns- og folkehelseproblem. Risikoen for uhelse hos kvinner i fertil alder er større etter en voldtekt, enn ved røyking (2). Konsekvensen et slikt traume har på menneskets somatiske og psykiske helse er mye omtalt. Sykepleiere skal gi rettferdig omsorg til alle – til tross for begrenset mulighet til spesialisering og få ressurser (14).

Opgaven fokuserer på kvinner som utsettes for seksuelle overgrep, det er ikke dermed sagt at menn ikke utsettes for overgrep eller at de ikke skal ha samme tilbud som kvinner.

### ***Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsfilosofi***

Benner og Wrubel fokuserer på en utvikling av klinisk kompetanse gjennom flere trinn. De mener at det bør være et gjensidig forhold mellom teori og praksis, for å sikre god faglig ekspertise (3). Når en nyutdannet sykepleier går ut i praksis, vil ferdigheter og helhetlig forståelse av den konkrete situasjonen bli viktig. Teorien er grunnlaget for å få nye sykepleierkunnskaper gjennom erfaring (3).

### ***Kari Martinsens omsorgsfilosofi og moral***

Martinsen mener at sykepleiers moralske ansvar for den svake skal medføre at sykepleieren viser spesiell oppmerksomhet mot pasienten, men også urettferdigheter i samfunnet. Her inngår det å i stor grad prøve å forstå pasientens situasjon og opplevelse. Martinsen mener at for å kunne forstå dette, må man ha emosjonell involvering (4). Moralsk opptreden betyr at du som sykepleier er i stand til å se hva som er din oppgave ovenfor pasienten. Her er det nødvendig med faglig kunnskap, sensitivitet og holdningskompetanse (4). Affektiv empati er sentralt for moralen. Å berøres av andre menneskers lidelse er en del av den profesjonelle omsorgen (4).

### ***Prioritering i helsetjenesten***

Prioriteringsetikken sier noe om hva som moralsk sett er riktig forskjellbehandling, og hvilke grunner som er relevante og irrelevante (4). Sykepleiere skal handle på bakgrunn av pasientens helsebehov. Prinsippene er prioritering etter sykdommens alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet (4). *Alvorlighetsprinsippet* omfatter å gi behandling ut fra hastegraden på tilstanden, med hensyn til både prognose og eventuelle plager. Mer spesifikke retningslinjer for prinsippet ble satt i 2015, slik at det ikke bare angår somatisk sykdom eller skade, men også å forhindre blant annet at en person taper verdighet (4). *Nytteprinsippet*

handler om prioritering etter behandlingens effekt og nytte. Det er å skape mest nytte for flest, med ressursene man har til disposisjon (4). *Kostnadseffektivitet* vektlegger livslengde og livskvalitet som følge av behandlingen. Man ser på forholdet mellom livskvalitet opp mot antall oppnådde leveår en behandling kan gi. Velferdsstaten er opptatt av at behandlingen skal gagne pasient og samfunnsøkonomien (4).

### ***Samfunnsproblem***

Seksuelle overgrep er et samfunnsproblem (2). En av ti norske kvinner opplyser å ha blitt utsatt for voldtekt i løpet av livet, og en av fem før fylte 18 år. Dette kan medføre frykt og hemninger i hverdagen. Overgrepsmottak må være kompetente og ha nok ressurser for å sikre likt tilbud i hele landet. Flertallet av de som utsettes for voldtekter søker hverken helse- eller rettslig hjelp på et tidlig stadium. En av tre som er utsatt forteller aldri om overgrepet (2).

### ***Utbrenthet***

De viktigste årsakene til at utbrenthet oppstår hos helsepersonell er arbeidsmengde, tidspress og rollekonflikt (5). Emosjonell utmattelse har sammenheng med langvarig stress, spesielt i situasjoner med høye forventninger til seg selv, og strenge krav. Dette kan videre føre til distansering eller depersonalisering, med manglende evne til å forstå eller leve seg inn i situasjoner andre mennesker står i (5).

### ***Sedelighetsforbrytelse***

Ofre for seksuelle overgrep har behov for en grundig klinisk vurdering (8). Det er sentralt å sikre spor og dokumentere skader som bevismateriale. Klær skal oppbevares som bevismateriale, skader skal fotograferes, og vulva og anus skal undersøkes for skader ved penetrering under overgrepet. Fra et medisinsk ståsted ønsker man å forebygge graviditet og seksuelt overførbare sykdommer, samt avdekke behov for videre behandling. Sykepleier skal ikke avgjøre om et seksuelt overgrep faktisk har funnet sted, dette er politiets oppgave. Dette er en rollefordeling som kan oppleves som vanskelig. Pasienten som er myndig, avgjør selv om forholdet skal anmeldes (6).

Straffeloven (7) §291 sier at voldtekt kan straffes med fengsel opp til 10 år til den som har seksuell omgang som følge av vold eller truende adferd, har seksuell omgang med noen som ikke kan si nei eller er bevisstløs, eller ved vold eller truende handlinger har fått noen til å gjennomføre seksuelle handlinger på deg (7).

