



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 417

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9661

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 104

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

## BACHELOROPPGAVE

# Traumebevisst behandling

Helsehjelp til voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep  
som barn

# Trauma sensitive treatment

Health care for adult survivors of child sexual abuse

## Kandidatnummer 417

Bachelor i Sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 22.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Abstract:

**Background:** An estimate of 1 of 5 girls and of 14 boys experience sexual abuse in childhood. The abuse can cause damage that may follow the victims into adulthood and create both physical and psychological challenges. Many adult survivors of child sexual abuse (CSA) find health care very challenging, both because of issues with authority figures, and because examinations and procedures may be triggering. This thesis investigates health care for adult survivors of CSA through experiences of both health personnel and patients, and aims to answer the research question “what is needed for nurses to be able to participate in ensuring that adult survivors of CSA can experience good quality healthcare”

**Methods:** The thesis is based on a conceptual matrix made with data from an extensive literature review.

**Results:** 17 articles are included. The conceptual matrix consists of three main concepts, disclosure, treatment, and health personnel’s prerequisites.

**Conclusion:** The thesis concludes by the construction of a conceptual framework for trauma sensitive treatment. The framework states that communication, control, permission, and dignity are important aspects of trauma sensitive treatment, and that, in order to administer such treatment, health personnel need a foundation of knowledge, support, environment and time.

## Innhold

Abstract: .....	2
Tabeller .....	5
Figurer .....	5
1,0 Innledning.....	6
1,1 Begrepsavklaringer.....	7
1,1,1 Traume.....	7
1,1,2 Traumebevisst omsorg/behandling.....	7
1,1,3 Screening .....	8
2,0 Teori .....	9
2,1 Makt .....	9
2,2 Empowerment .....	9
2,3 Kommunikasjon .....	10
2,4 Skyld, skam og tabu .....	10
2,5 Konsekvenser av CSA.....	11
2,6 Sykepleiere og annet helsepersonells forutsetninger.....	12
3,0 Metode.....	15
3,1 Ethiske aspekter ved litteraturreview .....	15
3,2 Kvalitativ og kvantitativ forskning.....	15
3,3 Inkluderings- og ekskluderingskriterier .....	15
3,4 Kvalitetsvurdering .....	16
3,5 Litteratursøket .....	16
3,6 Analysering av resultatet .....	17
4,0 Resultater.....	19
4,1 Ved ukjent CSA status .....	19
4,2 Behandling.....	20
4,2,1 Reaksjon når noen forteller .....	20
4,2,2 Kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet .....	21
4,2,3 Annet om behandling .....	22
4,3 Helsepersonells forutsetninger .....	22
4,3,1 Kunnskap.....	22
4,3,2 Støtte.....	22
5,0 Diskusjon.....	24
5,1 Ved ukjent CSA status .....	24
5,2 Behandling.....	27
5,2,1 Hvorfor begrepet «traumebevisst behandling»?.....	27

5,2,2 De fireaspektene ved traumebevisst behandling – kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet.....	28
.....	28
5,2,3 Kommunikasjon .....	29
5,2,4 Kontroll .....	29
5,2,5 Tillatelse .....	31
5,2,6 Verdighet .....	31
5,2,7 Sammenligning av artikkelgruppene .....	32
5,2,8 Artikler der anbefalingene skiller seg ut.....	33
5,3 Helsepersonells forutsetninger .....	34
5,3,1 Kunnskap.....	34
5,3,2 Støtte.....	36
5,3,3Omgivelser og tid .....	36
5,4 Helhetlig modell for traumebevisst behandling .....	37
5,5 Oppgavens styrker og svakheter.....	38
6.0 Konklusjon .....	39
Referanseliste .....	41
Vedlegg 1, oversikt litraturesøk.....	46
Vedlegg 2, PICO P-skjema.....	47
Vedlegg 3, søk i Medline 25.10.2019 .....	49
Vedlegg 4, søk i CINAHL 27.10. 2019.....	50
Vedlegg 5, søk I AMED 27.10.2019.....	52
Vedlegg 6, søk I Embase 27.10.2019 .....	53
Vedlegg 7, søk I psykINFO 27.10.2019 .....	54
Vedlegg 8, søk I pubmed 27.10.2019 .....	55
Vedlegg 9, søk I swemed +27.10.2019 .....	58
Vedlegg 10, søk I British nursing Index 05.11.2019.....	60
Vedlegg 11, siterings- og kildesøk fra inkluderte artikler.....	61
Vedlegg 12, siterings- og kildesøk fra utvalgte ekskluderte artikler .....	63
Vedlegg 13, flytskjema .....	65
Vedlegg 14, kvalitetssikring kvalitative artikler.....	66
Vedlegg 15, kvalitetssikring kvantitative artikler .....	72
Vedlegg 16, konseptmatrise.....	74

## Tabeller

Tabell 1, Sykepleiens fem dimensjoner	s. 13
Tabell 2, Inkluderings- og ekskluderingskriterier	s. 15
Tabell 3, Fordeling av konseptene i konseptmatrisen	s. 19

## Figurer

Figur 1, Traumebevisst omsorg	s. 27
Figur 2, Raja et al. Sin trekantmodell	s. 27
Figur 3, Traumebevisst behandling	s. 28
Figur 4, Kommunikasjon	s. 29
Figur 5, Kontroll	s. 30
Figur 6, Tillatelse	s. 31
Figur 7, Verdighet	s. 31
Figur 8, Generelle og spesifikke tiltak	s. 33
Figur 9, He putman modellen	s. 34
Figur 10, Helhetlig modell for traumebevisst behandling	s. 37

## 1,0 Innledning

Ifølge Folkehelseinstituttet (2019) utsettes 1 av 5 jenter og 1 av 14 gutter i Norge, for seksuelle overgrep før de fyller 18 år. Når prevalensen i befolkningen er så høy, er det nærliggende å tro at alle sykepleiere møter pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, selv om sykepleieren kanskje ikke er klar over pasientens historie.

Voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen (child sexual abuse, forkortet CSA) har økt sjans for å utvikle en rekke fysiske sykdommer, og kan slite med psykiske senvirkninger. De psykiske senvirkningene kan gjøre møtet med helsevesenet ekstra belastende. Medisinske undersøkelser, særlig de som involverer at pasienten blir tatt på, smerter, eller at pasienten opplever tap av kontroll, kan være retraumatiserende. Pasienter som har vært utsatte for CSA har ofte et sterkt behov for trygghet og kontinuitet, derfor er tverrfaglig samarbeid viktig for disse pasientene (Havig 2008).

Pasienter som har vært utsatt for CSA opplever ofte ekstra belastninger i møte med helsevesenet, og kan ha behov for å bli møtt av helsepersonell som har kunnskap om hvordan CSA påvirker den utsatte (Havig 2008). Jeg er selv CSA utsatt, og har opplevd å bli møtt av sykepleiere som oppførte seg på en måte som tilsier at de ikke hadde kunnskap om emnet. I ettertid har jeg lurt på hvordan disse sykepleierne hadde kommet seg gjennom en treårig helsefaglig utdanning, og likevel tilsynelatende ha et slikt kunnskapshull. Nå som jeg selv om kort tid skal uteksamineres som sykepleier, har jeg en mye større forståelse for sykepleierne jeg møtte den gangen, fordi jeg har oppdaget at CSA overhodet ikke er tema i utdannelsen. Dette har inspirert meg til å skrive denne oppgaven.

Mye av forskningen som finnes om temaet er spisset til å handle om CSA utsatte pasienter innen et spesifikt område, for eksempel Davy (2006), som er spisset mot endoskopipasienter, eller Draucker & Spradlin (2001) som er spisset mot ortopediske pasienter. Forskning som er spisset slik, formidler kunnskap til de fagmiljøene som jobber innen det aktuelle feltet forskningen er spisset mot. Enkelte deler av resultatene ved denne forskningen vil antagelig være situasjonsbetinget. Det kan likevel tenkes at det ligger mye kunnskap her som kan generaliseres, og vil være nyttig også for helsepersonell som jobber innen andre felt enn de forskningen er spisset mot. Jeg ser også for meg at slik generalisert kunnskap vil være hensiktsmessig med tanke på å oppnå en kompetanseøkning i helsevesenet, fordi kunnskapen



da vil kunne benyttes på tvers av spesialiserte felt. I denne oppgaven ønsker jeg å samle og sammenligne kunnskap fra ulike fagmiljøer. Hensikten med dette er å identifisere de delene av kunnskapen som kan generaliseres.

Oppgavens problemstilling er:

«Hva skal til for at sykepleiere kan bidra til at voksne pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, kan oppleve god helsehjelp?»

Selv om det kan finnes forskjeller mellom mannlige og kvinnelige CSA utsatte, vil oppgaven favne utsatte av begge kjønn. Oppgaven avgrenses til å handle om somatisk helsehjelp.

## 1,1 Begrepsavklaringer

### 1,1,1 Traume

Begrepet «traume» kan referere både til hendelsen som påførte en skade, og til skaden den aktuelle hendelsen påførte. Det finnes både fysiske og psykiske traumer. Ved overgrep som fører til fysisk skade, vil traumet være både fysisk og psykisk (Gustin 2016, s. 213). Et traume som er forårsaket av en enkelthendelse kalles et enkelt traume, mens et traume som er forårsaket av en situasjon som består over tid, kalles et komplekst traume (Snoek & Engedal 2017, s. 125)

### 1,1,2 Traumebevisst omsorg/behandling

Begrepet traumebevisst omsorg har blitt brukt i ulike deler av pleie- og omsorgssektoren, og peker på ulike måter tjenestene kan tilpasses mennesker som har opplevd traumer (Raja, Hasnain, Hoersch, Gove-Yin, & Rajagopalan, 2015). I Norge er begrepet godt innarbeidet i forhold til arbeid rettet mot traumatiserte barn, og basert på forskning av Bath (RVTS sør, 2018 & RVTS sør 2020). Bath (2008) forankrer traumebevisst omsorg i de tre pilarene trygghet, forbindelser og følelsesregulering.

Begrepet er ikke innarbeidet i den CSA spesifikke litteraturen. Begrepet traumebevisst omsorg blir benyttet (Reeves 2015), men flere artikler bruker begrepet «sensitive care» (F.eks. Havig 2008 & Aron, Criniti, Bonacquisti & Geller 2013). Coles & Jones (2009) innfører begrepet universelle forholdsregler, det vil si at man behandler alle pasienter sensitivt, også de man

ikke kjenner til at har vært utsatt for CSA. Begrepet har blitt videreført av noen forskere (f.eks. Montgomery, Pope & Rogers 2015a), mens andre snakker om «sensitive care» til alle (f.eks. McGeor, Gautam, Glover & Jülich, 2013). Raja et al. (2015) bruker begrepet traumebevisst omsorg.

Videre i oppgaven kommer jeg til å benytte begrepet traumebevisst behandling om både sensitive care og traumebevisst omsorg i helsevesenet. Begrepet vil deles opp i traumebevisst behandling for alle og traumebevisst behandling på indikasjon. Bakgrunnen for begrepsvalget vil belyses i diskusjonsdelen.

### 1,1,3 Screening

Screening er når man undersøker en gruppe for å påvise en sykdom, en tilstand, et fenomen eller risikofaktor for sykdom (Cochrane 2019). Når denne oppgaven snakker om screening er det, med mindre annet er spesifisert, i betydningen screening for CSA, som utføres ved at helsepersonell spør pasienten, enten muntlig eller skriftlig. Denne oppgaven vil bruke begrepet «direkte screening» om direkte spørsmål om CSA og «indirekte screening» om åpne spørsmål som har til hensikt å avdekke CSA.

## 2,0 Teori

I dette kapittelet vil jeg først gi generell informasjon om makt, empowerment, kommunikasjon, og skyld og skam. Deretter sier jeg noe om hvilke konsekvenser CSA har for voksne utsatte, før jeg avslutter med sykepleiere og annet helsepersonell sine forutsetninger for å kunne møte disse pasientene.

### 2,1 Makt

Man tenker ofte på makt som muligheten til å påvirke andre, enten ved å redusere deres handlefrihet, eller ved å få dem til å gjøre noe. Makt kan også forstås som muligheten til å handle og ta kontroll (Tveiten og Boge 2014, s. 18).

Det er ikke alltid uttalt, men menneskelig samhandling er ofte påvirket av makt. Selv om makt ikke utøves, kan makt påvirke samhandlingen, i kraft av at partene er klar over at maktfordelingen er skjev. På denne måten kan skjev maktfordeling mellom helsepersonell og pasient føre til at pasienter forsøker å tilpasse seg helsepersonells ønsker (Norvoll, 2009, s 68-69).

### 2,2 Empowerment

Empowerment kan ses på som en prosess som foregår i mellommenneskelige møter f.eks. mellom sykepleier og pasient. Prosessen skjer gjennom maktomfordeling, brukermedvirkning og anerkjennelse av den enkeltes kompetanse på seg selv (Tveiten og Boge, 2014, s. 20-22). Målet er at pasienten skal få støtte og styrke til selv å ta kontroll over det som betyr noe for ham eller henne. For at pasienter skal kunne oppnå empowerment, må helsepersonell anerkjenne at pasientene selv er ekspert på eget liv, og behandle dem som likeverdige (Tveiten, 2016, s. 31-41).

