



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Prosjekt innland, fagartikkel

Hvordan sykepleiere møter overgrep utsatte kvinner, menn og transpersoner i et overgrepsmottak

Innleveringsdato: 3.6.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10026

Antall ord: 4421

Sammendrag

Introduksjon:

Denne studien har den hensikt å utforske hvordan sykepleiere møter overgrepsutsatte kvinner, menn og transpersoner i et overgrepsmottak. Fagartikkelen tar for seg hvordan sykepleiere møter kvinner, menn og transpersoners reaksjoner og behov i etterkant av et overgrep. Artikkelen drøfter funn i lys av faglig forankret forskning, litteratur og lovverk.

Metode:

For å få innsikt i informantenes opplevelser er det valgt en kvalitativ metode. Det ble gjennomført 8 semistrukturerte intervju med sykepleiere som jobber ved et overgrepsmottak i Norge. Intervjuene ble gjennomført våren 2020. Datamaterialet ble analysert ved bruk av en kombinasjon av meningskoding, meningsfortetning og meningsfortolkning.

Resultat:

Studien finner at informantene møter pasientene med respekt og verdighet, med hensyn til at pasienten er hudløs og sårbar. Informantene møter pasienten med tid til informasjon og tydeliggjøring av at alt skjer på pasientens premisser. Dette gjøres for å gi pasienten en følelse av makt og unngå å utsette dem for nye krenkelser eller følelse av overgrep. Informantene understreker at helsehjelp ytes uavhengig av kjønn, med hensyn til de utfordringene og belastningene et overgrep kan medføre, særlig hos menn og transpersoner. Utgangspunktet for sykepleien som gis er pasientens egen opplevelse, snarere enn hva sykepleieren opplever som sant eller ikke. I situasjoner hvor informanter har opplevd å ikke tro eller tvile på pasientens fortelling, poengteres det at helse og trygghet er utgangspunkt for hvordan sykepleierne møter overgrepsutsatte kvinner, menn og transpersoner.

Konklusjon:

Studien belyser noe av den brede kunnskapen og kompetansen informantene har i møte med kvinner, menn og transpersoner som er utsatt for seksuelle overgrep. Informantene fremstår å være bevisst sitt etiske og juridiske ansvar, og reflekterer rundt utfordringer som kan oppstå. Pasientens forståelse av egen situasjon, er utgangspunktet for helsehjelpen og omsorgen som gis, uten at sykepleier forsøker å avklare pasientens «sannhet». Med dette finner studien at informantene møter sine pasienter med respekt, verdighet og hensyn til hvert enkelt menneskes reaksjoner og behov. Funnet fra studien kan tyde på at fremtidig forskning bør inkludere et større utvalg, blant annet menn og transpersoner.

Abstract

Introduction:

The aim of this study is to explore how nurses encounter sexually assaulted women, men and transgender people at a sexual assault referral center (SARC) in Norway. The article deals with the subjects regarding how nurses meet the patients reactions and needs, in the aftermath of sexual assault.

Method:

In order to gain insight in the participants `descriptions and experiences from working at a SARC, a qualitative method had been chosen. Eight semi-structured interviews with the nurses working at the SARC, were conducted during the spring of 2020. The data was analyzed using a combination of coding, condensation and interpretation of meaning units.

Result:

The study finds that the participants encounter the patients with respect and dignity, with awareness of the patients being in a state of crisis and vulnerability. Several participants emphasize time for information and clarification of the fact that everything will be conducted on the patients premises. This is reasoned with the participants intention of giving the patient a sense of power, in order to create a relation, trust and provide safety. This is further reasoned in avoiding exposing the patient to a new sense of trauma or offense. The participants emphasize that health care is provided regardless of gender or gender identity, considering to the challenges and hassles an abuse can cause, especially in men and transgender people. The basis of the care that is provided, is consideration for the patient's own understanding of their experience, rather than what the nurses experience to be true or not. In situations where informants have experienced not believing, or doubting the patient's narrative, it is again emphasized that healthcare and care are the basis how nurses encounter sexually abused women, men and transgender people.

Conclusion:

The study highlights some of the broad knowledge and competence the informants have as they approach women, men and transgender people who are sexually assaulted. The informants appear to be conscious of their ethical and legal responsibilities, and reflect on challenges that may arise. The patient's own understanding is the basis of the health care and care provided, without the nurse attempting to clarify the patient's "truth". With this, the study finds that the informants meet their patients with respect, dignity and with regarding to the reactions and needs of each individual. Findings from the study may indicate that future research should include a larger sample, including men and transgender people.

Acknowledgements

«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)».