Straffeloven (7) §292 sier at man kan straffes med fengsel fra 3 til 15 år om voldtekten fra §291 også besto av penetrering med penis i skjede, anus, munn eller annen penetrering med annen gjenstand. Loven gjelder også ved fremkalt bevisstløshet hos den man voldtar (7). Jeg velger å ikke omtale andre paragrafer i denne loven, da de ikke er særlig relevant for oppgaven.

### ***Kunnskap og kompetanse***

I sykepleie fins det en klinisk fagstige hos Norsk Sykepleierforbund (8). Denne formaliserer praktiske kunnskaper, teoretiske kunnskaper og ferdigheter, og betegnes som en faglig fordypning. Den er en anerkjennelse av denne kompetansehevingen. Kriteriene på fagstigen består av yrkeserfaring, veiledning, fordypning i teori i form av kurs, undervisning og litteratur og til slutt et faglig prosjekt som skal komme arbeidsplassen til gode. Målet er at sykepleierens praksis skal ha nytte av kompetansehevingen. På lik linje som videreutdanning blir sykepleieren spesialist på det aktuelle området, og har høy grad av funksjonsdyktighet. Trolig kan en slik fagstige også øke rekruttering til aktuell arbeidsplass, ivareta et godt arbeidsmiljø og gi pasienter sykepleie av høy kvalitet (8).

### ***Forskning***

Pasienter utsatt for seksuelle overgrep sa i en studie gjort av Fehler-Cabal (9) at seks hovedkomponenter gjorde at de følte seg mer eller mindre ivaretatt av SANE (Sexual Assault Nurse Examiner). Tre faktorer som var spesielt nyttige var grundig informasjon gjennom undersøkelsesprosessen, ivaretagelse av autonomi og at de ble behandlet med omtanke og respekt. Pasientene opplevde møtet som menneskelig, og offerrollen ble lagt på hyllen, og makten ble overført tilbake til pasienten. Tre faktorer som gjorde at erfaringen var mindre nyttig, var at pasienten ikke fikk nok informasjon, autonomien ble ikke ivaretatt og at sykepleier opptrådte på en kald eller fraværende måte (9). Pasientene beskriver i studien at når sykepleier samlet bevis som kunne være til nytte ved anmeldelse, samtidig som sykepleier viser medmenneskelighet, varme og omtanke har det vært med på å fremme deres tilhelingsprosess (9).

Persson (10) gjennomførte en studie på forskjell mellom sykepleiere og samfunnet om hvem som har skyld i et overgrep. Hun har i sin studie poengtert at det er sentralt med økt kunnskap og kompetanse om seksuelle overgrep. Persson mener at det kan være fordeler om sykepleiere rutinemessig får opplæring i traumepasienter og rettsmedisin. Dette kan bidra til at ofre for voldtekt også oppdages lettere på generell basis. Til slutt understreker hun at med kunnskap om seksuelle overgrep som fagfelt, kan sykepleiere behandle pasientene på en verdig måte, selv uten erfaring (10).

Maier har i sin studie undersøkt bekymringer rundt ressurser til SANE-programmer i USA (11). Flere av sykepleierne i studien følte at de måtte kjempe for å få økonomisk støtte fra ledelsen. Konsekvensene dette har i USA er at muligheten og tilgjengeligheten for utdanning og kompetanseheving svekkes. Dette gjelder både ferdigutdannede sykepleieres muligheter til å delta på kurs og konferanser, muligheten til å nå ut til samfunnet forebyggende, og at nyutdannede sykepleiere ikke får den trening de har behov for (11).

Campbell (12) har gjennom sin forskning sett en sammenheng mellom SANE-sykepleiere og utfallet av anmeldelser. De pasientene som ble undersøkt av spesialiserte sykepleiere og videre anmeldte overgrepet, hadde høyere sjans for at saken ikke ble henlagt. Henleggelse av saker mener Campbell (12) kan minske ved økt kompetanse innen rettsmedisin, for å også

kunne vitne i retten. Studien viser at rettssystemets respons har blitt bedre i USA, selv om antall henleggelse er bekymringsfylt. Hun fremhever at det ikke er kompetanseheving alene som har innvirkning på dette (12).

### ***Sykepleier eller lege?***

I Toon (13) sin litteraturstudie om forskjeller mellom SANE og klinikere, viser hun at pasienter som ble behandlet av SANE følte større grad av kontroll, makt, empati og støtte. Sykepleieren var mer sannsynlig å tilby profylakse for kjønnsykdommer og graviditetstest. Bevissamling og dokumentering brukt ved anmeldelse ble gjennomført i høyere grad hos pasienter som ble behandlet av SANE. Hun viser også til at SANE er mer kostnadseffektive enn klinikere (13).

### ***Kompetanseheving***

I 2010 var flere norske sykepleiere på kurs i USA innen forensic nursing, på dette kurset ble betydningen av riktig opplæring fremhevet (14). Sundt (14) mener at sykepleiere bør få delta mer i skadedokumentasjonen, og få mer ansvar for pasientgruppen spesielt med rettsmedisinsk dokumentasjon. Gustavsen (14) mener at dette kan gi sykepleierne i mottak større trygghet, og vil være samfunnsøkonomisk gunstig. Sykepleiere og leger ved overgrepsmottak er allerede en av de viktigste leddene i at overgripere blir tatt (14).