Knutsen (2014) peker på at maktutjevning og empowerment kan være vanskelig å oppnå i praksis. Gjennom å fokusere på likeverd som ideal, kan komme til å underkjenne makten som finnes i en situasjon, og dermed forsterke de negative konsekvensene makten har.

### 2,3 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan ses som informasjonsoverføring, der fokuset er å overføre et budskap fra en sender til en mottaker. Det går også an å se kommunikasjon som dialog, der deltagerne veksler mellom å sende og å motta informasjon, eller som en prosess for å skape felles forståelse (Gustin 2016, s. 284-289).

Fredrikson (I Gustin 2016, s. 287-288) snakker om kommunikasjon i form av å skape felles forståelse, og kaller dette omsorgskommunikasjon. Fredriksons teori om omsorgskommunikasjon ser på ulike måter å være til stede. Man kan være «derværende» eller «medværende». Som derværende er man fysisk til stede, men har enten tankene andre steder, eller er fokusert på seg selv, og dermed lite tilgjengelig for den andre. Som medværende er man åpen for den andres uttrykk og behov, og for nyansene i det mellommenneskelige samspillet.

Vi kommuniserer ikke bare verbalt, men også nonverbalt. Det er ikke mulig å slutte å kommunisere, det å trekke seg vekk og/eller å ikke delta, er også en form for kommunikasjon (Gustin 2016, s281-282).

### 2,4 Skyld, skam og tabu

Sunn skamfølelse er nyttig, da den hjelper oss å regulere adferd i sosiale sammenhenger. Den sunne skammen hjelper oss å forstå når vi gjør noe galt. Dersom skammen internaliseres, blir den usunn. Ved sunn skam kan man rette opp problemet gjennom å endre adferd. Det går ikke når skammen er internalisert, da oppleves som om det er noe galt med en selv som person.

Ved internalisert skam er det vanlig å reagere med å trekke seg unna. Hvis man har internalisert skam, og samtidig er redd for at man har gjort noe galt, kan man utvikle skyldfølelse (Gustin 2016, s. 60-61). Skårderud (2001) skriver om skam, og sier at seksuelle overgrep mot barn er et godt eksempel på hvordan skamløs adferd fra overgriper kan påføre offeret skam. Han snakker i denne sammenheng om det han kaller dyp skam, som han definerer som «en grunnleggende og stadig tilbakevendende affekt»

Når samfunnskulturen legger uskrevne føringer for at noe ikke skal snakkes om, kalles det et tabu. Dersom man velger å bryte et tabu risikerer man å bli møtt med forakt. Seksuelle overgrep mot barn er tabubelagt i de fleste kulturer, dette er med på å gjøre det vanskelig å fortelle om overgrep (Søfteland 2008, s. 50)

## 2,5 Konsekvenser av CSA

Voksne som har vært utsatt for CSA har økt forekomst av både fysiske og psykiske plager. Fysiske plager kan for eksempel være magetarmproblemer, gynekologiske problemer, astma, bekkensmerter og andre smertetilstander, hjerte- karsykdommer og overvekt (Havig 2008).

Psykiske plager inkluderer blant annet angst, depresjoner, relasjonsproblemer, rusmisbruk, dissosiasjon, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og suicidalitet. Skyld- og skamfølelse er også vanlig. (Irish, Kobayashi & Delahanty 2009; Havig 2008).

Posttraumatisk stresslidelse er en reaksjon på en traumatisk hendelse. Sterke gjenopplevelsesreaksjoner, dissosiasjon og autonom beredskap er blant symptomene. PTSD symptomer opptrer ikke i direkte tilknytning til traumet, reaksjonen kommer senere (Snoek & Engedal 2017, s. 123-124). Posttraumatisk stress kommer i ulike alvorlighetsgrader. Det er mulig å oppleve posttraumatiske stressreaksjoner uten å falle inn under diagnosekravene for PTSD (Monahan & Frogash 2000).

Mange av de psykiske senvirkningene etter CSA kan være knyttet til aspekter ved det å takle overgrepene. Forsvarsmekanismer benyttet i barndommen kan følge den CSA utsatte inn i voksenlivet. Et barn som er avhengig av den voksne omsorgspersonen, trenger å kunne tro at den voksne er til å stole på. Derfor kan det ofte være lettere for barnet å tro at det selv har skyld i overgrepene, enn å se på overgriper som slem. Dissosiasjon og fornektelse, som har vært en måte for barnet håndtere overgrepene, kan fortsette å prege livet til CSA utsatte voksne. (Roberts, Reardon, & Rosenfeld, 1999). Dissosiasjon er en form for forstyrrelser i bevissthet, minner, identitet og persepsjon. Hos noen kan dette være så alvorlig at det diagnosteres som dissociativ identitetsforstyrrelse, andre kan dissosiere i mildere former, for eksempel når de opplever triggere i møte med helsevesenet (Engel, Walker & Caton, 1996). Selv om dissosiasjonen begynte som en overlevelsesmekanisme, kan den skape problemer senere. Voksne CSA pasienter som dissosierer kan oppleve flashback, følelse av å ikke være til stede og av å miste tid (Monahan & Frogash 2000).

For en CSA utsatt er en trigger noe som minner om, og dermed setter i gang tanker og følelser rundt, overgrepene. Den ujevne maktbalansen mellom helsepersonell og pasient kan være ekstra belastende for CSA utsatte pasienter, fordi den minner om den ujevne maktbalanse mellom utsatt og overgriper, og dermed kan være triggende. Samtidig kan det å miste kontroll

virke triggende, fordi overgriperen tok kontrollen fra den utsatte når overgrepet skjedde. Mange CSA utsatte har en tendens til å falle tilbake til rollen de hadde under overgrepene, og kan dermed være underdanige ovenfor, og ha problemer med å stole på, autoritetspersoner. Det finnes også en rekke andre aspekter ved helseundersøkelser og behandling som kan være triggende. Gynekologiske undersøkelser er vanskelig for mange, men også mindre intime aspekter ved helsehjelp kan være triggende. CSA utsatte kan for eksempel ha problemer med berøring eller med det å være lettkledd. Mange CSA utsatte forteller at de opplever det vanskelig å motta helsehjelp. Dette kan for eksempel være på grunn av skyld- eller skamfølelse, fordi de føler seg maktesløse eller truet i situasjonen eller fordi de opplever at de gjenopplever overgrep. Disse vanskelige opplevelsene kan defineres som retraumatisering. CSA utsatte kan i en del tilfeller unngå å oppsøke helsehjelp, fordi de er redde for å bli retraumatisert (Schnur, Dillon, Goldsmith & Montgomery, 2018; Havig 2008)

CSA utsatte pasienter forteller selv at de ønsker å snakke med helsepersonell om sine opplevelser og at en slik samtale vil føre til at de opplever seg sett (Havig 2008). Likevel er det ikke vanlig at CSA utsatte forteller om overgrep til helsepersonell uten å ha fått et spørsmål om dette (Monahan & Frogash 2000).

Terapi, kunnskapsøkning, å oppleve empati, og å plassere skylden hos overgriper, er viktige elementer i bearbeiding av CSA. Det er gjort funn som viser at CSA utsatte får økt selvbilde og styrket relasjonskompetanse etter bearbeiding (Arias & Johnson 2013).

Når CSA utsatte søker medisinsk hjelp er noen av dem lydhøre og passive. På grunn av en innlært frykt for autoriteter, kan disse pasientene oppleve det vanskelig eller umulig å stå opp for seg selv. Andre kan være i opposisjon til, og opptre i forsvar mot, helsepersonell. (Monahan & Frogash 2000). I noen tilfeller oppfattes pasientene som «vanskelige» på grunn av adferd som egentlig er en naturlig reaksjon på traumet de har opplevd (Havig 2008).

## 2,6 Sykepleiere og annet helsepersonells forutsetninger

I Norge er sykepleierutdannelsen et treårig høyskolestudium. 50% av studiet består av praksis (HVL 2020).

Sykepleie er et fag som kontinuerlig videreutvikles, det er derfor viktig at den enkelte sykepleier fortsetter å lære og utvikle seg, også etter endt utdanning. Pasientenes helse, livskvalitet og mestring står sentralt i faget. (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø,

s.15-17). Verdier som nestekjærlighet og barmhjertighet konkretiseres i følgende sitat: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Kristoffersen et al. 2016, s. 17).

Kim (2016, s 151-155) beskriver sykepleiefagets vitenskapsfilosofiske grunnlag gjennom en vitenskapelig, en teknisk, en eksistensiell en etisk og estetisk dimensjon. De fem dimensjonene skal utgjøre en helhet i utøvelse av sykepleiefaget. Innholdet i dimensjonene beskrives i tabellen nedenfor.

dimensjon	innhold
Den vitenskapelige dimensjonen	Sykepleie skal utøves i tråd med den beste kunnskapen som er tilgjengelig. Det betyr at sykepleiepraksis stadig må oppdatere seg i tråd med nye forskningsresultater.
Den tekniske dimensjonen	Sykepleiers håndlag ved gjennomføring av prosedyrer.
Den eksistensielle dimensjonen	Viser seg i møtet mellom sykepleier og pasient. Ved å være bevisst prinsippene om engasjement, frihet og valg kan sykepleieren være genuint til stede i kliniske situasjoner.
Den etiske dimensjonen	Basert på allment aksepterte etiske verdier. Sykepleier bør ha en holistisk forståelse for pasientens situasjon og ta hensyn til konteksten pasienten befinner seg i. Ærlighet og medfølelse er også vitige deler av den etiske dimensjonen.
Den estetiske dimensjonen	Handler om hvordan sykepleier fremstår. Rommer både fysisk fremtreden, der sykepleiefagets normer for bekledning, bruk av smykker osv. står sentralt, og sykepleierens adferd, kommunikasjon og kroppsspråk

*Tabell 1, sykepleiens fem dimensjoner*

Sykepleiere skal forholde seg til yrkesetiske retningslinjer, disse kan ses på som kvalitetskrav (Kristoffersen og Nortvedt 2011, s. 94). Retningslinjene forteller hvordan sykepleier skal forholde seg til profesjon, pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn. Punkt to, som handler om sykepleier og pasient innledes slik: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp,

retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.” Retningslinjene forteller også, i punkt 4, at sykepleier skal være til støtte for kolleger i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleieforbund 2019).

Sykepleiere utgjør en stor gruppe helsearbeidere med utstrakt pasientkontakt. Både i akutte og ikke akutte situasjoner er det ofte sykepleier som er den første som er i kontakt med en pasient, også pasienter som har vært utsatt for CSA. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om hvordan disse pasientene bør møtes. Det kan i mange tilfeller være naturlig at sykepleier screener for CSA. Sykepleier trenger også kunnskap om hvordan sykepleieprosedyrer kan påvirke CSA utsatte pasienter, og hvordan man kan tilrettelegge i disse situasjonene (LoGiudice & Douglas, 2016).

Internasjonal forskning har i lang tid etterlyst mer fokus på CSA i utdannelsen av helsepersonell (F.eks. Havig 2008; McGregor, Glover, Gautam & Julich 2010a & Walker & Allan 2013). I Norge har det de siste årene pågått et arbeid med å utarbeide en felles rammeplan for grunnutdanningene i helse- og sosialfag, og nasjonale retningslinjer for hver av grunnutdanningene. Nye forskrifter og felles rammeplan blir tatt i bruk skoleåret 2020-2021 (Regjeringen, 2020). Både den felles rammeplanen og de nasjonale retningslinjene for sykepleieutdanning nevner overgrep (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017, 2 & Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, 6).

Organiseringen av arbeidsplassen kan påvirke helsepersonells forutsetninger. Dersom det er behov for å innføre nye rutiner kan implementeringsprosessen være krevende. Det vil være nødvendig med kunnskap og annerkjennelse fra leder underveis i prosessen (Strand 2018).

Også helsepersonell kan være CSA utsatte. Egen CSA historie hos helsepersonell kan skape utfordringer i pasientrettet arbeid (Gallop et al. 1995).



## 3,0 Metode

### 3,1 Etiske aspekter ved litteraturreview

Et litraturreview er et sammendrag og kritisk analyse av tilgjengelig litratur om et emne, reviewet skal gjennomføres grundig og objektivt (Cronin, Ryan & Coughlan, 2008).

Når man gjennomfører et litteraturreview har man ingen egne informanter eller forsøkspersoner, likevel finnes det etiske aspekter man må forhold seg til. Det er et viktig mål at all forskning skal være etterprøvbar. For å oppnå dette i et review, må metoden for litraturesøk, inkluderings- og ekskluderingskriterier og analyseprosessen beskrives nøyaktig. Videre er redelighet et viktig prinsipp. Her er det viktig å gjengi kildene korrekt, og å følge god skikk for sitering og referering (De forskningsetiske komiteene 2016).