Introduksjon

Per i dag finnes det 24 overgrepsmottak i Norge, som ble organisert innunder spesialisthelsetjenesten i 2013 (1). Disse mottakene tilbyr gratis medisinske undersøkelser og behandling, juridisk rådgivning, samt veiledning og oppfølging til mennesker som er, eller mistenker å ha vært, utsatt for seksuelle overgrep eller voldtekt (1). Disse to begrepene, i tillegg til overgrep, omtales ofte om hverandre. Blant disse er det kun voldtekt som defineres i Straffeloven, som en del av seksuallovbrudd (2, Kap 26). I henhold til Straffeloven kategoriseres seksuallovbrudd inn i voldtekt, misbruk av overmaktsforhold, seksuell omgang med barn, samt incest. Strafferammen strekker seg fra bot til fengsel, med inntil 21 år ved grov voldtekt. Felles for disse handlingene er at de er begått ved bruk av tvang, makt eller trusler, mot noen som ikke samtykker eller av andre årsaker ikke er i stand til å samtykke til handlingen (2, Kap 26).

En norsk forekomststudie finner at 9,4% av kvinner og 1,1% av menn utsettes for en voldtekt, minst en gang i livet (3). Blant disse er det bare 1 av 10 som søker helsehjelp etter hendelsen. Politiets årsrapport over voldtektssituasjonen i Norge viser en tydelig økning i antall utsatte kvinner, men særlig menn (4). Til tross for økende antall anmeldelser, avdekker forekomststudier at det er svært få av voldtektene som anmeldes (3). Ifølge norske forekomststudier var det kun 10% av kvinnene, og 2 av 24 menn, som anmeldte saken til politiet (3). Rapporter og studier har til felles at de alle påpeker store mørketall over forekomst av voldtekt og seksuelle overgrep (3,4). Med dette anses voldtekt og seksuelle overgrep som et stadig økende samfunnsproblem i Norge (5).

Til tross for lavere forekomsttall av seksuelle overgrep mot menn, er det et stadig økende problem (4). Samfunnets holdning til at menn er overgriper, og ikke «offer», gjør det vanskelig for mennene å akseptere og forstå sine opplevelser som et reelt overgrep. Dette kan bidra til mer skam og stigma, fordi de har opplevd bryter med samfunnets forståelse av overgrep og mannlighetsidealer. Dette kan medføre at terskelen for å fortelle og søke hjelp blir svært høy, fordi de er redd for å ikke bli trodd og forstått (6). Skam og stigma blant menn kan lede til økt sannsynlighet for depresjon, angst, PTSD og selvmordstanker (7).

En norsk rapport omtaler seksuelle overgrep mot menn og LHBT-personer, herunder lesbiske, homofile, bifile og transpersoner, som en «usynlig gruppe» hvor det er store mørketall (6, s.40). Seksuelle overgrep mot transpersoner er en gruppe som i for liten grad er fanget opp av forekomststudier og anses som et kunnskapshull innen norsk forskning (6). Amerikanske studier finner at LHBT-personer er blant de som er mest sårbar og utsatt for voldtekt og seksuell vold (6). Per i dag finnes det ikke tilstrekkelig forskning til å anslå forekomst og prevalens, og dette anses som et kunnskapshull i norsk forskning. En canadisk studie, den første av sitt slag, fant at informantene opplevde å ha lite til ingen erfaring eller kompetanse i å møte overgrepsutsatte transpersoner (8). Den canadiske studien viser at nærmest alle sykepleierne i studien ønsket ytterligere opplæring og kunnskap innen mottak av pasienten, undersøkelser, behandling og oppfølging (8).

Sykepleiers møte med pasienten

Ved norske overgrepsmottak tar ofte sykepleierne de første prøvene før legen kommer, assisterer legen i undersøkelser, tar bilder til skadedokumentasjon, og er dermed en stor del av pasientforløpet (9). Helsedirektoratets veileder til helsetjenesten ved overgrepsmottak gir en detaljert oversikt over mottak, behandling og oppfølging av den overgrepsutsatte (10). Veilederen beskriver hvordan sykepleiere ofte utfører den første innledningssamtalen hvor det er fokus på å avklare hva som har skjedd, kartlegging av behov og bekymringer, samt informasjon angående mottakets tilbud og videre oppfølging (10).

Flere studier utforsker menneskers reaksjoner og behov etter et seksuelt overgrep (11–13). Disse har til felles at de finner behov for å bli trodd, få bekreftelse og forståelse av sykepleieren de møter i et overgrepsmottak. Studiene konkluderer med at et stort antall pasienter synes opplevelsene fra overgrepsmottak er positive, hvor de opplever å bli møtt med respekt, omsorg og sensitivitet (11,12). Negative opplevelser knyttes dog til sykepleiere som oppleves kalde og distanserte (12). Videre tydeliggjøres det at mangel på validering, informasjon og muligheter til å velge å ta pauser eller avbryte undersøkelsen, er avgjørende for om opplevelsen er positiv (13).

Helsedirektoratets veileder beskriver at menn har like psykiske etterreaksjoner som kvinner og dermed har samme behov for «...bistand, respekt, innlevelse og omsorg.» (10, s.30). Med hensyn til menns opplevelse av skam og stigma etter et seksuelt overgrep, kreves det særlig forståelse og innsikt fra hjelpeapparatet (10).