Med dette som bakgrunn er hensikten med oppgaven å få en dypere forståelse av sykepleiere som jobber ved overgrepsmottak, samt få inntrykk av behov for ressurser og kompetanseheving.

## **Metode**

### ***Valgt metode***

Kvalitativ metode ble valgt med hensikt å få dypere forståelse av sykepleiers jobb ved overgrepsmottak. Fokus var på sykepleieres meninger og opplevelser, dermed kunne datasamlingen vise større grad av likhet og ulikhet hos en gruppe sykepleiere som jobber med overgrepsutsatte (15).

Vi har ingen tidligere erfaring med overgrepsutsatte pasienter, og vår forforståelse er basert på kunnskap tilegnet gjennom teori og forskning presentert i teoridelen. Vi ønsket i utgangspunktet å gjennomføre dybdeintervju på avdelingen der informantene jobbet, dette ble ikke mulig grunnet situasjonen med Covid-19 (18). Dermed ble datasamlingen gjennomført via telefon

### ***Rekruttering***

Rekruttering ble gjort i samarbeid med fremtidens operasjonsrom (FOR) og Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), samt enhetsleder ved overgrepsmottaket. Dermed fikk vi informanter med erfaring, kunnskap og forståelse av sitt fagfelt. Inklusjonskriteriene er at informantene var ansatt som sykepleier ved overgrepsmottak, datasamlingen besto av totalt 8 informanter.



### ***Datasamling***

Intervjuene ble gjennomført av to sykepleierstudenter basert på godkjent intervjuguide. Gjennomsnittlig intervjutid var 45 minutter. Da vi ikke hadde godkjenning til taleopptak, ble hvert intervju diktert direkte til tekst av medstudent.

Vedlegg 1 er intervjuguide brukt i studien, vedlegg 2 er samtykkeskjema som informantene fikk tilsendt i forkant av intervjuene.

### ***Dybdeintervju***

Dybdeintervju ble valgt for å tilegne oss kunnskap basert på informantenes svar, rundt temaer som var forhåndsbestemt i vedlagt intervjuguide. Det ble brukt åpne spørsmål for å la informantene svare utfyllende der de selv ønsket det. Her tok enkelte av informantene opp tema som ikke var forutbestemt, men som viste seg relevant for studiens resultat, blant annet med behov for ressurser og kompetanseheving (16). Arbeid med overgrepssatte er et ukjent område, og en kvalitativ studie med dybdeintervju har gitt mer forståelse rundt temaet (15).

### ***Forskningsestetiske betraktninger***

I begynnelsen av hvert intervju ble informantene informert om frivillig deltakelse og anonymisering. Alle informantene ga muntlig samtykke til å intervjues (16). Informantene skal ikke påvirkes negativt av resultatet av denne studien. Som del av anonymiseringen har spesifikke skildringer, eksempler og erfaringer blitt fjernet (17).

### ***Beskrivelse og begrunnelse av analyse***

Som første steg i analysen av dataen behandlet vi rådata ved å transkribere alle intervjuene (15). Deretter kodet vi og kategoriserte dataen. Dette ble gjort to ganger på hvert intervju, data ble kondensert, til vi satt igjen med temasortert analysedata. Det var for mange kategorier til å gi strukturert data. Vi gjorde nok en kategorisering, der vi samlet relevante kategorier fra hvert enkelt intervju, i en tabell. Her ønsket vi å finne de kategoriene som var mest relevant for den enkelte students hensikt, på dette tidspunktet hadde vi 2 hovedkategorier og 8 subkategorier. Til slutt ble det skrevet sammendrag på hver subkategori, basert på datasamlingen. Sitater ble fordelt på hver kategori for å sikre et oversiktlig datamateriale (15).

Denne formen for analyse gjorde at vår tolkning av informantenes meninger kom tydelig frem, og håndteringen av datamaterialet ble enklere. Kategoriseringen gjorde at vi fikk et samlet inntrykk av hva hver enkelt informant uttrykte, for deretter å skape et helhetsinntrykk på hver kategori.

### ***Valgt litteratur***

Forskningsartikler som ble brukt i oppgaven var hovedsakelig fra USA, som har en velutviklet videreutdanning for SANE. Jeg fant lite forskning som omhandlet sykepleierens egen helse og spesifikke rolle. Teori som er brukt omhandler sykepleieteoretikere, moral og prioritering, lovverk, kompetansebehov i sykepleieryrket og sykepleiers helse.

## Resultat

Under blir det presentert resultater med utgangspunkt i de to hovedkategoriene som er fokus i denne oppgaven – behov for ressurser og kompetanseheving. En tabell er tatt i bruk for å gjøre resultatene oversiktlig.

Hovedkategori	Underkategori
<i>Behov for ressurser</i>	<i>Oppfølging</i>
	<i>Veiledning</i>
	<i>Tilstrekkelig personale og nåværende ressurser</i>
<i>Kompetanseheving</i>	<i>Samtidskonflikter</i>
	<i>Spesialisering innen overgrep</i>

### *Behov for ressurser - oppfølging*

De fleste av informantene i studien uttrykker at behov for veiledning og støtte på nåværende tidspunkt er godt møtt av ledere og kolleger. Det er sentralt at de har et velfungerende team rundt seg som er kjent med arbeid med overgrepsutsatte, for å kunne motta støtte fra dem. En gang i uken gjennomføres det tverrfaglige møter der det gjennomgås saker fra den foregående uken. Dette uttrykker informant 4 og 1 at er svært nyttig for å få tilbakemelding om mottaket de har gjennomført.