### 3,2 Kvalitativ og kvantitativ forskning

Det finnes to hovedgrener innen forskningsmetode, kvantitativ og kvalitativ. Kvantitativ forskning jobber med data som kan tallfestes, mens kvalitativ forskning jobber med data om kvalitetene og egenskapene ved det som studeres (Rienecker & Jørgensen 2013). Et eksempel på et kvantitativt forskningsspørsmål kan for eksempel være hvor stor andel av pasientene som opplever bedring etter et gitt tiltak. En kvalitativ undersøkelse av det samme tiltaket, ville satt søkelys på hvordan pasienten opplevde tiltaket. Problemstillingen i denne oppgaven er interessert i pasientenes opplevelse, dermed er dette en kvalitativ problemstilling. Det kan likevel tenkes at det også finnes kvantitative studier som kan være av interesse for oppgaven, for eksempel en studie som ser på effekten av et gitt tiltak for å forbedre helsehjelp til CSA utsatte.

### 3,3 Inkluderings- og ekskluderingskriterier

inkludert	Ekskludert
<ul style="list-style-type: none"><li>• Inkludert litteratur skal være forskningsartikler som har gjennomgått fagfelleevaluering.</li><li>• Artiklene skal omhandle voksne som har vært utsatt for overgrep som</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Artikler som omhandler psykiatriske pasienter eller pasienter i rusomsorg skal ikke inkluderes.</li><li>• Artikler som omhandler pasienter som blir, eller har blitt, utsatt for</li></ul>

<p>barn, og denne gruppens møte med somatisk helsevesen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• For å inkluderes i datamateriale må artiklene inneholde en eller flere anbefalinger for forbedring av helsehjelp til CSA utsatte. Anbefalingen(e) må baseres på artikkelens eget, originale datamateriale.</li></ul>	<p>menneskehandel skal ikke inkluderes.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• For å unngå at samme data tas med flere ganger, ekskluderes reviwer og synteser fra datamaterialet.</li><li>• Kjønnsllestelse inkluderes ikke.</li><li>• Artikler eldre enn 2010 ekskluderes.</li></ul>
---	---

Tabell 2, inkluderings- og ekskluderingskriterier

### 3,4 Kvalitetsvurdering

Kvaliteten på de inkluderte artiklene er vurdert ved hjelp av sjekklister fra helsebiblioteket. 12 av artiklene er kvalitative. Disse er vurdert ved hjelp av Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier (Helsebiblioteket 2018) Denne sjekklisten har også blitt brukt på artikler med blandet metode, der kvalitativ metode er en del av blandingen. Dette valget er tatt på bakgrunn av at helsebiblioteket ikke har sjekklister spesifisert for artikler med blandet metode.

Videre er det tre artikler med kvantitativ metode, to av disse er spørreskjemaer, mens en er en sekundæranalyse av allerede eksisterende data. Helsebiblioteket har ikke sjekklister som er spesifisert for disse designene. Disse har jeg derfor kvalitetssikret ved hjelp av helsebibliotekets generelle sjekklister (Holtermann 2016). Spørsmålene fra de to sjekklistene er overført i skjemaer der vurderingen av artiklene er dokumentert. Disse ligger vedlagt (vedlegg 14 og 15).

### 3,5 Litteratursøket

For å lage system i litteratursøket ble søkeverktøyet PICO benyttet. Bokstavene står for populasjon, intervention, comparison, outcome, og det er meningen at man skal gruppere søkeord under de bokstavene som passer i forhold til problemstilling. Populasjonen det søkes etter i denne oppgaven er sammensatt, derfor måtte P'en i PICO deles i tre (seksuelle overgrep, voksne og i møte med helsevesenet). I, C og O i PICO er ikke benyttet. Det er ikke

hensiktsmessig å søke etter en spesifikk intervensjon (I) når problemstillingen leter etter mulige intervensjoner. Problemstillingen i denne oppgaven vil sannsynligvis i hovedsak tas opp i kvalitativ forskning, C og O er mer relevant når man søker etter kvantitative forskningsartikler. Søkestrategien er dermed spisset mot kvalitative forskningsartikler, men kvantitative artikler ble ikke utelukket i søket. PICO P-skjema ligger vedlagt (Vedlegg 2, pico-p skjema).

I perioden 25.10 2019 til 05.11. 2019 ble det er søkt i 8 vitenskapelige databaser, med til sammen 856 treff. Selv om oppgaven ikke inkluderer artikler skrevet tidligere enn 2010 ble litteratursøket gjennomført uten tidsavgrensning. Dette ble gjort for å gi en oversikt over hva som er skrevet tidligere, og mulighet til å identifisere eldre artikler det ville være hensiktsmessig å kjøre siteringssøk på. Etter en første gjennomgang, der duplikater ble fjernet, og artikler som åpenbart var utenfor oppgavens kriterier ble sortert ut, var det 112 artikler igjen. Da disse 112 ble gjennomgått nærmere ble 97 ekskludert, 58 var for gamle, 10 var review eller synteser, 7 var ikke spesifikk om CSA men omhandlet i tillegg andre typer traumer, 7 var ikke forskningsartikler, 5 omhandlet tema, men gav ingen forslag, 4 omhandlet psykiatri, 3 omhandlet pasienter under 18 år og 3 omhandlet forhold utenfor helsevesenet. De resterende 15 artiklene ble inkludert (Vedlegg 13, flytskjema skjema).

Det ble utført siteringssøk og søk i kildelistene for alle de inkluderte og 16 av de ekskluderte artiklene. De 16 ekskluderte artiklene som ble benyttet til dette, ble plukket ut fordi de omhandlet pasientgrupper som ikke var dekket i de inkluderte artiklene (HIV, gastro, tannbehandling, ortopedi, onkologi, geriatri, akuttmedisin, fysioterapi og urologi (Vedlegg 11, søk fra inkluderte artikler og vedlegg 12, søk fra utvalgte ekskluderte artikler). To nye artikler ble inkludert etter siteringssøk og søk i kildelister.

### 3,6 Analysering av resultatet

De inkluderte artiklene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. En tematisk analyse består av fire steg, forberedelse, der datamaterialet samles og man får en oversikt, koding, der man fremhever viktige data, kategorisering der de kodede dataene plasseres i kategorier og rapportering av funnene. Stegene gjøres ikke nødvendigvis i streng rekkefølge, det kan i noen tilfeller være nyttig å bevege seg frem og tilbake mellom stegene for å få en mer dynamisk analyseprosess (Johannesen, Rafoss & Rasmussen 2018, s 303-305).

I denne oppgaven besto forberedelsesfasen av litraturesøket.

I kodefase ble de inkluderte artiklene delt opp i grupper basert på hvilken type helsehjelp de omhandler. Oppdelingen i grupper ble gjort for å ha mulighet til å sammenligne gruppene. Deretter ble det utarbeidet et arbeidsskjema der tiltakene hver artikkel foreslo ble listet opp.

I kategoriseringsfasen var arbeidsskjemaet utgangspunkt til å utforme en konseptmatrise. En konseptmatrise er en måte å presentere funnene man har gjort. Matrisen gir en oversikt over alle konseptene, samtidig som det er lett å finne tilbake til hvilken artikkel de ulike punktene i konseptene kommer fra (Webster & Watson 2002). Konseptene i konseptmatrisen ble identifisert ved hjelp av datadrevet analyse. Datadrevet analyse baserer seg ikke på en forhåndsbestemt teori, men lar det man finner i dataene være styrende for analysen.

Motsetningen til en datadrevet analyse er en teoridrevet analyse, hvor man på forhånd har en teori man analyserer dataene opp mot. Fordelen med en teoridrevet analyse er at teorien viser vei i analysen, fordi man allerede har et rammeverk å gå etter. Ved en datadrevet analyse har man ikke et slikt teoretisk rammeverk å støtte seg til. Fordelen med det er at analysen kan gå den veien dataene tar den. Ulempen er at manglende teoretisk rammeverk kan gi manglende fokus (Johannessen et al. 2018, s. 37). I denne oppgaven vil datadrevet analyse si at konseptene i konseptanalysen ble utformet ut fra anbefalingene som er funnet i datamaterialet. Anbefalingene ble sortert på bakgrunn av hvilke problem de retter seg mot. Da konseptmatrisen var ferdig, ble hver enkelt artikkel lest igjen, opp mot artikkelens rad i matrisen, og enkelte unøyaktigheter ble rettet opp.

Utarbeidelse av oppgavens resultatdel er rapporteringsfasen i den tematiske analysen.

Resultatdelen er skrevet på bakgrunn av konseptmatrisen.

## 4,0 Resultater

17 artikler er inkludert. Ved to tilfeller behandler to artikler ulike deler av det samme datamaterialet, det er dermed 15 unike datamaterialer, fordelt på de 17 artiklene. Artiklene ble delt inn i de fem gruppene generell (seks artikler), graviditet/fødsel/barsel (G/F/B) (seks artikler), kreftscreening (tre artikler), palliativ (en artikkel) og tannbehandling (en artikkel, samt utdrag fra to artikler fra generell gruppe).

Konseptmatrisen (vedlegg 16), som er utarbeidet på bakgrunn av de 17 inkluderte artiklene, består av tre hovedkonsepter, hvorav to er delt i underkonsepter.

Ved ukjent CSA status	Behandling		Helsepersonells forutsetninger	
Ved ukjent CSA status	Reaksjon når noen forteller	Kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet	kunnskap	støtte

Tabell 3. fordeling av konseptene i konseptmatrisen

Hovedfunnene i de ulike konseptene blir presentert nedenfor.

### 4,1 Ved ukjent CSA status

Dette konseptet handler om hvordan helsepersonell bør forholde seg til en pasienter når de ikke vet om pasientene har vært utsatt for CSA. Forslagene handler enten om screening for CSA, eller om å gi traumebevisst behandling til alle pasienter.

Ni av artiklene anbefaler screening (Gallo-Silver, Andersen & Romo 2014; McGregor et al. 2010a; McGregor, Julich, Glover & Gautam 2010b; Sigurdadottir & Halldorsdottir 2018; Spinelli 2017; Wood & VanEsterik 2010; Yalompsky, Lev-Wiesel & Ben-Zion 2010; Cadman Waller, Ashdown-Barr & Szarewski 2012 & Wygant, Hui & Bruera. 2011).

Fem artikler anbefaler traumebevisst behandling til alle: (McGregor et al. 2013; Montgomery et al. 2015a; Montgomery, Rogers 2015b; Gesink & Nattel 2015 & Kranstad, Søftestad, Fredriksen & Willumsen, 2019). En av disse argumenterer mot screening (Montgomery et al. 2015a)

En artikkel diskuterer begge alternativene uten å konkludere: (Walker og Allan 2013)

To av artiklene omtaler ikke temaet. (Roller 2011 & Roller 2012).

Blant artiklene som argumenterer for screening er det fire som ønsker rutinemessig screening (Gallo-Silver et al. 2014; McGregor et al 2010b; Spinelli 2017 & Yalompsky et al 2010), to artikler som diskuterer rutinemessig screening og indirekte screening uten å komme til en konklusjon (McGregor et al. 2010a & Wygant et al. 2011), og tre artikler som ikke spesifiserer dette (Sigurdadottir & Halldorsdottir 2018; Wood & Van Esterik 2010 & Cadman et al. 2012). Fire av artiklene ønsker direkte screening (Gallo-Silver et al 2014; Sigurdadottir & Halldorsdottir 2018; Wood og Van Esterik 2010 & Cadman et al. 2012), en artikkel ønsker indirekte screening (Spinelli 2017), mens de øvrige ikke spesifiserer.

## 4,2 Behandling

Samtlige artikler har minst en anbefaling i forhold til behandlingssituasjonen. Rådene i de fleste artiklene kretser rundt kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet.

### 4,2,1 Reaksjon når noen forteller

Dette konseptet handler om hvordan helsepersonell bør reagere når pasienten forteller om overgrep.

Spinelli (2017), Gallo-Silver et al. (2014) og McGregor et al. (2010b), bemerker at når pasienten forteller endres forholdet mellom CSA utsatt og helsepersonell. Dersom denne endringen skal være positiv må helsepersonellets reaksjon være empatisk, og anerkjenne viktigheten av det som er blitt fortalt

Ellers går rådene i hovedsak ut på å lytte og ta seg god tid (McGregor et al. 2013 & Cadman et al. 2012; Gallo-Silver et al. 2014; Wygant et al. 2011 & Sigurdadottir & Halldorsdottir 2018), være empatisk og støttende (Gallo-Silver et al. 2014; McGregor et al. 2010a; Sigurdadottir & Halldorsdottir 2018; Spinelli 2017 & Wygant et al. 2011) og ikke være dømmende (McGregor et al. 2010a; Walker & Allan 2013 & Wygant et al. 2011).

Spinelli (2017) sier også at helsepersonell ikke må se det som sin oppgave å fikse alt i det øyeblikket pasienten forteller. Man må heller lage en plan sammen med pasienten, og avtale å ta det opp igjen på neste konsultasjon.

#### 4,2,2 Kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet

Både Gallo-Silver et al. (2014) og Spinelli (2017) kommenterer at god klinisk praksis til CSA utsatte handler kommunikasjon, kontroll og tillatelse. Forslagene i de av artiklene som ikke er nevnt i avsnittene ovenfor kretser i stor grad rundt nettopp dette. I tillegg ser jeg forslag som handler om å opprettholde pasientens verdighet. Disse fire aspektene overlapper, og er derfor samlet i et konsept.