Et overgrep er en traumatisk krise hvor mennesket opplever sin fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet, som alvorlig truet (14, s.508). For å møte disse reaksjonene bør det i følge Aarre, 2018 settes inn tiltak med hensikt om å skape trygghet, ro og mestring for pasienten (15). I møte med mennesker som har opplevd å få sin identitet og egenverd truet, bør sykepleiere sikte på å virke styrkende og bevarende (16). Dette kan i henhold til Kristoffersen, 2016 være tiltak som å gi pasienten tid og rom for å dele sin historie, samt lytte til den (16). Ved å lytte til pasientens historie, gis det rom for at sykepleier forsøker å sette seg inn og forstå denne (17). Kari Martinsen mener dette er sykepleiers ansvar. Dette forutsetter at sykepleieren etterstreber å ikke bare sette seg inn i, men også forstå pasientens opplevelse av egen situasjon (17). Til sist bør det nevnes at sykepleier også står overfor et etisk og juridisk ansvar i møte med pasienter. Disse forpliktelsene nedfelles i Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (18). I henhold til retningslinjene er respekt for menneskets liv og iboende verdighet, grunnlaget for all sykepleie. Denne grunnsetningen gjenspeiles også i Helsepersonelloven, som sikrer faglig forsvarlig helsehjelp i henhold til pasienters rettigheter (19,20).

Begrepsavklaring og avgrensning av hensikt

I denne oppgaven er det valgt å bruke begrepet seksuelle overgrep (SO) når man omtaler voldtekt, seksuelle overgrep eller andre seksuelle krenkende handlinger. Begrepet er valgt da det synes å romme alle typer seksuallovbrudd.

Som nevnt er SO et samfunnsproblem, som dermed berører oss alle. Som fremtidig sykepleier vil man trolig møte noen som er i denne situasjonen, eller som tidligere har vært utsatt for krenkende seksuelle handlinger. Studien ønsker å utforske sykepleiers møte med den voksne pasienten i et OM, i akutfasen like etter et SO. Studiens hensikt er dermed å utforske;

Hvordan sykepleiere møter overgrepsutsatte kvinner, menn og transpersoner i et overgrepsmottak.

Metode

For å utforske hvordan sykepleiere møter pasienter i et overgrepsmottak, er det valgt en kvalitativ metode. Denne metoden ble valgt for å utforske informantens erfaringer og livsverden (21,22). Kvalitative forskningsintervju ble valgt da man ønsket å innhente nyanserte beskrivelser av sykepleiers erfaringer, samt forstå meningen i det som ble uttrykt (21). Undersøkelsen ble gjennomført våren 2020, ved et overgrepsmottak i Norge. I planleggingsfasen var det tiltenkt å utføre intervjuene ved overgrepsmottaket. Grunnet COVID-19-situasjonen ble intervjuene utført over telefon (23).

Rekruttering og utvalg

Avdelingslederen ved overgrepsmottaket rekrutterte 8 informanter. Disse var sykepleiere som var ansatt ved mottaket og oppfylte dermed inklusjonskriteriene. Informantenes arbeidserfaring ved overgrepsmottaket varierte fra noen år til flere tiår.

Kvalitative forskningsintervju

Det ble gjennomført 8 individuelle, semistrukturerte intervju. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide i samarbeid med en medstudent (Vedlegg 1). Denne ble godkjent av veileder fra NTNU. Intervjuene varte mellom 45 til 60 minutter og ble utført i løpet av 2 uker. Intervjuene ble utført over telefon, med unntak av ett intervju, som ble utført i et lukket samtalerom ved overgrepsmottaket. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål for å belyse ulike tema ytterligere, der det opplevdes naturlig.

Analyse

Intervjuene ble transkribert ord for ord, for å bevare samtalene på best mulig vis (21). Teksten ble bearbeidet til bokmål, ordfeil ble rettet opp og muntlige tilleggsord ble fjernet, noe som resulterte i 53 sider med datamateriale. Teksten ble deretter nøye gjennomlest og sentrale tema ble notert. Dette ble gjort sammen med medstudent. Datamaterialet ble analysert ved bruk av en kombinasjon av sortering av meningsbærende enheter, meningskoding, meningsfortetning og meningsfortolkning (21). Dette resulterte i funn som ble kategorisert i underkategori og hovedkategori. En systematisk fremstilling av analysen ses i Tabell 1.

Tabell 1. Eksempel på analyse fra meningsbærende enhet til funn (21).