*“Da er det godt å prate med noen i forkant og etterkant. Det er viktig å prate ut saken, så er jeg ferdig med den. Det er min måte å distansere meg, ikke fordi jeg ikke bryr meg.” - Informant 4*

*“Det er stor takhøyde under disse møtene, vi er gode på å støtte hverandre.” - Informant 1*

Informant 8 uttrykker også at å kunne dele vanskelige saker med teamet og legene tilknyttet overgrepsmottaket, gjør de enklere å håndtere i ettertid.

*“Det er jo på samme vis som pasienten gjør med oss. De deler opplevelsen med oss, en smerte som deles taper sin kraft.” - Informant 8*

### **Veiledning**

To av informantene uttrykker at de savner et veiledningsteam som er dedikert til de ansatte ved overgrepsmottaket, og ivaretar oppfølging av den enkelte ansatte. Enkelte av informantene bemerker at når de har bakvakt kan de oppleve endret søvnmønster, og at

søvnen preges på sikt eller har blitt forverret. Når informantene har bakvakt, kan noen kjenne på stress fordi at de må ha telefonen med seg overalt - i dusjen, på do, ut med søpla.

*“Jeg kan oppleve søvnmangel, vet ikke når man får sove eller oppringes. Usikkerheten kan være en påkjønning.” - Informant 1*

*“Det handler jo om å møte dem der de er. Nå fikk jeg ikke tatt blodprøve fordi ditt og datt, men ble dette riktig? ble det bra nok? gjorde jeg jobben min? Det er jo sånne ting man tar med seg.” - informant 7*

### **Tilstrekkelig bemanning og nåværende ressurser**

Noen av informantene uttrykker at de føler noe utrygghet for fremtiden til overgrepsmottaket, og er redd for å bli utsatt for nedskjæringer i ressurser og bemanning hvis det blir gjort endringer organisatorisk.

*“Det var tøft å stå i og høre hvor lite man var verd.” - Informant 4*

*“Ja, [jeg] har vært redd for at tilbudet flyttes eller skjæres ned. Det er viktig å vise at vi er her og har dette tilbudet. Dette er “skammens pasient”, de har ikke status i samfunnet. Det gir ikke penger i kassen.” - Informant 1*

*“Det er det billigste temaet i landet [seksuelle overgrep teamet], men anerkjennes som det beste, mest veldrevne i landet.” - Informant 4*

Enkelte av informantene uttrykker at økende antall henvendelser fra år til år kan gjøre at behovet for ressurser stiger ytterligere i fremtiden.

*“Folk kan si at “dere har masse hjemnevakter og masse fri”. Folk forstår ikke at det kan være tre saker på rappen. Det handler om å få det teamet satt på dagsorden så de skjønner det offentlig at det er behov.” - Informant 7*

Ressurser nevnt av informantene omhandler blant annet oppdatert utstyr til tekniske undersøkelser, dedikerte leger til overgrepsmottaket, ett ekstra undersøkelsesrom dedikert kun til pasienter utsatt for seksuelle overgrep, bedre lønn samt kompetanseheving som jeg kommer nærmere inn på senere.

*“Vi har jo ikke noen senger der de [pasientene] kan overnatte.” - Informant 8*

*“Jeg har kjempet for mer lønn, det er ikke så enkelt.” - Informant 4*

*“Jeg kunne tenkt meg enda et SO-rom, som blir låst til en ny SO-sak slik at ingen kan legge igjen spor. Vi skulle hatt et nytt kamera.” - Informant 1*

*“Det å måtte forsvare pasientgruppen er det mest slitsomme. Det er systemet som er problemet.” - Informant 1*

### **Kompetanseheving - samtidskonflikter**

Informantene uttrykker at samarbeidet med legene fungerer godt. Til tider kan det oppstå interesse- og samtidskonflikter på bakvakt, siden legene har ansvar for flere pasientgrupper. I tillegg er det mange av disse legene som har lite erfaring med overgrepssatte. Her tolkes det som enighet hos flere av informantene om at de må være pasientens talsmann, og være sikker i sin jobb.

*“Man lærer mer og mer, og blir tryggere og tryggere. Jeg har samlet spor helt ned til ofre i fireårsalderen. Det blir bedre og bedre. Vi må vite hva vi gjør, det er ofte leger som ikke er vant med overgrepssaker.” - Informant 2*

Samtlige av informantene ønsker dedikerte leger til overgrepssaker, for å sikre trygghet og kontinuitet i teamet.

*“Det er dumt at denne gruppen er nedprioritert. Vi vil jo ha egen bakvakt med lege.” - Informant 5*

### **Spesialisering innen overgrep**

Flere snakker også om et sterkt ønske om profesjonsrettet utdanning, slik som de har i andre land og de ytrer også behov og ønske om mer kursing, for å holde motivasjon oppe og sikre oppdatert kompetanse.