Anbefalingene rundt kommunikasjon er blant annet konkrete forslag til hva man kan spørre om, f.eks. kan man spørre pasient som virker utrygg om hva man kan gjøre for å hjelpe pasienten å føle seg tryggere (Gallo-Silver et al. 2014), oppfordringer om å være bevisst på kroppsspråk (f.eks. McGregor et al 2010a), og oppfordringer om å lytte, være oppmerksom og ta seg god tid (Gesink & Nattel 2015)

Noen artikler oppfordrer helsepersonell til å la pasienten få kontroll over undersøkelser (F.eks. Montgomery et al 2015b), mens andre gir konkrete eksempler på måter dette kan gjøres i praksis. Slike konkrete eksempler er blant annet mulighet til å velge kvinnelig helsepersonell (f.eks. McGregor et al. 2023) og mulighet til å ta aktivt del, f.eks. ved å holde suget selv hos tannlegen (Spinelli 2017).

Helsepersonell oppfordres til å be om tillatelse før de tar på pasienten (f.eks. Cadman et al. 2012). Flere artikler presiserer også gjennom at samtykke er en pågående prosess, og at samtykke kan trekkes tilbake (f.eks. Gallo-Silver et al. 2014). Gallo-Silver et al. (2014) mener at prosedyrer som innebærer avkledning eller berøring bør evalueres sammen med pasienten McGregor et al. (2010a), Spinelli (2017) og Gesink & Nattel (2015) anbefaler at pasienten får dekke seg mest mulig til i de situasjonene der avkledning er påkrevd. Både Spinelli (2017) og Gesink og Natell (2015) presiserer at pasienten ikke skal trenge å være avkledd lenger enn nødvendig, og at samtale bør gjøres med klær på.

#### 4,2,3 Annet om behandling

Begge artiklene til Roller (2011 & 2012) skiller seg ut fra de andre artiklene. Den ene presenterer et teoretisk rammeverk kalt «Moving Beyond the Pain» Rammeverket beskriver 3 faser CSA utsatte kan være i (gjenopplevelse, ta kontroll og komme seg videre). Måten pasientene møtes på bør tilpasses til hvilken fase hun er i (Roller 2011). Den andre artikkelen forteller om et måleverktøy, the perinatal self care index (PSCI). Forfatteren mener at verktøyet kan benyttes for å vurdere CSA utsattes evne til egenomsorg i den perinatale fasen, og vurdere om det er nødvendig å sette inn tiltak (Roller 2012).

#### 4,3 Helsepersonells forutsetninger

##### 4,3,1 Kunnskap

Seks av artiklene kommer med direkte etterlysninger av mer utdanning/kursing for helsepersonell (McGregor et al 2013; McGregor et al. 2010a; McGregor et al 2010b; Yalompsky et al. 2010; Walker & Allan 2013 & Kranstad et al. 2019). McGregor et al (2010a) presenterer en opplæringsmodell. Artikkelen forteller også at enkelte av informantene mener at undervisning bør gis av spesialiserte organisasjoner, og at CSA utsatte bør være inkluderte i undervisningsarbeidet. Walker & Allan (2013) har forslag fra sine informanter om at CSA utsatte som forteller sin historie bør være en del av utdanningen

Ytterligere fem artikler oppfordrer indirekte til mer utdanning/kursing. Sigurdardottir & Halldorsdottir (2018) mener deres data tyder på et problem på systemnivå når det gjelder utdanning og sosialisering av HP. Wood & Van Esterik (2010) etterlyser forskning omkring hvordan det å kurse HP i sensitive practice påvirker opplevelsen av fødsel og amming hos kvinner som har vært utsatt for CSA. Cadman et al. (2012) påpeker at helsepersonell bør ha kjennskap til overgrep. Gesink & Nattel (2015) har utvikle en informasjonsvideo til helsepersonell. Wygant et al. (2011) Påpeker at HP får lite, hvis noe, utdanning om CSA.

##### 4,3,2 Støtte

McGregor et al. (2013), Walker & Allan (2013) og Wygant et al. (2011) er alle inne på at helsepersonell kan ha behov for støtte når de jobber med CSA utsatte pasienter. Det nevnes kollegastøtte (McGregor et al. 2013; Walker & Allan 2013 & Wygant et al 2011), støtte fra rådgiver (McGregor et al. 2013) og støtte fra overordnede (Walker & Allan 2013). Det er også



viktig for helsepersonell å ha kjennskap til hvilke ressurser som finnes, og hvem de kan henvise videre til (McGregor et al 2013 & McGregor et al. 2010a).

McGregor et al. (2013) påpeker at det finnes CSA utsatte også blant helsepersonell.

## 5,0 Diskusjon

I dette kapitelet skal jeg diskutere funnene med tanke på hvordan de kan brukes til å svare på problemstillingen «hva skal til for at sykepleiere kan bidra til at voksne pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, kan oppleve god helsehjelp?». Diskusjonen tar utgangspunkt i konseptmatrisen, og bruker teori fra teoridelen til å belyse resultatene.

Først diskuteres konseptet «ved ukjent CSA status». Her anbefaler artiklene ulike tilnæringsmåter, dermed får ulikheter mellom artiklene, og argumentene artiklene bruker, stor plass i denne delen av diskusjonen.

Delen om «behandling» innledes med en diskusjon rundt valget av begrepet «traumebevisst behandling», videre ligger vekten på kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet. Jeg ser disse fire begrepene som viktige aspekter ved traumebevisst behandling.

Deretter diskuteres helsepersonells forutsetninger. Her ser jeg først på kunnskap og støtte, som er konsepter i konseptmatrisen, og deretter på tid og omgivelser, som trer fram som behov på bakgrunn av anbefalinger artiklene gjør i forhold til behandling.

Mot slutten av diskusjonen samles alt dette i en helhetlig modell for traumebevisst behandling.

### 5,1 Ved ukjent CSA status

Artiklene er ikke enige når det gjelder hvordan helsepersonell bør behandle pasienter som ikke har fortalt om CSA. Noen mener pasienter bør screenes for CSA (Gallo-Silver et al. 2014; McGregor et al. 2010a; McGregor et al. 2010b; Sigurdardottir & Halldorsdottir 2018; Spinelli 2017; Wood & Van Esterik 2010; Yampolsky et al. 2010 Cadman et al. 2012 & Wygant et al. 2011), mens andre mener det er bedre å gi alle pasienter traumebevisst behandling, og at screening da ikke er nødvendig (McGregor 2013; Montgomery et al 2015a; Montgomery et al. 2015b; Gesing & Nattel 2015 & Kranstad et al. 2019).

I store trekk ser det ut til at argumentene for screening, er muligheten til å gi traumebevisst behandling til de pasientene som trenger det. Argumentet for traumebevisst behandling til alle, er at man på den måten også vil nå den gruppen av CSA utsatte som unngår å fortelle selv ved screening. Det argumenteres da at screening blir unødvendig, fordi alle likevel får

traumebevisst behandling. Jeg har ikke sett noen som argumenterer mot traumebevisst behandling til alle.

Argumentene for traumebevisst behandling til alle er gode, men de kan ikke sies å være argumenter mot screening. Det er mulig å både screene og gi traumebevisst behandling til alle. Spørsmålet da blir om screeningen har noen hensikt, dersom man likevel skal gi traumebevisst behandling til alle, og om det finnes noen argumenter mot screening.

Vi vet fra før at mange pasienter føler seg sett dersom de får snakke med helsepersonell om CSA opplevelser (Havig 2008), men at det ikke er vanlig at CSA utsatte forteller helsepersonell om overgrep uten å ha fått et spørsmål om dette (Monahan & Frogash 2000). Informantene i McGregor et al. (2010a) gir uttrykk for et ønske om å snakke med helsepersonell om CSA. Gallo-Silver et al. (2014), Spinelli (2017) og McGregor (2010b), mener at når pasienten forteller om CSA endres forholdet mellom helsepersonell og pasient, og at det er helsepersonells reaksjon som avgjør om denne endringen vil være positiv. Dette kan tyde på at det er et kvalitativt aspekt ved det å fortelle, og at dette er viktig for CSA utsatte. Dersom det stemmer, er dette noe man mister ved å unnlate å screene. Gesink og Nattel (2015) argumenterer for traumebevisst behandling til alle. De kommenterer likevel at informantene fant screening positivt dersom de opplevde at helsepersonellet som gjennomførte screeningen var genuint interessert. Dersom det virket som den som screenet bare gjorde det fordi det var rutine, opplevde informantene screeningen som negativ. Det kan dermed se ut som helsepersonells adferd både før og etter pasienten forteller påvirker hvordan det kvalitative aspektet ved det å fortelle oppleves for pasienten.

McGregor et al. (2010b) påpeker at rutinemessig screening kan være med på å øke bevisstheten om CSA som et folkehelseproblem. Det kan dermed argumenteres for at det å innføre rutinemessig screening ikke bare hjelper pasientene direkte ved å øke muligheten for traumebevisst helsehjelp, men også indirekte gjennom påvirkning av samfunnet for øvrig. En økning av bevisstheten rundt CSA som folkehelseproblem kan kanskje være med å bryte ned noe av tabuet vi vet finnes i samfunnet (Søfteland 2008), og dermed på sikt gjøre det litt lettere for CSA utsatte å fortelle.

De fleste av artiklene som anbefaler traumebevisst behandling argumenterer ikke direkte mot screening, de ser bare ikke poenget når alle likevel skal behandles traumebevisst. Det finnes et unntak. Montgomery et al (2015a) argumenterer mot screening på bakgrunn av at ikke alle CSA utsatte vil fortelle selv om de skulle få et direkte spørsmål. Forskerne er da bekymret for

at når det blir journalført falske negative screeningsvar, så vil helsepersonell ta mindre hensyn til disse pasientene. Denne bekymringen bør tas på alvor, fordi en slik reaksjon fra helsepersonell potensielt kan gå ut over sårbare pasienter. Ifølge Freedman et al. (I Havig 2008) vil 11% av CSA utsatte ikke svare sant på direkte spørsmål. Likevel er det verdt å undre seg om den eneste løsningen på dette problemet er å la vær å screene. Hvis vi legger til grunn at det finnes et viktig kvalitativt aspekt ved det å fortelle, så vil det å unngå screening frarøve mange CSA utsatte pasienter muligheten til å oppleve dette. Kanskje er en kunnskapsøkning blant helsepersonell en bedre vei å gå. Dersom helsepersonell var bevisst på at en slik screening vil føre til en rekke falske negative svar, ville det i stor grad kunne bøte på problemet.

Screening kan utføres enten rutinemessig til alle pasienter, eller på indikasjon, når det foreligger mistanke om at pasienten er CSA utsatt. Et argument for rutinemessig screening er at når alle blir screenet vil ikke de som blir screenet oppleve at de blir plukket ut (McGegor et al. 2010a). 96,5% av informantene til McGregor et al. (2010b) ønsker rutinemessig screening. Jeg finner ingen argumenter som sier at screening på indikasjon er bedre enn rutinemessig screening, men flere av artiklene nevner screening på indikasjon som en mulighet (McGregor et al. 2010a; Spinelli 2017 & Wygant et al. 2011). På bakgrunn av dette kan det se ut som det vil være hensiktsmessig å anbefale rutinemessig screening. På bakgrunn av at ikke alle forteller når de blir spurt, mener jeg det kan være fornuftig å gjennomføre screening på indikasjon i tillegg til rutinemessig screening. På den måten får CSA utsatte som ikke fortalte ved den rutinemessige screeningen, en ny sjanse dersom det oppstår en indikasjon for screening.

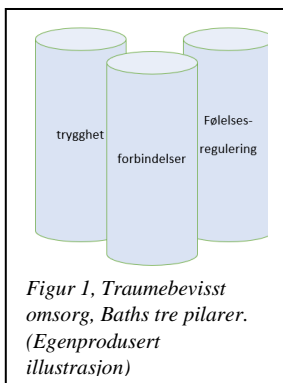
Implementering av nye rutiner krever tid og ressurser, derfor er forankring i ledelsen viktig dersom man skal innføre rutinemessig screening (Strand 2018). Den enkelte sykepleier kan være pådriver for endring på sin arbeidsplass. Frem til rutinemessig screening blir innført vil screening på indikasjon være et alternativ.

Screening kan gjennomføres ved hjelp av direkte eller indirekte spørsmål. Et argument for direkte screening er at verbalisering kan være vanskelig, og at det derfor er lettere med ja/nei spørsmål (Cadman et al. 2012), mens et argument for indirekte screening er at å fortelle bør være et valg (McGregor et al. 2010a).

## 5,2 Behandling

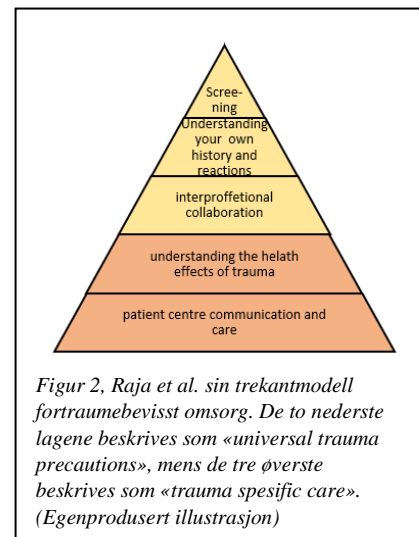
### 5,2,1 Hvorfor begrepet «traumebevisst behandling»?