Meningsbærende enhet	Meningsfortetning	Underkategori	Hovedkategori/Funn
«Man møter dem med verdighet og respekt, lyttende og henvendt. Dette er et frivillig og lavterskeltilbud, her kan man møte opp på døra som man er.» Informant 3	Møte dem med verdighet, respekt, lyttende, henvendt. Det er et frivillig lavterskeltilbud. Man kan komme som man er.	Med respekt og verdighet. Med tid, informasjon og frivillighet.	Hvordan sykepleiere møter overgrepsutsatte.
«Det kan være utfordrende, man må	Kan være utfordrende. Bruke		

bruke tid, ikke rushe og inn i undersøkelser, ta seg god tid til informasjon, roe situasjonen. Man må møte de med respekt og forståelse for å trygge.» Informant 6	tid, ikke hastverk. Tid til informasjon, ro. Møte med respekt og forståelse for å trygge.		
---	---	--	--

Forskningsetiske betraktninger

Det var frivillig å delta i undersøkelsen, noe informantene fikk informasjon om før hvert intervju. I forkant av intervjuene ble det innhentet muntlig samtykke grunnet COVID-19, jf. NTNU sine retningslinjer (Vedlegg 2, 23). Informantene fikk informasjon om studiens hensikt og det ble gitt informasjon om at de når som helst kunne trekke seg eller velge å ikke svare på enkelte spørsmål. Datamaterialet er omskrevet og anonymisert, og ble behandlet konfidensielt. Prosjektet ble godkjent av NTNU og infrastrukturen Fremtidens Operasjonsrom (FOR), St.Olavs Hospital.

Resultat

Som fremstilt i Tabell 2 viser resultatene følgende hoved- og underkategorier. Informantene er nummerert med nummer (1-8).

Tabell 2. Oversikt over hovedkategorier og underkategorier.

Hovedkategorier	Hvordan sykepleiere møter overgrepssatte	Hvordan sykepleiere møter overgrepssatte menn og transpersoner	Har sykepleier opplevd å ikke tro på pasienten?
Underkategorier	<ul style="list-style-type: none">- Med respekt og verdighet- Med tid, informasjon og frivillighet	<ul style="list-style-type: none">- Med anerkjennelse og bekreftelse- «Det er ukjent tema»	<ul style="list-style-type: none">- «Jeg velger å tro...»- «Ja det har jeg opplevd»

Hvordan sykepleiere møter overgrepssatte

Med respekt og verdighet

I sine beskrivelser av hvordan de møter overgrepssatte mennesker, legger mange av informantene vekt på å møte dem med respekt og verdighet. Med denne beskriver en informant at man må innse at pasienten er hudløs, og at de skal møtes med respekt uavhengig av bakgrunn og tilstand. Disse begrepene beskrives som virkemidler for å opprette tillit, relasjon og trygghet for pasienten.

Med verdighet og respekt, lyttende og henvendt. (7)

Det er selvfølgelig med respekt. (8)

Med tid, informasjon og frivillighet

Informantene beskriver videre hvordan de går frem når de møter pasienten etter et overgrep. En av informantene forteller at det kan være utfordrende, men at man må bruke tid og ikke forhaste seg under undersøkelser. Videre beskriver informanter bruk av tid til å gi informasjon og for å roe situasjonen. Flere av informantene forteller at de understreker tilbudets frivillighet og at alt skal skje på pasientens premisser. Dette begrunner de med at man ikke ønsker å utsette pasienten for en ny krenkelse og unngå at de gjennomgår et nytt traume.

Jeg er rask med å si at alt er frivillig, spesielt siden de nettopp har vært utsatt for noe som ikke er frivillig, men her er alt frivillig. (3)

De skal ikke utsettes for overgrep igjen, alt skjer på deres premisser, om de vil anmelde, om de vil være der. Om de ikke vil si noe, er det greit. (2)

Hvordan sykepleiere møter overgrepsutsatte menn og transpersoner

Med anerkjennelse og bekreftelse

Studien viser at de fleste av informantene har møtt overgrepsutsatte menn. De fleste forteller at de opplever dette som likt med kvinner, og uttrykker at de har samme krisereaksjoner og dermed like behov for hjelp og tilbud som andre. Noen av informantene legger dog til at menn ofte kan føle mer skam og skyld i forbindelse med et overgrep, som følge av forventninger om at de skal være «store og sterke». Flere av informantene opplyser at det ikke er mange saker som involverer overgrepsutsatte menn. Noen av informantene understreker at det derfor er svært viktig å anerkjenne at mennene oppsøker OM, og bekrefte at det er riktig at de kommer og får hjelp. Flere informanter benevner skyld og skam som medvirkende til at mange menn ikke oppsøker overgrepsmottak i etterkant av et overgrep. Dette uttrykker flere informanter, som en trolig årsak til store mørketall som flere også bemerker.

Det er ikke så veldig annerledes. (1)

Vi har ikke så mange. Men de er samme pasienter som jenter, man møter dem på samme måte. (5)

Jeg tror det er mange som sitter med skyld og skam, og at det er roten. «Hvorfor slo jeg bare ikke den som gjorde det, gjorde mer motstand».

De går jo inn i sjokk og krisereaksjoner de også. (7)

«Det er et ukjent tema»

Det fremkom at noen få informanter har møtt overgrepsutsatte transpersoner, eller personer i en prosess hvor de skifter kjønn. De nevnte dog at disse sakene er av de sjeldne, men at det trolig er store mørketall. En av informantene fortalte at et seksuelt overgrep kan være ekstra belastende og at det kan føre til at de havner i en større krise. Informanten understreker at dette er et ukjent tema, men at åpenhet er med på å bryte stigma.