*“De [pasientene] dømmer seg så inderlig etter en slik hendelse. Vi har ikke kommet lengre, og det er fremdeles holdningen at det er jenten sin feil.” - Informant 8*

*“[Vi skulle hatt] mer av jevnlig årlig kurs og oppfriskning, hvor man får møte andre overgrepsmottak. På den måten holdes motivasjonen opp. Jeg må ha jevnlig input for å påminne meg selv hvorfor jeg jobber med dette.” - Informant 4*

Som nyansatt har de fleste av informantene opplevd utrygghet i forbindelse med sporsikring og prosedyrer. Med erfaring blir de tryggere, sier enkelte av informantene, og det blir enklere å fokusere på pasientens emosjonelle helse.

*“Vi signaliserer hvilket ståsted vi har. Uansett er man sykepleier. En utrygg sykepleier merker disse jentene godt, fordi de er i en krise allerede.” - Informant 8*

*“Man må være til stede for pasienten, trygge, være en person de føler tillit til, også gjøre alt det andre litt samtidig. Man blir tryggere i etter hvert som man har rutinene inn”. - Informant 6*

*“Hudløse pasienter leser oss, da er det viktig med sykepleiefaglig trygghet.” - Informant 1*

*“Jeg føler at med mine år har jeg opplevd mye som har vært med å forme meg, og gjort at jeg er den sykepleieren jeg er.” - Informant 2*

## **Diskusjon**

Hensikten med oppgaven var å få en dypere forståelse av sykepleiere som jobber ved overgrepsmottak, samt få inntrykk av behov for ressurser og kompetanseheving.

I diskusjonen tas det opp fenomener knyttet til sykepleieutøvelsen. I denne sammenheng vil det si hvorfor ressurser, kompetanse og ledelse må ligge til rette for at sykepleiere ved overgrepsmottak skal kunne ivareta pasienten og dens rettigheter på best mulig måte.

### ***Behov for ressurser - oppfølging og veiledning***

Informantene har ikke lengre noen eksterne tilbud for oppfølging, slik de hadde i en periode frem til 2011. Mange av informantene sier at de føler det er tilstrekkelig støtte og veiledning innad i teamet, men en ekstern person kan bidra til å skape økt bevissthet rundt faresignaler med tanke på utbrenthet, og sikre at informantene blir ivaretatt på individnivå (5).

Sykepleiere ivaretar de mest sårbare i samfunnet (3). For at sykepleier skal kunne ha en moralsk adferd er faglig og teoretisk kunnskap grunnleggende. Sentralt for denne moralen er affektiv empati, sykepleier må klare å skape profesjonell distanse i relasjonen til pasienten. Å bli berørt er en del av den profesjonelle omsorgen (4). For å ikke bli distansert i sitt arbeid med overgrepsutsatte er oppfølging til sykepleiere viktig.

### ***Tilstrekkelig personale og nåværende ressurser***

Informantene ønsker økte ressurser og mulighet for vikarer. Det oppleves en stabilitet i teamet blant informantene som sikrer at det er erfarne, trygge mennesker som jobber på overgrepsmottaket. For å ivareta pasientene og sikre at bevis materialet er av høy standard ønsker informantene nytt utstyr, blant annet et ekstra rom kun til pasienter ved overgrepsmottaket, om to pasienter ankommer samtidig har man mulighet til å la begge være på et enerom, og det er ikke fare for kontaminering av bevis. I tillegg sparer pasienten tid, ved at sykepleier kan gjennomføre mottaket direkte etter forrige pasient. Informantene ønsker også et nytt kolposkop, samt en dedikert lege til mottaket som kan gå i en egen bakvaktordning, for å sikre ivaretagelse av pasientene og unngå samtidskonflikter. Enkelte av informantene ser ikke mørkt på å få mer ansvar når det gjelder rettsmedisinsk dokumentering heller.

Helsesektoren er kjent for store arbeidsmengder, tidspress og rollekonflikter som kan føre til samvittighetsstress (5). Emosjonell utmattelse kan ses på som spesielt relevant for sykepleiere i arbeid med overgrepsutsatte. Kompetanseheving og spesialisering kan øke muligheten for flere ansatte, som ikke er avhengig av erfaring alene for å gjøre jobben sin på en forsvarlig måte, uten selv å bli rammet av samvittighetsstresset og emosjonell utmattelse (8). Enkelte av informantene nevner problemer med søvn, som kan være forårsaket av stress og stor

belastning. Risikoen for utbrenthet kunne vært redusert ved å få økt personal, ressurser og mer bruk av vikarer.

Prioritering i helsevesenet – nytte, alvorlighet og kostnadseffektivitet (4). Pasientgruppen har rett til et gratis tilbud etter et overgrep, dette gjelder både vaksiner, nødprevensjon og prøvetakning. Pasienten bringer dermed ikke inn inntekt til fordel for avdelingen eller sykehuset. Nytt utstyr til avdelingen vil gi økt kostand for sykehuset, men sikrer at bevis er av høy standard, noe som gagnar pasientene. Flere av informantene poengterte også at mennesker i krise har veldig ulike reaksjoner, men at de fleste pasienter får en tidlig begynnelse på tilhelingen ved å oppsøke overgrepsmottaket, og at det danner grunnlaget for den videre helingen. Dette bekrefter Fehler-Cabal i sin studie (9).