Det varierer hvilke begrep som benyttes om behandling som er tilrettelagt for CSA utsatte. Både «sensitiv omsorg» (F eks. Havig 2008) og «traumebevisst omsorg» (F. eks. Raja et al. 2015) benyttes. Jeg oppfatter begrepet «sensitiv omsorg» som utydelig. Begrepet sier ikke noe om hva slags sensitivitet det er snakk om, eller hvorfor denne sensitiviteten er viktig. «Traumebevisst omsorg» er derimot et mer intuitivt, begrepet i seg selv gir forståelse av at man her snakker om en bevissthet rundt traumer i utførelsen av omsorgen.



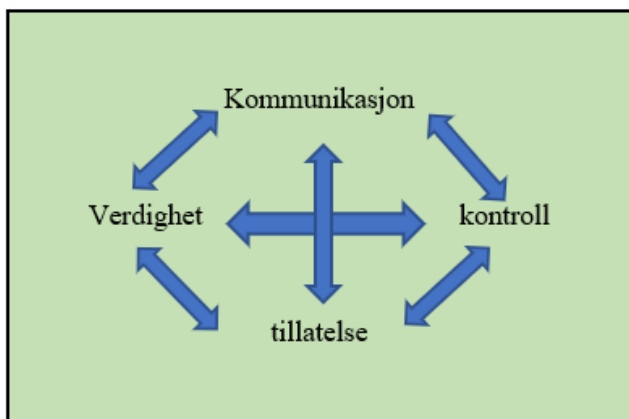
Internasjonalt er begrepet «traumebevisst omsorg» brukt både som et pedagogisk begrep, og i helse- og sosial sammenheng (Raja et al. 2015). Som pedagogisk begrep ses «traumebevisst omsorg» ofte i lys av Baths (2008) tre pilarer. De tre pilarene i traumebevisst omsorg, som er «trygghet», «forbindelser» og «følelsesregulering», er et innarbeidet begrep i Norge, som brukes om omsorg for traumatiserte barn (RVTS sør, 2020).

Pilarene er ikke nødvendigvis til stede i litteratur som omhandler traumebevisst omsorg til voksne som sliter med senvirkninger av traumer. Raja et al. (2015) opererer med en trekantmodell for traumebevisst omsorg i helsevesenet. Trekanten består av fem lag, som bygger på hverandre. Det nederste laget kalles «pasientsentrert kommunikasjon og omsorg», og dreier seg i stor grad om kommunikasjon og deling av kontroll. De neste lagene er «kunnskap om hvordan traumer påvirker helse», «tverrfaglig samarbeid», «at helsepersonell kjenner sin egen historie og reaksjoner» og «screening». Den nederste delen av trekanten har en viss likhet med de tre pilarene til Bath (2008); kontroll er et viktig aspekt av å føle seg trygg, og kommunikasjon er viktig for både trygghet og forbindelser.



I datamateriale til denne oppgaven går kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet igjen som viktige aspekter i det å være traumebevisst. Igjen kan vi se at selv om det finnes likheter til de tre pilarene, finnes det også forskjeller. Fordi de tre pilarene i traumebevisst omsorg er en innarbeidet modell i norsk arbeid med traumatiserte barn (RVTS sør, 2018), er jeg redd det vil skape forvirring dersom man tar i bruk begrepet traumebevisst omsorg til å gjelde teorier eller behandling som ikke lener seg direkte på disse tre pilarene. For å unngå eventuell forvirring med et allerede etablert begrep, vrir jeg litt på begrepet, og snakker om «traumebevisst behandling».

### 5,2,2 De fire aspektene ved traumebevisst behandling – kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet



Figur 3, Traumebevisst behandling, slik denne oppgaven benytter begrepet, består av de fire aspektene kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet

Prevalensen av CSA i befolkningen er høy (Folkehelseinstituttet 2019).

Siden CSA utsatte har økt sannsynlighet for å utvikle en rekke sykdommer (Irish et al. 2009), er prevalensen sannsynlig enda høyere blant de som har behov for behandling av helsevesenet. Vi vet at mange CSA utsatte opplever møtet med helsevesenet vanskelig (Havig 2008). Selv om det er lenge siden

overgrepene kan pasientene oppleve posttraumatiske stressreaksjoner. Stressreaksjonene finner ikke sted samtidig med traumet, men er en reaksjon i ettertid (Snoek & Engedal 2017, s. 123-124). Dette understreker viktigheten av å tilby traumebevisst helsehjelp.

Gallo-Silver et al. (2014) og Spinelli (2017) påpeker at kommunikasjon, kontroll og tillatelse er viktig, og mange av artiklene har forslag rettet mot disse tre punktene. I tillegg finnes det mange forslag som retter seg mot å opprettholde pasientens verdighet. På bakgrunn av dette ser jeg på kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet som aspekter av traumebevisst behandling. Nedenfor vil jeg diskutere de fire aspektene hver for seg.

### 5,2,3 Kommunikasjon

I konseptmatrisen er råd som går på hvordan helsepersonell bør reagere når noen forteller skilt ut i et eget underkonsept. Rådene som gis i det underkonseptet handler om kommunikasjon, og de er samstemte med øvrige råd som gis om kommunikasjon. Disse rådene diskuteres derfor her, sammen med øvrige råd som omhandler kommunikasjon.

Artiklene gir generelle råd om kommunikasjon og noen konkrete råd om hva man kan spørre om i gitte situasjoner. Eksempel på sistnevnte er at dersom pasienten framstår redd kan man spørre hvordan man kan gjøre situasjonen tryggere for ham (Spinelli 2017). Eksempler på mer generelle råd er



oppmerksomhet på nonverbal kommunikasjon/kroppsspråk fra seg selv eller pasienten (McGregor et al. 2010a; Montgomery 2015b & Gesink & Nattel 2015), ta seg tid til spørsmål (McGregor et al. 2013 & Gesink og Nattel 2015) og å tilstrebe åpen kommunikasjon (Montgomery et al 2015b). Hvis vi ser dette i sammenheng med Fredrikson (I Gustin 2016, s. 287-288) sin tanke om omsorgskommunikasjon, der måten man er til stede er viktig, ser vi at rådene i stor grad går ut på å være med værende. Det hjelper ikke å gi tid til spørsmål, dersom pasienten ikke opplever at man er tilgjengelig, man vil ikke være i stand til å tyde nyanser i pasientens nonverbale kommunikasjon, eller å kontrollere sin egen, dersom man ikke er medværende. Uten medværenhet vil det heller ikke være mulig å få til åpen kommunikasjon.

Screening for CSA er også kommunikasjon. Når jeg snakker om kommunikasjon som et aspekt av traumebevisst behandling er screening dermed en del av dette aspektet.

Kommunikasjonen kan ses på som et verktøy for å oppnå de andre aspektene. Uten god kommunikasjon er det ikke mulig å gi pasienten kontroll, det er ikke mulig å be om tillatelse, og det vil være svært krevende å forsøke å opprettholde pasientens verdighet.

### 5,2,4 Kontroll

Som barn mistet CSA utsatte kontroll da overgrepene fant sted, fordi overgriper overtok kontrollen (Havig 2008). Dette kan være en stor del av årsaken til CSA utsattes behov for kontroll. I tillegg vet vi at mange aspekter ved medisinsk behandling kan være triggende

(Schnurr et al. 2018), noe som kan øke kontrollbehovet, ved at CSA utsatte trenger å ha oversikt og kontroll på det som skal skje, for å kunne minimere triggere og dermed unngå flashbacks. Mange av rådene som gis sikter nettopp mot å gi forutsigbarhet. For eksempel er det flere som råder til å forklare hva som skal skje/skjer både på forhånd og underveis (Gallo-Silver et al. 2014; McGregor et al. 2010a; Spinelli 2017 & Gesink & Nattel 2015). Og om å estimere tidsbruk eller fortelle når det er kort tid igjen av en undersøkelse (McGregor et al 2010a & Kranstad et al. 2019).

På bakgrunn av at CSA utsatte har ofte en lært frykt for autoriteter (Monahan & Frogash 2000) er det viktig at helsepersonell er oppmerksomme på oppmerksomme på den skjeve maktfordelingen som finnes mellom helsepersonell og pasient. Norvoll (2009, s 68-69). Selv om den som har mest makt ikke utøver den, kan relasjonen likevel preges av makt, fordi den som har minst makt er klar over den andre har mer. Det er med andre ord ikke nok å unngå å utøve makt, man må i tillegg ta grep for å utjevne maktforskjellen. Her kan helsepersonell gjerne ha et mål om å tilrettelegge for empowerment. Hvis pasienten skal kunne oppnå empowerment kreves det brukermedvirkning og annerkjennelse. Helsepersonell må behandle pasienten som likeverdig. Det er her verdt å merke seg at likeverdig ikke er det samme som likestilt. På grunn av makten som ligger i rollen som helsepersonell, blir ikke pasient og behandler helt likestilt (Tveiten, 2016, s. 31-41 & Tveiten & Boge 2014, s. 20-22). Som Knutsen (2014, s.83) påpeker er det viktig å være bevisst maktfordelingen også når man fokuserer på likeverd, hvis ikke er det fare for at man i forsøket på å dele makten snarere dekker den til.



Flere av artiklene gir råd om å la pasienten ta med noen han stoler på (McGregor et al. 2010a; Spinelli 2017; Cadman et al 2012 & Kranstad et al. 2019), dette kan være en måte å minske skjevheten i maktfordelingen.

Det gis også en del praktiske råd om hvordan pasienten kan involveres i behandlingen, f.eks. ved å la pasienten holde suget selv hos tannlegen (Spinelli 2017). Det å

be om tillatelse, som diskuteres i neste avsnitt, er også en måte å dele kontroll.

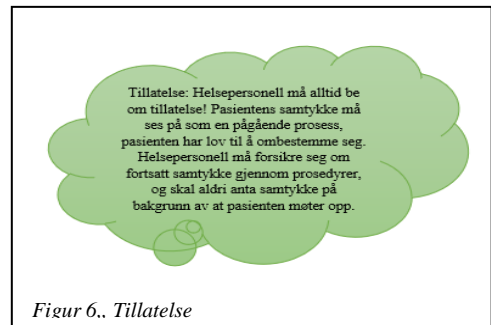


### 5,2,5 Tillatelse

Tillatelse henger tett sammen med kontroll. Ved å be om tillatelse før alt man gjør, gir man pasienten mulighet til å si nei, og deler dermed kontroll. På bakgrunn av dette hadde det vært logisk å behandle tillatelse under aspektet kontroll. Når jeg likevel velger å la tillatelse være et eget aspekt, er det fordi jeg opplever at tillatelse tillegges stor vekt i datamaterialet.

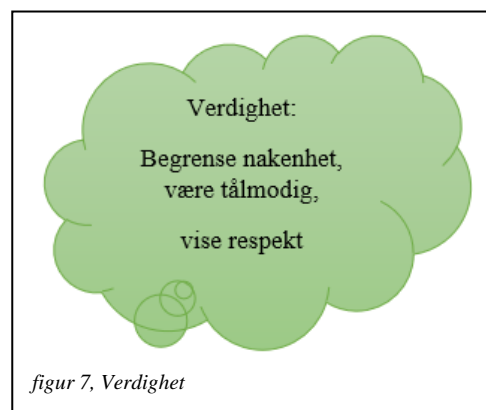
Det snakkes om å be om tillatelse (Gallo-Silver et al. 2014; McGregor et al 2013; McGregor et al. 2010a; Spinelli 2017; Cadman et al 2012 & Gesink & Nattel 2015), om at samtykke er en pågående prosess, der pasienten kan trekke tillatelsen tilbake (Gallo-Silver et al. 2014; McGregor et al. 2013; McGregor et al 2010a & Cadman et al. 2012) og om at behandler bør sjekke

inn med pasienten underveis, både for å sjekke hvordan pasienten har det, og å forsikre seg om fortsatt samtykke (Gallo-Silver et al. 2014; McGregor et al. 2013; McGregor et al. 2010a & Spinelli 2017). Cadman et al. (2012) har en informant som sier at det bør være mulig å ombestemme seg, og likevel kunne komme tilbake senere uten å føle at man har gjort noe galt. Spinelli (2017) poengterer at selv om en undersøkelse er en del av en rutine, kan ikke behandleren anta at han har samtykke bare fordi pasienten er til stede. Viktigheten av å be om tillatelse understrekes av hvordan informantene til Montgomery et al. (2015b) snakker mye om opplevelsen av at noen «gjør noe» med dem uten å ha bedt om tillatelse først. Det dras en direkte sammenligning mellom overgriper, som «gjør noe» med den utsattes kropp, og helsepersonell som «gjør noe» med pasientens kropp.



### 5,2,6 Verdighet

Vi vet at CSA ofte fører til stadig tilbakevendende skam, eller dyp skam som Skårderud (2001) kaller det. Gustin (2016, s. 60-61) beskriver dette som usunn, eller internalisert skam. Dersom slik skamfølelse blandes med frykt for å ha gjort noe galt mener Gustin det vil utvikles skyldfølelse. Det er kjent at CSA utsatte ofte tar på seg skylden for overgrepene (Roberts, Reardon, & Rosenfeld, 1999).