Det er veldig belastende for dem, de har nok opplevd mye med tanke på dette.

Det kommer frem mer på grunn av åpenhet og bryting av stigma. (3)

Disse bærer gjerne på ekstra mye skam. (6)

Dette er viktig å snakke om, man tenker ikke over det. (3)

Har sykepleier opplevd å ikke tro på pasienten?

«Jeg velger å tro...»

Mange av informantene deler at de aldri har opplevd å ikke tro pasientens historie. Flere av informantene sier at det å tro på pasientens historie er «... et valg, hva man ser som sin oppgave». Noen av informantene understreker at det ikke er deres jobb å finne ut av pasientens sannhet, utføre et avhør eller være etterforskere. Flere av informantene understreker at deres jobb og ansvar er å ivareta pasientens helse.

Nesten ikke. Jeg velger å tro på historien. Jeg er opptatt av helsen. (1)

Det er ikke vår jobb å finne ut pasientens sannhet. (3)

Du må bare yte helsehjelp som vanlig, vi skal ikke gjøre noe avhør. (4)

«Jeg har opplevd det»

Av de som har opplevd å ikke tro pasienten, forteller en informant at det kan omhandle personer som har hatt en vanskelig barndom og trenger noen å prate med. En annen informant forteller at det kan gjelde gjengangere som har en tøff bakgrunn, som «... vil ha omsorg fra oss, noe de får». Informantene som deler at de har kjent på tvil eller ikke trodd på det pasienten forteller, understreker at deres jobb ikke er å avgjøre hva som er sant eller realiteten. Alle informantene poengterer at deres ansvar er pasientens helse, og at de skal føle seg trygg når de drar fra overgrepsmottaket.

Når de først tar kontakt er det viktig at vi gir den hjelpen vi skal gi. (3)

Jeg har opplevd det. Det må jeg bare skyve unna og tenke at det er ikke min jobb å avgjøre realiteten. (7)

Diskusjon

Hvordan sykepleiere møter overgrepssatte kvinner, menn og transpersoner i et overgrepsmottak.

Studiens hensikt har vært å utforske hvordan sykepleiere møter overgrepssatte kvinner, menn og transpersoner i et overgrepsmottak. For å belyse dette vil informantenes beskrivelser og opplevelser diskuteres i lys av forskning med sykepleier- og pasientperspektiv, faglitteratur og lovverk.

Hvordan sykepleiere møter overgrepssatte

Med respekt og verdighet

Respekt for den enkeltes liv og iboende verdighet er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (18). Dette grunnlaget baner vei for all sykepleiepraksis, som skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Funn fra intervjuene antyder at informantene deler samme verdigrunnlag. Informantene nevner en rekke verdier i møte med pasienten, hvorav respekt og verdighet er de som oftest blir gjentatt, og forstås dermed som de mest sentrale verdiene. Det fremstår at informantene forsøker å møte sine pasienter med nevnte verdigrunnlag, for å skape tillit og relasjon til den enkelte (16). Forskning som belyser møtet mellom pasient og sykepleier, fra pasientens ståsted, finner at møtene er nesten utelukkende en positiv opplevelse for pasienten (12,13). Felles for disse studiene er sykepleierens evne til å opptre omsorgsfull, medfølende, respektfull, ikke-dømmende og gi pasienten makt og valgmuligheter (12,13). Det kan tenkes at informantenes formidling av respekt og verdighet har stor betydning for pasientens opplevelse av møtet med sykepleier.

Med tid, informasjon og frivillighet

Et overgrep kan oppleves som et totalt tap av kontroll, makt og trygghet, hvor den overgrepssatte kan strides mellom ambivalente behov for fortrenning og erkjennelse av hendelsen (11). I møte med pasienten, beskriver informantene at de bruker mye tid til å roe situasjonen, gi informasjon om hva som skal skje og er tydelige på at alt skjer på pasientens premisser. Dette forstås som virkemidler for å møte de reaksjonene og behovene pasientene kan ha etter et overgrep. I lys av ulike forskningsartikler kan det tenkes at pasientens behov for å gjenvinne kontroll og følelse av makt, dekkes i form av at informantene bruker mye tid og tydelig informasjon (11–13). Virkemidler som tid, informasjon og frivillighet, oppleves å være av stor betydning for pasientens opplevelse av trygghet.

Pasienters negative opplevelser omhandler situasjoner hvor det har vært mangel på nevnte virkemidler, slik som mangelfull informasjon og hastverk (12). Dette kan medføre tap av kontroll og forutsigbarhet, hvor utrygghet kan være et resultat. I møte med berusede pasienter, forteller flere informanter at det gjøres en vurdering av pasientens evne til samtykke. Ved å forsikre seg om at pasienten er i stand til å samtykke til undersøkelser og ta imot nødvendig informasjon, forstås det at informantene i studien møter pasientens rett til samtykke, medvirkning og informasjon i henhold til lovverk (20, Kap 2-3). Imøtekommelse av disse rettighetene er i tillegg et juridisk ansvar som tilfaller sykepleieren som helsepersonell (19, Kap 2). Til sist kan dette således forstås som et yrkesetisk anliggende, herunder ansvar om å ivareta pasientens rett til faglig forsvarlig

hjelp, medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket (18, § 2). Med dette oppleves det at informantene er bevisst sitt ansvar og opptrer i henhold til retningslinjer og lovverk.