Seksuelle overgrep er et globalt helseproblem, som det bør satses på med økt interesse fra ledelse og politikere, mener Maier (11). Informantene føler på lite annerkjennelse for jobben de gjør. Enkelte av informantene føler seg utsatt ved budsjettkutt eller nedskjæringer, enkelte sier også at å måtte kjempe for sin jobb og pasientgruppen er belastende over tid. En øket satsning innen seksuelle overgrep både i forhold til ressurser og kompetanse kan være med å dempe mørketallene og bidra til å få samfunnsproblemet frem i lyset. Med økt grad av empati og billigere driftskostnader hos sykepleiere, mener Toon (13) at spesialiserte sykepleiere kan få større ansvar enn de har per dags dato, uten å erstatte legene. Her legger også Skaara vekt på det rettsmedisinske dokumentasjonssystemet (14).

### ***Kompetanseheving – samtidskonflikter***

Enkelte av informantene beskriver å ha opplevd samtidskonflikter med leger som går bakvakt. Legene har ansvar for flere avdelinger, og er ikke alltid tilgjengelig når en pasient ankommer overgrepsmottaket, noe som fører til at pasienten må vente lengre enn nødvendig, og bevismateriale risikerer å kontamineres.

Etter #metoo har overgrepssaker blitt veldig aktuelt, og det stilles spørsmål til hvorfor det ikke er mer satsning innen seksuelle overgrep (14). Med økte ressurser og kompetanse kan sykepleieren nå ut til flere, og flere kan tørre å oppsøke hjelp (11). En av ti norske kvinner har blitt utsatt for overgrep, og en av fem av disse før fylte 18 år og en tredjedel av disse forteller aldri noen om overgrepet (2). Campbell (12) ser også at det er et skille mellom sykepleiere med spesialistutdanning, og vanlige sykepleiere ved akuttmottak. Sykepleiere med spesialisering er med på å få saker lengre i rettsvesenet (12), gir pasienten større kontroll og makt i situasjonen, ifølge Toon (13).

Persson presiserer i sin studie at økt kompetanse til sykepleiere kan være en faktor i å unngå skyld overgrepsutsatte føler (10). Kompetanseheving for sykepleiere ved overgrepsmottak gjør at man kanskje kan unngå samtidskonfliktene som kan oppleves med leger som jobber bakvakt ved at sykepleier får økt ansvar.

### ***Spesialisering innen overgrep***

Informantene er på kurs og undervisning en gang i året. Dette er det bare to av informantene som får delta på årlig, resterende må vente på sin tur. Flere informanter uttrykker ønske om mulighet for spesialisering innen seksuelle overgrep for sykepleiere. Dette tror noen av informantene kan være med på å øke interessen for pasientgruppen hos nyutdannede sykepleiere. I tillegg følte flere av informantene på usikkerhet i begynnelsen av arbeidet med overgrepsutsatte. Informantene som omtalte dette, beskrev dette som et ukjent område som de ikke hadde lært om i sine studier. Informantenes kompetanse er tilegnet gjennom praksis, kolleger og de årlige kursene.

Benner og Wrubel (3) mener at teoriutviklingen hos en sykepleier er det som danner grunnlaget for god sykepleiefaglig praksis. Dette er ett av argumentene for at en profesjonsrettet spesialistutdanning kan være nødvendig. Pasienter utsatt for seksuelle overgrep er svært sårbare, og har vært utsatt for en av de mest krenkende handlingene et menneske kan utsettes for (2).

En god medisinsk undersøkelse med bevissamling sikrer at rettighetene til pasienten er ivaretatt. Sykepleiere kan bidra til at anmeldelser gagnar pasienten hvis bevisene er sikret på riktig måte – dette krever god klinisk og teoretisk kompetanse (12). Informantene i denne studien har vært med på å utvikle overgrepsmottaket til det høyt anerkjente det er i dag. Men det stilles spørsmål til hvorfor det ikke satses mer på kompetanseheving innen seksuelle overgrep. Informantene er villige til å delta i en formell spesialiseringsutvikling i Norge. Den kliniske fagstigen er et godt alternativ til en formell utdanning (8). Videre viser forskning at sykepleiere med spesialisering i seksuelle overgrep sikrer bedre ivaretagelse, bedre bevisbehandling, samt mer systematisk og effektiv arbeidsmetode (13). Sykepleieren blir den ansvarlige, og legen bistår der det er behov. De er med å starte prosessen med tilheling tidlig, med kompetanse til å ivareta både det medisinske og rettsmedisinske i en sak, ifølge Fehler-Cabal (9).

### ***Styrker og svakheter ved studien***

En av svakhetene ved denne studien er at data er samlet kun ved ett overgrepsmottak. Det meste av forskningen tatt i bruk stammer fra USA, som har et velutviklet fagfelt innen forensic nursing. Valgt metode ga et dypdykk i det å jobbe med overgrepsutsatte pasienter, og hvordan dette kan påvirke informantene i det daglige. Intervjuguiden er generell, og for å spisse studien kunne vi fokusert mer på enkelte tema (16). Vi intervjuet mange informanter, dermed ble datamaterialet omfattende. Styrken i dette er at vi fikk sett flere nyanser av sykepleie til denne pasientgruppen, og fikk flere forskjellige synspunkt. Analysen av dataen

gjorde at datamaterialet ble oversiktlig og systematisk ved bruk av tabeller og kategorisering (16). Vi fikk god kjennskap til datamaterialet, som bidro til økt forståelse av temaet.