Det er med andre ord vanlig at CSA utsatte sliter med både skam og skyldfølelse. Dette understreker viktigheten av å behandle denne pasientgruppen med verdighet.

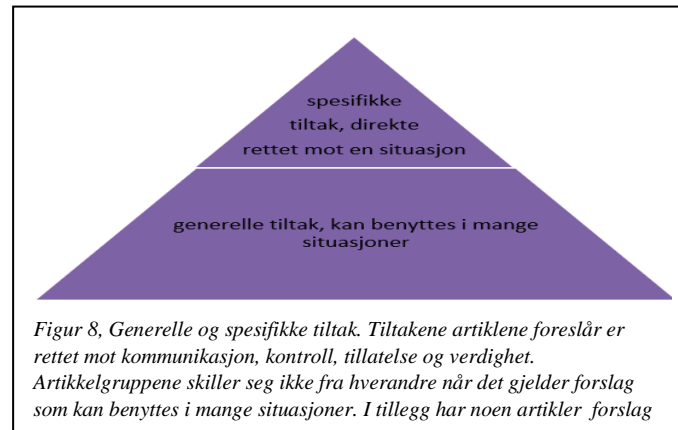
Verdighetsaspektet henger tett sammen med de tre foregående aspektene. Svært mange råd går på begrensning av nakenhet, noe som i tillegg til å opprettholde verdighet hjelper pasienten å beholde kontroll. Det finnes også andre råd for å hjelpe pasienten til å opprettholde verdighet, for eksempel råd om hvordan man kan håndtere det når det er nødvendig at pasientene inntar stillinger de opplever ubehagelige (Gallo-Silver et al. 2014; Cadman et al. 2012 & Kranstad et al. 2019), råd om å være tålmodig (McGregor et al. 2010a & Spinelli 2017) og råd om å vise respekt (Montgomery et al. 2015b).

Begrensning av nakenhet blir her omtalt som en del av det å opprettholde verdighet. Det er også viktig å huske på at nakenhet i seg selv kan være en trigger for CSA utsatte.

### 5,2,7 Sammenligning av artikkelgruppene

Artiklene ble gruppert for å kunne vurdere likheter og ulikheter mellom gruppene, og om noen av funnene kunne generaliseres mellom gruppene. Det finnes noen gruppespesifikke forslag til tilrettelegging av behandling. Selv om disse forslagene er gruppespesifikke, passer de fleste av dem inn under hovedtemaene nevnt over. Det er dermed ikke snakk om at forslagene svarer på spesielle behov pasienten har på grunn av den aktuelle situasjonen, de er snarere spesifikke på hvordan pasientenes mer generelle behov kan dekkes i den spesielle situasjonen de omtaler. For eksempel anbefaler Kranstad (2019) å lage avtaler om et stopp tegn. Dette tiltaket tilpasser kommunikasjonen til tannlegesituasjonen, der behandlingen kan gjøre det vanskelig for pasienten å snakke. Cadman et al. (2012) og Walker & Allan (2013), foreslår å la pasienten sette inn spekel selv, dette gir pasienten kontroll over innsetingen av spekelet. Spinelli (2017) anbefaler at full hudundersøkelse gjøres i etapper, dette tiltaket begrenser behovet for nakenhet i forbindelse med denne spesifikke undersøkelsen, og er dermed med å opprettholde pasientens verdighet.

De gruppespesifikke tiltakene kan med andre ord ses på som situasjonsspesifikke tilpasninger til konseptene i konseptmatrisen, noe som kan tyde på at konseptene i seg selv er generaliserbare.



### 5,2,8 Artikler der anbefalingene skiller seg ut

Rammeverket «moving beyon the pain (Roller 2011) skiller seg ut fra de andre foreslått tiltakene. Det er et teoretisk rammeverk som beskriver 3 faser CSA utsatte kan være i (gjenopplevelse, ta kontroll og komme seg videre). Måten pasientene møtes på bør tilpasses til hvilken fase hun er i. Ingen av de andre artiklene nevner noe lignende, eller tar hensyn til om pasienten har bearbeidet sin CSA opplevelse eller ikke.

Vi vet at bearbeiding fører til både bedret selvtillit og økt relasjonskompetanse (Arias & Johnson 2013), dette støtter opp om Roller (2011) sin teori om at pasientenes behov vil endre seg ut fra hvor langt de har kommet i en bearbeidelsesprosess. Jeg synes det er rart at ingen av de andre artiklene ser på hvordan bearbeidelsesgrad påvirker CSA utsattes behov. Rollers (2011) rammeverk er rettet mot kvinner i den perinentale perioden. Det hadde vært interessant å se rammeverket testet ut på andre CSA utsatte pasientgrupper, og andre forskningsprosjekter som undersøkte CSA utsattes grad av bearbeiding opp mot behovene disse pasientene har i møte med helsevesenet. Økt kunnskap om dette temaet vil kunne gjøre det lettere for helsepersonell å legge til rette for individuelt tilpasset helsehjelp.

Måleverktøyet PSCI (Roller 2012) er designet for å vurdere CSA utsatte kvinners egenomsorg under svangerskap, for å vurdere om det er nødvendig å sette inn tiltak. Jeg tar ikke på meg å vurdere verktøyets nytteverdi, men merker meg ideen om et måleverktøy som er designet med tanke på å vurdere CSA utsatte i forhold til kjente risikofaktorer ved CSA. Kanskje kan en slik ide videreutvikles, slik at det kan lages lignende måleverktøy tilpasset CSA utsatte i møte med andre deler av helsevesenet enn svangerskapsomsorgen? Slike måleverktøy må selvsagt

valideres og testes klinisk, før de eventuelt tas i bruk, men kan kanskje være en hjelp til å tilpasse behandlingen til individuelle behov.

### 5,3 Helsepersonells forutsetninger

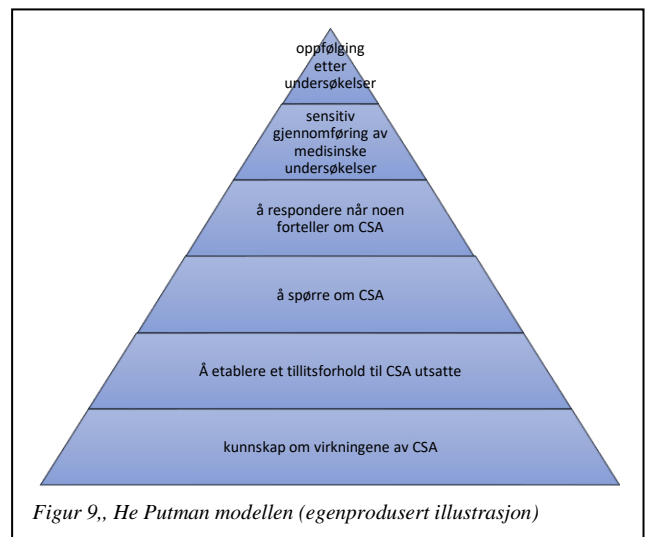
#### 5,3,1 Kunnskap

Flere av artiklene etterspør mer utdannelse eller kursing av helsepersonell enten direkte, (McGregor et al 2013; McGregor et al. 2010a; McGregor et al 2010b; Yalompsky et al. 2010; Walker & Allan 2013 & Kranstad et al. 2019), eller indirekte ved å snakke om kunnskap som helsepersonell bør ha (Sigurdardottir & Halldorsdottir 2018; Wood & Van Esterik 2010; Cadman et al. 2012; Gesink & Nattel 2015 & Wygant et al. 2011). Jeg mener at det er særlig viktig at sykepleiere har kunnskap om CSA, fordi sykepleiere er en stor gruppe helsepersonell med utstrakt pasientkontakt. Dette synet støttes av LoGiudice & Douglas (2016).

I to av artiklene er det helsepersonell som er informanter (McGregor et al. 2013 & Walker & Allan 2013). Begge disse etterspør mer kunnskap. Walker og Allan (2013) har flere informanter som anbefaler at CSA utsatte som forteller sin historie bør være en del av undervisningen. Artikkelen etterspør også opplæring i konkrete ting, som f.eks. kommunikasjon og veiledning, hvordan gi pasienten kontroll og hvordan vite når man ikke skal gjennomføre undersøkelsen. McGregor et al. (2013) etterspør kursing i hvordan best håndtere det når noen forteller. Videre mener artikkelen at kunnskap om CSA vil gjøre det lettere å innføre screening.

McGregor et al. (2010a) foreslår en modell for opplæring (He Putman modellen), som består av 6 trinn, det hvert trinn bygger på det forrige. Modellen forteller hvilke overordnede tema som bør være med i undervisningen, og i hvilken rekkefølge disse bør tas opp, men går ikke in i detaljer om innhold eller undervisningsformer.

Jeg har ikke klart å finne forskning som har gjort en grundig evaluering av noen opplæringsopplegg. Hvis vi skal gjennomføre mer opplæring, ville forskning på opplæring



være nyttig. He Putman modellen ser ut til å ha en logisk tematisk oppbygging, og jeg hadde likt å sett en utprøving av denne. I så fall måtte både pensum og pedagogisk tilnærming utvikles. Kanskje CSA utsatte som forteller sin historie kan være en del av opplegget på det nederste trinnet i modellen. De fem neste trinnene i modellen går stor grad ut på praktiske ferdigheter, her kan kanskje simulering være nyttig.

Kun en av artiklene er basert på empiri fra Norge. Den er spisset mot tannleger, og mener at grunnleggende kunnskap om CSA bør være en del av tannlegeutdannelsen, men sier ikke noe om dagens innhold i utdannelsen (Kranstad et al. 2019). Det er med andre ord ikke mulig å bruke datamaterialet til å vurdere norsk utdanning av helsepersonell gir tilstrekkelig kunnskap om CSA. Når det er sagt ser vi at det er svært mange av artiklene etterlyser mer kunnskap hos helsepersonell, med tanke på at dette er artikler fra en rekke ulike land, er det ikke urimelig å se for seg at kunnskapsøkning er et behov også her i Norge. Det trengs norsk forskning for å kartlegge om norsk helsepersonell opplever at de har nok kunnskap på feltet. Slik forskning kan gjerne kombineres med forskning om hvordan norsk helsepersonell håndterer CSA utsatte pasienter, slik at kunnskapsnivå og håndtering kan ses i lys av hverandre.

De yrkesetiske retningslinjene punkt 1,3 (Norsk sykepleieforbund 2019) sier at «sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig». Sykepleier som opplever å ha hull i kunnskapen sin er dermed selv ansvarlig for å tilegne seg den kunnskapen som mangler. Likevel mener jeg det er mye forlangt at sykepleier selv både skal oppdage dette kunnskapshullet, og være i stand til å tette det. Siden pasienter sjelden forteller om CSA uten å bli spurt, er det stor fare for at en sykepleier som ikke er oppmerksom på temaet ikke fanger det opp hos pasientene sine. For de som oppdager kunnskapshullet kan temaet være vanskelig å nærme seg grunnet tabuer i samfunnet, og egne følelser rundt temaet. Jeg mener derfor at sykepleierutdannelsen bør gi grunnleggende kunnskap om CSA.

Studenter som begynner på helse- og sosialfaglig utdanning i Norge fra høsten 2020 kommer til å følge nye læreplaner, med en ny felles rammeplan for grunntidningene, og nye felles retningslinjer for hver enkelt av utdanningene. Overgrep er nevnt både i den nye felles rammeplanen og i de nye retningslinjene for sykepleierutdannelsen (Regjeringen 2020; Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017, 2 & Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, 6). Når de første kullene av disse studentene uteksamineres, ville det vært spennende med en undersøkelse av hvilke kunnskap

de har på feltet, og om de føler seg klare til å møte CSA utsatte pasienter. En slik undersøkelse kunne med fordel vært sammenlignet med en tilsvarende undersøkelse av tidligere kull, for å gi et grunnlag for å vurdere om endringene i utdannelsen har gitt resultater på dette punktet.

### 5,3,2 Støtte

Flere artikler er inne på at helsepersonell har behov for støtte når de møter CSA utsatte pasienter. Det nevnes kollegastøtte (McGregor et al. 2013; Walker & Allan 2013 & Wygant et al 2011), støtte fra rådgiver (McGregor et al. 2013) og støtte fra overordnede (Walker & Allan 2013). McGregor et al. (2013) påpeker at helsepersonell også selv kan være utsatt for CSA, og at dette kan øke behovet for støtte. Ingen av artiklene går inn på hva slags form denne støtten bør ha.

McGregor et al. (2013) påpeker at det finnes CSA utsatte også blant helsepersonell. Vi vet at egen CSA historikk hos helsepersonell kan skape utfordringer i behandlingssituasjonen (Gallop et al. 1995), derfor er det naturlig å anta at CSA utsatt helsepersonell kan ha bruk for ekstra støtte.

Både gode retningslinjer og tilgang til gode fagpersoner å henvise videre til, kan også ses på som en form for støtte. Både McGregor et al. (2013) og Walker & Allan (2013) snakker om at helsepersonell trenger å vite hvem de kan henvise pasientene videre til. McGregor et al. (2010b) mener det bør utarbeides retningslinjer for screening., og for hvordan helsepersonell skal behandle CSA utsatte. McGregor et al. (2013) anbefaler at det utvikles et måleverktøy for å finne ut hvor en praksis befinner seg på kontinuumet fra ingen bevissthet til traumebevisst behandling. Artikkelen ser for seg at dette kan benyttes for å vite når man trenger å sette inn endringstiltak.