Hvordan sykepleiere møter overgrep utsatte menn og transpersoner

Ved spørsmål om hvordan informantene møter overgrep utsatte menn besvarer noen informanter at dette oppleves som likt med hvordan de møter kvinner. En av informantene begrunner dette med at menn har de samme reaksjonene og behovene i etterkant av overgrep. Informanten legger dog til at menn opplever mer skam og skyld i etterkant av et overgrep. Disse besvarelsene vekker dermed et spørsmål om hvorvidt menns opplevelser og behov etter et overgrep, overensstemmer med kvinners. Helsedirektoratets veileder uttrykker at kvinner og menn har like reaksjoner og behov i etterkant av et SO (10). Flere av informantene beskriver møtet som likt med kvinner, at de har de samme behovene for helsehjelp og omsorg som kvinner. Med dette forstås det at informantene ved overgrepsmottaket utøver helsehjelp og omsorg uavhengig av pasientens kjønn eller bakgrunn.

Sykepleietiltak må ta sikte på å styrke og bevare pasientens identitet og egenverd, i form av å lytte, gi pasienten rom for å dele, samt anerkjenne deres tanker og følelser (16). Det kan tenkes at disse tiltakene er særdeles viktig i møte med menn, som i større grad enn kvinner opplever skam og stigma etter et SO (6). Fag- og forskningslitteratur finner at menns opplevelse av skam og stigmatisering er forbundet med normative fremstillinger av menn (5,7,10). Disse fremstillingene kan skape et ideal av den overgrep utsatte mannen, og i samfunnet for øvrig (6). Dette idealet kan gjøre det utfordrende å erkjenne at de er utsatt for et overgrep, søke hjelp eller anmelde hendelsen, i frykt for å ikke bli trodd (4,6). Dette kan være medvirkende årsaker til at det i snitt tar menn 17,2 år før de forteller noen at de er utsatt for et overgrep (6). Dette kan tyde på at menn i større grad har behov for å få overgrepet, sine følelser og reaksjoner bekreftet og anerkjent, samt få støtte på at de «som menn», oppsøker overgrepsmottak. I møte med menn, bør sykepleiere ta sikte på å gi helsehjelp uavhengig av kjønn, gi omsorg og støtte for å motvirke skam og stigma. En informant fra egen studie forteller at man med hensyn til dette, er tydelig på å anerkjenne og rose pasienten i at det er riktig at han kommer, og at han har rett til hjelp. Med dette oppleves det at informanter fra studien er kjent med utfordringene og belastningene menn kan møte på, og tilpasser sykepleien etter disse hensynene.

«Det er et ukjent tema»

Ved spørsmål rundt informantenes møte med menn fremkom det et interessant funn. Noen få informanter fortalte om møter med transpersoner eller personer i en kjønnskifteprosess. Dette møtet beskrev de som annerledes og utfordrende, med tanke på utfordringer og belastninger som pasienten kan ha opplevd i sin situasjon. Slike saker oppgis å være svært sjeldne ved dette OM, noe bare et fåtall av informantene har opplevd. Man bør dermed være forsiktig med å generalisere resultatene og tilskrive informantene og pasientene opplevelser, reaksjoner og behov på bakgrunn av et lite utvalg og en lite utforsket pasientgruppe (6,21). I lys av forskning kan det tenkes at informantene fra egen studie, også kan ha nytte av mer opplæring innen mottak, behandling, veiledning og oppfølging av transpersoner (8). Manglende kompetanse skaper en barriere for både pasient og helsepersonell. Det kan være seg hvordan man tiltaler pasienten, anatomisk kunnskap, og evne til å utøve sykepleie med hensyn til at pårørende og partner ikke nødvendigvis kjenner til pasientens bakgrunn (8). I fremtidig opplæring, kurs og

prosedyrer er det viktig å inkludere denne pasientgruppen, ved å spre kunnskap og skape rom for refleksjon. På den måten kan sykepleiere bli mer rustet og forberedt på slike møter. Til sist bør det nevnes at utenlandske forekomststudier finner at LHBT-personer, herunder transpersoner, er mer utsatte for SO enn heterofile (6). I lys av dette oppleves det å være et behov for forskning som inkluderer et større utvalg av LHBT-personer og andre kjønns- og etnisitetsminoriteter, for å utvikle tiltak innen forebygging, imøtekomme og oppfølging (6).

Har sykepleier opplevd å ikke tro pasienten?