## **Konklusjon**

Informantene i denne studien er erfarne og kompetente i arbeid med overgrepsutsatte pasienter. De ønsker å se en videreutvikling innenfor sykepleie til overgrepsutsatte de kommende årene, med økte ressurser til mottakene i landet, og kompetanseheving i form av flere kurs og en spesialistutdanning.

Det er fortsatt behov for en betydelig satsing ved overgrepsmottakene både faglig og ressursmessig, slik at det er et likeverdig tilbud i hele landet. Den kliniske fagstigen til Norsk sykepleieforbund (8) er et godt alternativ for å utvikle spesialkompetanse innen feltet, og kan fungere som en motivasjon for å fokusere på sykepleie til overgrepsutsatte som en karriereutvikling. En videreutdanning innen rettsmedisin og seksuelle overgrep kan være et ledd i å øke rekrutteringen av sykepleiere og gjøre det mer attraktivt å jobbe ved overgrepsmottak, ved å få anerkjennelse for profesjonen man har valgt.

For å sikre et likt tilbud til pasientene er det viktig med sykepleiere som er erfarne, kompetente og som føler seg trygge i jobben, som gjør at bevissikring og helhetlig pasientomsorg blir ivaretatt. I tråd med økte henvendelser til overgrepsmottaket, vil det i fremtiden være behov for mer ressurser, herunder også satsning fra politikere og sykehusadministrasjonen for økonomisk støtte. Denne studien er med på å gi et innblikk i hvordan sykepleiere ved overgrepsmottak opplever sin jobb, med fokus på behov for ressurser og kompetanseheving. Til tross for studiens svakheter er det mange likhetstrekk i tidligere forskning, noe som styrker konklusjonen i denne studien.



## Kildeliste

1. Amnesty [Internett]. Oslo: Amnesty; 2011 [hentet 10. april 2020]. Tilgjengelig fra: <https://amnesty.no/voldtekt-og-menneskerettigheter>
2. Waitz HM, Thorleifsson E. Seksuelle overgrep angår oss alle. Tidsskr Nor Legeforen [Internett]. 2020;4. Doi: 10.4045/tidsskr.20.0183
3. Kristoffersen NJ. Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Skaug EA, redaktør. Grunnleggende sykepleie bind 1. Oslo: Gyldendal; 2011. s. 207-280.
4. Nordtvedt P. Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2016. 288 s.
5. Kristoffersen NJ. Stress og mestring. I: Skaug EA, redaktør. Grunnleggende sykepleie bind 3. Oslo: Gyldendal; 2011. s. 133-196.
6. Wyller VB. Syk 2: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm; 2014. 1277 s.
7. Straffeloven. 2005. Lov om straff m.v. av 2005-05-20 nr 28.
8. Kristoffersen NJ. Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Skaug EA, redaktør. Grunnleggende sykepleie bind 1. Oslo: Gyldendal; 2011. s. 160-206.
9. Fehler-Cabral G, Campbell R, Patterson D. Adult sexual assault survivors' experiences with sexual assault nurse examiners (SANEs). *J Interpers Violence*. 2011;26(18):3618-39. Doi: 10.1177/0886260511403761.
10. Persson S, Dhingra K, Grogan S. Attributions of victim blame in stranger and acquaintance rape: A quantitative study. *Wiley J Clin Nurs*. 2018;27:2640-49. Doi: 10.1111/jocn.14351.
11. Maier SL. Sexual assault nurse examiners' perceptions of funding challenges faced by SANE programs: "It stink". *J Forensic Nurs*. 2012;8(2):81-93. Doi: 10.1111/j.1939-3938.2011.01126.x.
12. Campbell R, Bybee D, Townsend SM, Shawn J, Karim N, Markowitz. The impact of sexual assault nurse examiner programs on criminal justice case outcomes: a multisite replication study. *Violence Women*. 2014;20(5):607-25. Doi: 10.1177/1077801214536286

13. Toon C, Gurusamy K. Forensic nurse examiners versus doctors for the forensic examination of rape and sexual assault complainants: a systematic review. 5. Utg. Oslo: The Campbell Collaboration; 2014. 56 s. Doi: 10.4073/csr.2014.5.
14. Skaara M. Ønsker videreutdanning om seksuelle overgrep [Internett]. Sykepleien; 25-10-2010 [hentet 04-05-2020]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2010/10/onsker-videreutdanning-om-seksuelle-overgrep>
15. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder. 1. utg. Oslo: Gyldendal; 2010. 288 s.
16. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 5. utg. Oslo: Gyldendal; 2013. 257 s.
17. NTNU. Behandle personopplysninger i student- og forskningsprosjekt. [Internett]. Trondheim: NTNU; 2019 [hentet 14.05.2020]. Tilgjengelig fra: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Behandle+personopplysninger+i+student-+og+forskningsprosjekt#section-Behandle+personopplysninger+i+student-+og+forskningsprosjekt-Kontakt>
18. NTNU. Oppmøte og besøk på campus. [Internett]. Trondheim: NTNU; 2020 [hentet 28.05.2020]. Tilgjengelig fra: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Oppm%C3%B8te+og+bes%C3%B8k+p%C3%A5+campus#section-Oppm%C3%B8te+og+bes%C3%B8k+p%C3%A5+campus-Retningslinjer+for+fysisk+oppm%C3%B8te+p%C3%A5+campus>
19. SSB. Befolkning [Internett]. Norge: Statistisk sentralbyrå; 2020 [hentet 09.05.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>

## Vedlegg 1 – Intervjuguide

### Introduksjon

- Hva er din profesjon?
- Hvor mange år har du jobbet ved overgrepsmottaket?
- Hvor har du jobbet tidligere?