«Jeg velger å tro på pasienten»

Informantene fra studien beskriver at troen på pasientens historie er et valg man tar. En av informantene beskriver pasientens historie og opplevelse som deres «sannhet». Flere informanter forteller at deres ansvar ikke ligger i å avgjøre pasientens opplevelse, men å lytte, anerkjenne og gi helsehjelp med utgangspunkt i deres behov. Det forstås dermed at informantene tar et valg om å ha fokus på pasientens behov for helsehjelp, omsorg og støtte, heller enn å utforske og forsøke å finne en «sannhet». Denne holdningen fremstår å samsvare med det ansvaret sykepleieren har om å ta utgangspunkt i pasientens egen opplevelse og utøve sykepleie deretter (17). Ansvaret omfatter også at sykepleieren forsøker å sette seg inn i, og forstå, denne opplevelsen (17). Ved å gi pasienten rom for å dele sin sannhet, lytte og anerkjenne den, kan det tenkes å gi sykepleieren innsikt og forståelse (16). I lys av egen studie, fremstår det at informantenes bruk av lytting og anerkjennelse av det pasienten forteller, er grunnleggende for hvordan de formidler at de tror på pasienten (16,17).

«Ja det har jeg»

Noen av informantenes opplevelser av å ikke tro eller tvile på pasienten, forstås i denne sammenheng som et etisk anliggende. Ettersom det gis rom for refleksjon og diskusjon i etikk (Nortvedt), vil det derfor drøftes hvilke konsekvenser tro eller tvil kan ha for møtet mellom pasient og sykepleier.

Funn fra annen forskning viser at det er svært viktig for pasienten å bli trodd og få sine opplevelser validert (12). Dersom sykepleieren ikke beskriver funn av skader, kan det for pasienten oppfattes som en avkreftelse av at overgrep har skjedd. Dette kan skape tvil ved overgrep, som dermed kan resultere i at pasienten opplever å ikke bli trodd (12). Informantene som forteller om tvil eller å ikke ha trodd på pasienten, legger dog til at dette ikke skal gå utover helsehjelpen som gis. Det fremstår dermed at informantene er svært bevisst deres ansvar om å utøve sykepleie med hensyn til pasientens egen opplevelse og behov. Med dette bør sykepleiere være bevisst at tvil kan ha stor betydning for pasientens opplevelse av å bli trodd i etterkant av et SO.

Menn har fortalt at de i frykt for å ikke bli trodd, velger å ikke oppsøke et overgrepsmottak (6,7). Hemmelighold blir isteden en mestringsstrategi for å håndtere eller undertrykke følelser av ødelagt selvbilde, selvforakt og skam (6). Litteratur antyder at konsekvensene av hemmelighold kan føre til økt sannsynlighet for angst, depresjon, selvmordstanker og at menn faller ut av utdanning, arbeid og sitt sosiale nettverk (6,7). Informantenes formidling av tro og tillit til pasienten, kan dermed tenkes å forhindre langsiktige og negative konsekvenser hos menn (7).

Til sist bør det nevnes at tro eller tvil på pasientens historie er en tematikk som bør gis større rom for diskusjon i sykepleiefaget. Til tross for sykepleieres grunnleggende respekt

og omsorg for pasienten, bør det anerkjennes at tvil er noe enhver sykepleier kan oppleve. Evnen til å anerkjenne og reflektere over dette, vil kunne tenkes å gjøre sykepleieren bedre kjent med egne holdninger og verdier. Evne til refleksjon er i tillegg et etisk ansvar som er nedfelt i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (18).

Metodediskusjon

En av studiens styrker er valg av kvalitativ metode og semistrukturerte forskningsintervju. Valgt metode viste seg å være godt egnet til å føre samtaler «...som krever ettertanke og trygghet.» (22, s.2469). Dette bidro til at informantene fikk rom for å beskrive og fortelle om sine opplevelser. Informantene fremstod svært interesserte i tematikken og delte ivrig av sine erfaringer. Blant utvalget var det stor forskjell på arbeidserfaring, noe som kan bidra til nyanserte og komplekse besvarelser. Dette kan tenkes å gjøre utvalget mer representativt. Det meste av fag- og forskningslitteraturen er utgitt i løpet av de siste 10 årene, med unntak av en eldre utgivelse hvor innholdet vurderes å fortsatt være relevant.

For å skille mellom tidligere og ny kunnskap, bør forsker og informant være bevisst egen førforståelse (21). Førforståelse omhandler at man tar med egne kunnskaper, holdninger, forventninger og fordommer, inn i en studie. Disse kan ifølge Dalland, 2015, påvirke hvordan man tolker og bearbeider data (21). For å styrke studiens pålitelighet, reflekterte man over egen rolle i studien i samspill med medstudent.

En av studiens svakheter er datasamlingen. Det var i utgangspunktet planlagt å utføre intervjuene i et lukket rom ved overgrepsmottaket, men disse ble gjennomført over telefon i henhold til NTNU sine retningslinjer (23). På grunn av dette fikk man ikke observert informantens reaksjoner og kroppsspråk under intervjuene. Dette kan ha ført til at man ikke fikk fanget opp signaler som kan understreke eller svekke informantens utsagn (21). Utvalget kan anses som en begrensning da man intervjuet sykepleiere fra kun ett overgrepsmottak i Norge. Dermed er det utfordrende å generalisere resultatene, slik at studien heller bør ses som et lokalt bidrag.