### Møte med pasienten

- Hvordan møter man de som er utsatt for seksuelle overgrep på best mulig måte? (Har du en oppfatning av hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for det?)
- Hvordan opplever du det å vinne tillit og knytte en relasjon til noen i en slik situasjon?
- Hvordan oppleves det å møte og håndtere pårørende?
- Hvordan er det å håndtere svært emosjonelt påvirkede (også sinte), psykisk ganske syke eller berusede pasienter som kommer til dere?
- Hvordan møter du menn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep?
- Hvordan takler man det dersom du opplever følelser av å ikke tro på pasientenes historie?
- Hvordan får dere pasienten til å gi deg klærne sine, og hvordan oppleves dette for deg som sykepleier?
- Hvordan legger dere fram ønske om å få noen til å signere på fritak og samtykke i en slik akutt stress-situasjon?

### Sykepleiers rolle

- Hvordan ser du som sykepleier på det tekniske i jobben? Hvordan balanserer du det tekniske som sporsikring, bilde og det rettslige aspektet, opp mot det emosjonelle aspektet av jobben.
- Hvordan opplever du det å utføre prosedyrer slik som blodprøvetaking, medikamenter og vaksineringer i disse sakene? Hvilke stressmomenter oppstår i en slik situasjon?
- **Hvilke fysiske, psykiske, emosjonelle reaksjoner kan oppstå hos deg, i selve møtet, og i etterkant av møtet med pasient.**
- Hvilken støtte opplever du å trenge på en slik arbeidsplass? (Hvilke tilbud har dere ansatte på arbeidsplassen?)
- Hvilke personlige egenskaper tror du er nødvendig i denne jobben?
- Hvordan fungerer samarbeidet med legene, både på vakt og i etterkant i teamet?

- Hvordan fungerer samarbeidet med de andre sykepleierne som ikke jobber med voldtektssaker, er det status eller stigma å jobbe i dette feltet?

#### Avslutning

- Hvordan mener du fagfeltet kan forbedres og videreutvikles i fremtiden?
- Sluttkommentar, noe mer du ønsker å fortelle/tilføye?

## Vedlegg 2 – Samtykkeskjema



NTNU Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

### INFORMASJON SAMTYKKE TIL INTERVJU

VÅR 2020

“Sykepleie til pasienter som er utsatt for seksuelle overgrep”

#### **Bakgrunn og formålet**

Formålet med dette prosjektet er å gjøre en kvalitativ datasamling med ansatte ved overgrepsmottaket ved St. Olavs hospital i Trondheim, for å undersøke i hvilken grad sykepleiers helse påvirkes i arbeidet med pasienter utsatt for seksuelle overgrep.

#### **Deltakelse**

Kriteriene for å delta på fokusgruppeintervjuet er at du er autorisert sykepleier, arbeider ved Overgrepsmottaket ved St. Olavs Hospital

#### **Hva innebærer deltagelse i studien?**

Vi skal gjennomføre en kvalitativ datasamling i samarbeid med ansatte i SO-teamet, i form av intervjuer. Det vil bli brukt en godkjent intervjuguide for å sikre struktur og system underveis i datasamlingen. Intervjuene blir satt til ca. 1,5 time hvor tidspunkt avtales med deltakeren. En student vil holde intervjuet og den andre vil notere det som blir sagt, da vi ikke har myndighet til å ta opp på lydbånd.

#### **Hva skjer med informasjonen?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informasjonen som registreres om deg/dere skal brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som registreres om deg og rett til å korrigere eventuelle feil i opplysningene som er registrert. Alle opplysninger vil bli anonymisert. Det vil ikke bli oppgitt navn,

fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. Informasjonen vil bli anonymisert og vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven.

Prosjektet skal avsluttes våren 2020. Opplysninger, lydopptak og transkribering vil da bli slettet eller makulert etter prosjektets slutt.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn, uten at dette vil få noen konsekvenser for deg. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet så lenge de ikke er publisert.

### **Taushetsplikt**

Forskere og veileder har taushetsplikt. Informasjonen fra informant og erfaringer fra sykepleieutøvelsen vil bli anonymisert slik at det ikke kan identifiseres. Det skal ikke være mulig å gjenfinne koblinger mellom informasjon og informant.

Ansvarlig institusjon for denne oppgaven er NTNU institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

### **Samtykke til deltakelse**

Ved å stille til intervju har du bekreftet at du har mottatt og forstått informasjonen som ble presentert. Du har også muntlig samtykket til at du er villig til å delta i studien.