Konklusjon

Studien belyser noe av den brede kunnskapen og kompetansen som informantene har i møte med kvinner, menn og transpersoner som er utsatt for seksuelle overgrep. Informantene fremstår å være bevisste sitt etiske og juridiske ansvar, og reflekterer rundt utfordringer som kan oppstå. Pasientens egen forståelse er utgangspunkt for helsehjelpen og omsorgen som gis, uten at sykepleier forsøker å avklare pasientens «sannhet». Med dette finner studien at informantene møter sine pasienter med respekt, verdighet og med hensyn til hvert enkelt menneskes reaksjoner og behov. Fremtidig norsk forskning kan med fordel inkludere et bredere utvalg, hvor man utforsker møtet mellom pasient og sykepleier, fra pasientens perspektiv.

Referanser

1. Oversikt over landets overgrepsmottak. [Internett]. Dinutvei.no. Tilgjengelig på: <https://dinutvei.no/hjelpetilbud>
2. Straffeloven. Lov om straff (LOV-2019-06-21-52). 2019.
3. Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.; 2014.
4. Kripes. Voldtektssituasjonen i Norge 2018. Oslo: Kripes; 2019.
5. Handlingsplan mot voldtekt (2019-2022) [Internett]. Justis- og beredskapsdepartementet; 2019. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1469f9bedad1476aadb0369ee899ab65/handlingsplan-mot-voldtekt-20192022.pdf>
6. FMSO, Reform. Ser vi gutta? Gutter og menn utsatt for seksuelle overgrep. Kunnskapsoversikt og 33 anbefalte tiltak. Oslo; 2017.
7. Tryggvadottir EDV, Sigurdardottir S, Halldorsdottir S. 'The self-destruction force is so strong': male survivors' experience of suicidal thoughts following sexual violence. Scand J Caring Sci. desember 2019;33(4):995-1005.
8. Du Mont J, Kosa SD, Solomon S, Macdonald S. Assessment of nurses' competence to care for sexually assaulted trans persons: a survey of Ontario's Sexual Assault/Domestic Violence Treatment Centres. BMJ Open. mai 2019;9(5):e023880.
9. Skaara M. Ønsker videreutdanning om seksuelle overgrep [Internett]. Sykepleien. 2010. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/2010/10/onsker-videreutdanning-om-seksuelle-overgrep>
10. Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
11. Hutschemaekers GJM, Zijlstra E, Bree C, Lo Fo Wong S, Lagro-Janssen A. Similar yet unique: the victim's journey after acute sexual assault and the importance of continuity of care. Scand J Caring Sci. desember 2019;33(4):949-58.
12. Fehler-Cabral G, Campbell R, Patterson D. Adult Sexual Assault Survivors' Experiences With Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). J Interpers Violence. desember 2011;26(18):3618-39.
13. Du Mont J, Macdonald S, White M, Turner L, White D, Kaplan S, mfl. Client Satisfaction With Nursing-led Sexual Assault and Domestic Violence Services in Ontario: J Forensic Nurs. 2014;10(3):122-34.
14. Hummelvoll JK, Dahl TE. Helt - ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
15. Aarre TF. Psykiatri for helsefag. Bergen: Fagbokforl.; 2018.
16. Kristoffersen NJ. Grunnleggende sykepleie 3 3. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.

17. Nortvedt P. Omtanke innføring i sykepleiens etikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
18. Norsk sykepleierforbund,. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [Internett]. 2019. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
19. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. (LOV-2019-04-10-11). 2019.
20. Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2019-12-20-104) [Internett]. 2019. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
21. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
22. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Lægeforen. 2002;122(25):2468–72.
23. NTNU. Koronavirus (COVID-19): Retningslinjer og råd [Internett]. NTNU. Tilgjengelig på: <https://www.ntnu.no/korona>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Prosjektbachelor - Spørsmål til intervju

“Sykepleie til pasienter som er utsatt for seksuelle overgrep”

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?
- Har du opplevd å ikke tro på det pasienten forteller? 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, bildetaking 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?

Vedlegg 2: Informert samtykke



NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED RESSURSSAMTALE

Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Ressurspersonen

- er kjent med at samtalen er frivillig og at vedkommende når som helst kan trekke seg fra å delta
- velger selv grad av anonymitet
- kan be om å få lese det skriftlige materialet før det benyttes i oppgaven

Samtalen

- tas ikke opp som lydopptak underveis
- vil bli gjengitt som fortalt, uten endring eller tilføyelse i innholdet

Ved behov for kontakt med bachelorstudent etter samtalen kan ressursperson henvende seg til

Navn:

Mailadresse:

Mobil:

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon som nevnt over og samtykker i å være ressursperson i forbindelse med en bachelor-oppgave i sykepleie.

Navn

Dato/sted