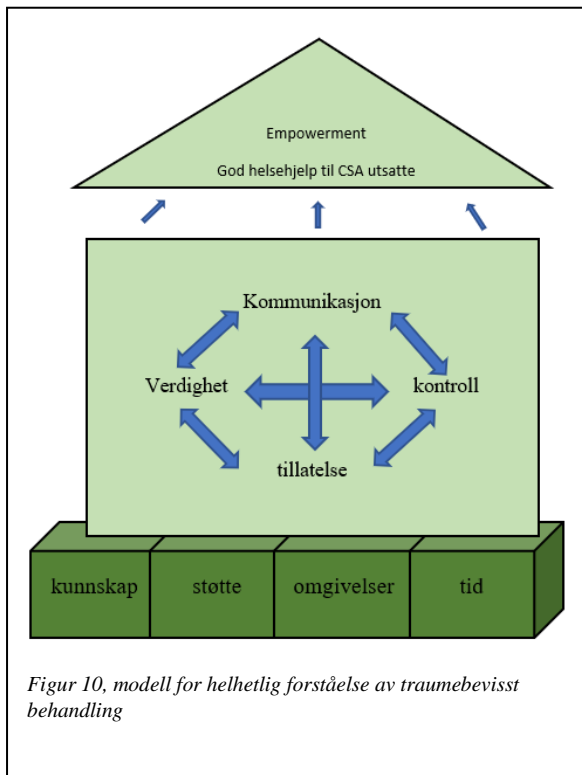
### 5,3,3Omgivelser og tid

Konseptmatrisen identifiserte kunnskap og støtte som forutsetninger for at helsepersonell skal kunne gi traumebevisst helsehjelp. Gjennom rådene under konseptet «behandling» har jeg kommet fram til to andre viktige forutsetninger, tilrettelagte omgivelser, og tilstrekkelig tid. Dersom man skal ivareta pasientenes privatliv, er det nødvendig å ha tilgang til fasiliteter der dette er mulig, for eksempel bør det være lydtett, så samtaler ikke kan overhøres, noe som

påpekes av McGregor et al. (2010b). Det rådes til å ta seg god tid til spørsmål (McGregor et al. 2013 & Gesink og Nattel 2015), for å kunne gjøre det må helsepersonell ha nok tid til rådighet.

#### 5,4 Helhetlig modell for traumebevisst behandling

De fire aspektene ved traumebevisst behandling er, som diskutert tidligere, kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet. Aspektene er avhengige av hverandre, det er ingen klare skillelinjer mellom dem, de flyter i hverandre og overlapper. Aspektene er en del av en helhet, samtlige må ivaretas for at behandlingen skal være traumebevisst. Traumebevisst behandling må være individuelt tilrettelagt. Aspektene i seg selv tar i stor grad vare på det, fordi det å kommunisere, dele kontroll og be om tillatelse vil gjøre behandlingen individuell. Likevel er det ikke usannsynlig at mer kunnskap om relasjonen mellom CSA utsattes behov, og i hvor stor grad de har bearbeidet traumene sine, ville kunne være til hjelp når behandlingen skal individualiseres. Jeg vil gjerne se videre forskning på dette feltet, kanskje som en videreutvikling av Roller (2011) sin modell.



Figur 10, modell for helhetlig forståelse av traumebevisst behandling

Dersom sykepleiere, og annet helsepersonell, skal kunne yte traumebevisst behandling, er det noen forutsetninger som må ligge til grunn. Kunnskap, støtte, omgivelser og tid har vært diskutert tidligere, og kan ses på som grunnleggende forutsetninger for at helsepersonell skal kunne gjennomføre traumebevisst behandling. Målet med den traumebevisste behandlingen er at CSA utsatte pasienter skal få god helsehjelp. Samtidig er det grunn til å tro at slik behandling samtidig vil kunne være en tilretteleggelse for at pasientene skal kunne oppnå empowerment.

For å illustrere har jeg satt disse elementene sammen til en helhetlig modell. Nederst i

modellen er det en grunnmur, som består av en stein for hver av de fire grunnleggende

forutsetningene, som er kunnskap, støtte, omgivelser og tid. Oppå grunnmuren hviler den traumebevisste behandlingen, som inneholder aspektene kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet. Alle aspektene finnes i den samme boksen, de er ikke adskilt, fordi de overlapper, flyter i hverandre og påvirker hverandre. Det går piler mellom dem for å illustrere dette. Over det hele svever målet, som er god helsehjelp til CSA utsatte og empowerment.

Den helhetlige modellen samsvarer godt med sykepleiefagets verdier. Kristoffersen et al. (2016, s.17) trekker frem pasientenes verdighet, integritet, rett til medbestemmelse og rett til ikke å bli krenket som viktig ved sykepleie. Hvis vi sammenligner sette med de fire aspektene i traumebevisst behandling, ser vi mange likheter. Verdighet nevnes direkte av Kristoffersen et.al. (2016, s. 17), aspektene kontroll og tillatelse tar vare på pasientens rett til ikke å bli krenket og rett til medbestemmelse.

Modellen rommer alle de fem vitenskapsfilosofiske dimensjonene ved sykepleie som beskrives av Kim (2016). Den vitenskapelige dimensjonen ser man igjen i modellens opprinnelse, da den bygger på vitenskapelig kunnskap. Videre er kunnskap en av steinene i modellens grunnmur. Den tekniske dimensjonen er til stede i modellens aspekter kontroll og tillatelse, som blant annet handler om gjennomføring av prosedyrer. Modellen handler om møtet mellom helsepersonell og CSA utsatt pasient, og skal hjelpe helsepersonell å se og ta hensyn til pasientenes helhetlige situasjon. dette kan ses som et uttrykk for den eksistensielle dimensjonen. Det etiske aspektet viser seg ved at modellen tar sikte på å beskytte CSA utsatte pasienter, ved å gi helsepersonell et kunnskapsgrunnlag som gjør dem i stand til å ta gode valg i møte med disse pasientene. Den estetiske dimensjonen kan man se igjen i modellens kommunikasjonsaspekt, som omhandler både verbal og nonverbal kommunikasjon.

Modellen er laget som et svar på problemstillingen «Hva skal til for at sykepleiere kan bidra til at voksne pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, kan oppleve god helsehjelp?» Det er likevel ingenting i veien for at modellen kan tas i bruk også av andre profesjoner.

### 5.5 Oppgavens styrker og svakheter

Ethvert litteraturreview rammes inn av valg og kombinasjon av søkeord, og hvilke databaser det søkes i. Dette bestemmer hvilke treff man får i litteratursøket, og dermed om man finner det datamaterialet som er relevant. Det har blitt søkt i et stort antall databaser, og gjennomført



et grundig kilde- og siteringssøk. Dette er en styrke ved oppgaven. Likevel må det nevnes at dette arbeidet har vært utført av en enkelt person, som ikke har mye erfaring med denne type arbeid. Dette kan være en svakhet ved oppgaven.

Datamaterialet har store ulikheter, både når det gjelder metode og problemstilling. Noen av artiklene ser på problemstillingen fra pasientenes side, mens andre tar for seg helsepersonells erfaringer. Det er også ulikheter i sammensetningen av informantenes kjønn. Disse ulikhetene kan både være en svakhet og en styrke. En svakhet fordi det kan være utfordrende å sammenligne data som er ulikt, men en styrke fordi et bredt spekter i de inkluderte artiklene gir potensiale for å også ha et bredt spekter i funnene, noe som kan gi en dypere forståelse for et komplekst tema.

Både artikler som omhandler kvinnelige CSA utsatte og artikler som omhandler mannlige CSA utsatte er inkludert i oppgaven. Dette kan være en styrke, fordi det gir et stort datagrunnlag, samtidig er det mulig at man mister nyanser ved å blande kjønnene på denne måten.

## 6.0 Konklusjon

Problemstillingen i denne oppgaven er «Hva skal til for at sykepleiere kan bidra til at voksne pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, kan oppleve god helsehjelp?» For å svare på dette har jeg gjort en datastyrt analyse av de inkluderte artiklene, for så å diskutere konseptene jeg kom fram til i analysen. Jeg anser traumebevisst behandling som god helsehjelp til CSA utsatte. Gjennom diskusjonen har jeg kommet fram til en helhetlig modell for traumebevisst behandling. Denne modellen viser at for å kunne gi traumebevisst behandling trenger sykepleier kunnskap, støtte, tilrettelagte omgivelser og nok tid. Når disse forutsetningene er til stede har sykepleier mulighet til å gi traumebevisst behandling, der kommunikasjon, kontroll, tillatelse og verdighet er sentrale aspekter.

Sykepleiere utgjør en stor gruppe helsearbeidere med utstrakt pasientkontakt, og er ofte det første helsepersonellet som møter pasienten. Sykepleiere utfører også mange prosedyrer, noe vi har sett kan være utfordrende for CSA utsatte pasienter. Den helhetlige modellen for traumebevisst behandling er derfor svært relevant for sykepleie.

Det trengs utfyllende kunnskap rundt flere elementer i modellen. Noen viktige områder for fremtidig forskning:

- Hvordan og når det er hensiktsmessig å gjennomføre rutinemessig screening.
- Om, og eventuelt hvordan, CSA utsattes behov endrer seg i løpet av en bearbeidelsesprosess.
- Hvordan kunnskapsnivået er blant norsk helsepersonell.
- Måter å implementere kunnskap om CSA i utdanning og kurs for helsepersonell.

## Referanseliste

- Aaron, E., Criniti, S., Bonacquisti, A., & Geller, P. A. (2013). Providing sensitive care for adult HIV-infected women with a history of childhood sexual abuse. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 24(4), 355-367. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2013.03.004>
- Arias, B. J. & Johnson, C. V. (2013). Voices of Healing and Recovery from Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22 (7), 822-841. .  
<https://doi.org/10.1080/10538712.2013.830669>
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming children and youth*, 17(3), 17-21. <https://s3-us-west-2.amazonaws.com/cxl/backup/prod/cxl/gklugiewicz/media/507188fa-30b7-8fd4-aa5f-ca6bb629a442.pdf>
- Cadman, L., Waller, J., Ashdown-Barr, L., & Szarewski, A. (2012). Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 38(4), 214-220.  
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1136/jfprhc-2012-100378>
- Chochrain (2019, januar). Screening. Hentet fra: <https://www.cochrane.no/nb/screening>
- Coles, J., & Jones, K. (2009). "Universal Precautions": Perinatal Touch and Examination after Childhood Sexual Abuse. *Birth* 36 (3) 230-236. [https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1523-536X.2009.00327.x](https://doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1523-536X.2009.00327.x)
- Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, F. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British journal of nursing* (17) 1, 38-43  
<https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>
- Davy, E. (2006). The endoscopy patient with a history of sexual abuse: strategies for compassionate care. *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 29(3), 221-225.
- De forskningsetike komiteene (2016, 31. mai). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Draucker, C. B., & Spradlin, D. (2001). Women sexually abused as children: implications for orthopaedic nursing care. *Orthopedic nursing*, 20(6), 41-48.
- Engel, C. C., Walker, E. A. & Caton, W. J. (1996). Factors related to dissociation in patients with gastrointestinal complaints. *Journal of Psychosomatic Research*, (40) (6), 643-653. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00636-2](https://doi.org/10.1016/0022-3999(95)00636-2)
- Folkehelseinstituttet (2019, 24. juni). Folkehelse rapporten, Vold og seksuelle overgrep. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>

- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (2017). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (FOR-2017-09-06-1353) hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2017-09-06-1353>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412) hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>
- Gallop, R., McKeever, P., Toner, B., Lancee, W., & Lueck, M. (1995). The impact of childhood sexual abuse on the psychological well-being and practice of nurses. *Archives of psychiatric nursing*, 9(3), 137-145. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(95\)80036-0](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(95)80036-0)
- Gallo-Silver, L., Anderson, C. M, & Romo, J. (2014). Best clinical practices for male adult survivors of childhood sexual abuse: do no harm. *Perm J* 18: 82-87.
- Gesink, D., & Nattel, L. (2015). A qualitative cancer screening study with childhood sexual abuse survivors: experiences, perspectives and compassionate care. *BMJ Open*, 5(8), <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007628>
- Gustin, L. (2016) *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Havig, K. (2008). The health care experiences of adult survivors of child sexual abuse. A systematic review of evidence on sensitive practice. *Trauma, violence and abuse*, 9 (1), 19-33. <https://doi.org/10.1177/1524838007309805>
- Helsebiblioteket (2018, april). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet fra: <file:///C:/Users/Tonje/AppData/Local/Temp/Sjekkliste%20Kvalitativ%202018-3.pdf>
- Holtermann (2016, 03. juni). Sjekklistene. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- HVL (2020). Sykepleie. Hentet fra: <https://hvl.no/studier/studieprogram/2020h/bsyk/>
- Irish, L., Kobayashi, I. & Delahanty, D. L. (2009). Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review. *Journal of Pediatric Psychology* 35 (5) 450-461 doi:10.1093/jpepsy/jsp118
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rassmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori, nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kim, H.S. (2016). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E.K. Grov & I. M. Holter (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (2. utg.). (s. 142-155). Oslo: Cappellendamm Akademisk
- Knutsen, I. R. (2014). Likeverd eller dominans? Symbolsk volds på LMS. I S. Tveiten & K. Boge (Red.). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk* (s. 70-84). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kranstad, V., Søftestad, S., Fredriksen, T. V., & Willumsen, T. (2019). Being considerate every step of the way: a qualitative study analysing trauma-sensitive dental treatment for childhood sexual abuse survivors. *European Journal of Oral Sciences*.

- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Pasient og sykepleier-verdier og samhandling. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (3. Utg.). (s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (3. Utg.) (s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk
- LoGiudice, J. A., & Douglas, S. (2016). Incorporation of Sexual Violence in Nursing Curricula Using Trauma-Informed Care: A Case Study. *Journal of Nursing Education* 55 (4) 215-219. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160316-06>
- McGregor, K., Gautam, J., Glover, M. & Jülich, S. (2013). Health Care and Female Survivors of Childhood Sexual Abuse: Health Professionals' Perspectives, *Journal of Child Sexual Abuse*, (22) 6, 761-775, <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.811143>
- McGregor, K., Glover, M., Gautam, J., & Julich, S. (2010a). Working sensitively with child sexual abuse survivors: what female child sexual abuse survivors want from health professionals. *Women Health*, 50(8), 737-755. <https://doi.org/10.1080/03630242.2010.530931>
- McGregor, K., Julich, S., Glover, M., & Gautam, J. (2010b). Health professionals' responses to disclosure of child sexual abuse history: female child sexual abuse survivors' experiences. *J Child Sex Abus*, 19(3), 239-254. <https://doi.org/10.1080/10538711003789015>
- Monahan, K. & Frogash, C. (2000). Enhancing the health care experiences of adult female survivors of childhood sexual abuse. *Woman health*, 30 (4), 27-40. [https://doi.org/10.1300/J013v30n04\\_03](https://doi.org/10.1300/J013v30n04_03)
- Montgomery, E., Pope, C., & Rogers, J. (2015a). A feminist narrative study of the maternity care experiences of women who were sexually abused in childhood. *Midwifery*, 31(1), 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.010>
- Montgomery, E., Pope, C., & Rogers, J. (2015b). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 194. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0626-9>
- Norsk sykepleieforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Norvoll (2009). Makt og avmakt. I E. Brodtkrob & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn* (67-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Raja, S., Hasnain, M., Hoersch, M., Gove-Yin, S., & Rajagopalan, C. (2015). Trauma informed care in medicine. *Family & community health*, 38(3), 216-226. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000071>
- Reeves, E. (2015). A Synthesis of the Literature on Trauma-InformedCare, *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 698-709. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319>

- Regjeringen (2020, 03. januar). Rammeplaner for høyere utdanning. Henter fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/rammeplaner/id435163/>
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (med Skov, S.). (2013). *Den gode oppgaven, håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*, (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Roberts, S.J., Reardon, K. M. & Rosenfeld, S. (1999). Childhood sexual abuse: surveying its impact on primary care. *AWHONN lifelines*, (3) 1, 39-45. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1552-6356.1999.tb01064.x>
- Roller, C. G. (2011). Moving beyond the pain: women's responses to the perinatal period after childhood sexual abuse. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(5), 488-493
- Roller, C. G. (2012). The perinatal self-care index: development of an evidence-based assessment tool for use with child sexual abuse survivors. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 319-326. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318252dd9a>
- RVTS sør (2020). De tre pilarene i traumebevisst omsorg. Hentet fra: <https://rvtssor.no/aktuelt/294/de-tre-pilarene-i-traumebevisst-omsorg/>
- RVTS sør (2018). Traumebevisst. Henntet fra: <https://www.traumebevisst.no/>
- Schnur, J., Dillon, M. J., Goldsmith, R. E. & Montgomery, G. H. (2018). Cancer treatment experiences among survivors of childhood sexual abuse: A qualitative investigation of triggers and reactions to cumulative trauma. *Paliative and supportive care*, 16, 767-776. <https://doi.org/10.1017/S147895151700075X>
- Sigurdardottir, S., & Halldorsdottir, S. (2018). Screaming Body and Silent Healthcare Providers: A Case Study with a Childhood Sexual Abuse Survivor. *Int J Environ Res Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph15010094>
- Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift Norske Lægeforening* 13 (121), 1613 – 1617
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri for helse og sosialfagene* (4. Utg.). Oslo: Cappelenhamm Akademisk
- Spinelli, F. (2017). The sexually abused man's relationship with his physician. In *Understanding the Sexual Betrayal of Boys and Men* (pp. 37-62). Routledge.
- Strand, J. (2018) Helsesøstre må våge å spørre om vold og overgrep. *Sykepleien* <https://doi.org/10.4220/Sykepleienn.2018.72233>
- Søfteland, S. (2008). *Avdekking av seksuelle overgrep – veier ut av fortielsen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk, pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Tveiten, S. og Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I S. Tveiten & K. Boge (Red.). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk* (s. 13-25). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Walker, J., & Allan, H. T. (2014). Cervical screening and the aftermath of childhood sexual abuse: are clinical staff trained to recognise and manage the effect this has on their patients? *Journal of clinical nursing*, 23(13-14), 1857-1865.
- Webster, J., & Watson, R. (2002). Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review. *MIS Quarterly*, 26(2), Xiii-Xxiii.  
<http://www.jstor.org/stable/4132319>
- Wood, K., & Van Esterik, P. (2010). Infant feeding experiences of women who were sexually abused in childhood. *Can Fam Physician*, 56(4), e136-141.
- Wygant, C., Hui, D., & Bruera, E. (2011). Childhood sexual abuse in advanced cancer patients in the palliative care setting. *Journal of Pain & Symptom Management*, 42(2), 290-295.
- Yampolsky, L., Lev-Wiesel, R., & Ben-Zion, I. Z. (2010). Child sexual abuse: Is it a risk factor for pregnancy? *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2025-2037.

## Vedlegg 1, oversikt litraturesøk

Det er søkt i til sammen 8 databaser:

Dato	Database	Antall treff
25.10.2019	Medline	106
27.10.2019	CHINAL	96
27.10.2019	Amed	2
27.10.2019	Embase	72
27.10.2019	PsykINFO	33
27.10.2019	Pubmed	242
27.10.2019	Swemed +	1
01.11.2019	British Nursing Index	558
Totalt antall treff:		856

Oversikt over vedlegg som beskriver litraturesøket:

Vedlegg 1: oversikt litraturesøk

Vedlegg 2: Pico-P skjema gir en samlet oversikt over søkeordene som er brukt i de ulike databasene.

Vedlegg 3-10: gir detaljert søksstrategi for hver enkelt database. Grunnen til at disse vedleggene har ulik utforming er at de er generert av søkemotorene, og utformingen dermed gjenspeiler søkemotoren som genererte dem.

Vedlegg 11 og 12: gir oversikt over gjennomføring av siteringssøk og søk i kildelister. Alle siteringssøk er gjort i google scholar.

Vedlegg 13: flytskjema, gir en skjematisk oversikt over hvordan de 856 treffene ble redusert til 17 inkluderte artikler.



Vedlegg 2, PICO P-skjema

Databaser ↓	Populasjon	Voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn i møte med helsevesenet.		
	Bestanddel i populasjon	Seksuelle overgrep	Voksne	I møte med helsevesenet
<b>Cinahl</b> Subject terms		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Child abuse, sexual</li> <li>• incest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survivors</li> <li>• Child abuse survivors</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical staff</li> <li>• Nursing care</li> <li>• Health care delivery</li> </ul>
<b>Cinahl</b> nøkkelord		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Csa</li> <li>• Child sexual abuse</li> <li>• Childhood sexual abuse</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing</li> <li>• Health care experience</li> <li>• Sensitive care</li> </ul>
<b>Pubmed</b> Mesh terms		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Child abuse, sexual</li> <li>• Incest</li> <li>• Child sexual abuse</li> <li>• Childhood sexual abuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survivors</li> <li>• Child abuse survivors</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical staff</li> <li>• Nursing</li> <li>• Nursing care</li> <li>• Delivery of health care</li> </ul>
<b>Pubmed</b> nøkkelord				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health care experience</li> <li>• Sensitive care</li> </ul>
<b>Medline, Amed, Embase og PsycINFO</b> Subject headings		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Child abuse, sexual</li> <li>• Incest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survivors</li> <li>• Adult survivors of child abuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical staff</li> <li>• Nursing</li> <li>• Nursing care</li> <li>• Delivery of health care</li> </ul>
<b>Medline, Amed, Embase og PsycINFO</b> Nøkkelord		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Csa</li> <li>• Child sexual abuse</li> <li>• Childhood sexual abuse</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health care experience</li> <li>• Sensitive care</li> </ul>
<b>Svemed +</b> Mesh terms		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Child abuse, sexual</li> <li>• incest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survivors</li> <li>• Adult survivors</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical staff</li> <li>• Nursing</li> <li>• Nursing care</li> </ul>

		of child abuse	
<b>Svemed+ Nøkkelord</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Childhood sexual abuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health care experience</li> <li>• Sensitive care</li> </ul>
<b>British nursing index</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Child sexual abuse”</li> <li>• “Childhood sexual abuse”</li> <li>• incest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• survivor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “medical staff”</li> <li>• nursing</li> <li>• “health care experience “</li> <li>• “sensitive care”</li> </ul>

Vedlegg 3, søk i Medline 25.10.2019

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to October 25, 2019>

Search Strategy:

- 
- 1 child abuse, sexual.mp. or Child Abuse, Sexual/ (9889)
  - 2 incest.mp. or Incest/ (2169)
  - 3 csa.mp. (21863)
  - 4 child sexual abuse.mp. (2742)
  - 5 Survivors/ or survivors.mp. (93090)
  - 6 adult survivors of child abuse.mp. or "Adult Survivors of Child Abuse"/ (2070)
  - 7 medical staff.mp. or Medical Staff/ (35602)
  - 8 nursing.mp. or Nursing/ (587214)
  - 9 nursing care.mp. or Nursing Care/ (50630)
  - 10 delivery of healthcare.mp. or "Delivery of Health Care"/ (87505)
  - 11 health care experience.mp. (265)
  - 12 sensitive care.mp. (512)
  - 13 childhood sexual abuse.mp. (2464)
  - 14 1 or 2 or 3 or 4 or 13 (33501)
  - 15 5 or 6 (93090)
  - 16 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 (698343)
  - 17 14 and 15 and 16 (111)

\*\*\*\*\*

Begrenset til «journal article» (106)

106 treff

## Vedlegg 4, søk i CINAHL 27.10. 2019

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S17	S14 AND S15 AND S16	Limiters - Peer Reviewed Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	96
S16	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	669,058
S15	S6 OR S7	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	41,836
S14	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	9,089
S13	"sensitive care"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	496
S12	"health care experience"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	194
S11	(MH "Health Care Delivery") OR "health care delivery"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	58,541
S10	(MH "Nursing Care") OR "nursing care"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	49,504
S9	"nursing"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	612,590
S8	(MH "Medical Staff") OR "Medical staff"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	8,184
S7	(MH "Child Abuse Survivors") OR "child abuse survivors"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2,345

S6	(MH "Survivors") OR "survivors"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	41,836
S5	"childhood sexual abuse"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	4,656
S4	"child sexual abuse"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	4,422
S3	"csa"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2,679
S2	(MH "Incest") OR "incest"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	539
S1	(MH "Child Abuse, Sexual") OR "child abuse, sexual"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	6,080

96 treff

Vedlegg 5, søk i AMED 27.10.2019

Database: AMED (Allied and Complementary Medicine) <1985 to October 2019>

Search Strategy:

- 
- 1 child abuse, sexual.mp. or Child Abuse, Sexual/ (153)
  - 2 incest.mp. or Incest/ (18)
  - 3 csa.mp. (225)
  - 4 child sexual abuse.mp. (34)
  - 5 Survivors/ or survivors.mp. (2247)
  - 6 adult survivors of child abuse.mp. or "Adult Survivors of Child Abuse"/ (3)
  - 7 medical staff.mp. or Medical Staff/ (179)
  - 8 nursing.mp. or Nursing/ (11700)
  - 9 nursing care.mp. or Nursing Care/ (4320)
  - 10 delivery of healthcare.mp. or "Delivery of Health Care"/ (9720)
  - 11 health care experience.mp. (6)
  - 12 sensitive care.mp. (30)
  - 13 childhood sexual abuse.mp. (62)
  - 14 1 or 2 or 3 or 4 or 13 (417)
  - 15 5 or 6 (2247)
  - 16 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 (20460)
  - 17 14 and 15 and 16 (2)

\*\*\*\*\*

Begrenset til «journal article» (2)

2 treff

Vedlegg 6, søk i Embase 27.10.2019

Database: Embase <1980 to 2019 Week 43>

Search Strategy:

- 
- 1 child abuse, sexual.mp. or Child Abuse, Sexual/ (7933)
  - 2 incest.mp. or Incest/ (2316)
  - 3 csa.mp. (30712)
  - 4 child sexual abuse.mp. (10622)
  - 5 Survivors/ or survivors.mp. (123635)
  - 6 adult survivors of child abuse.mp. or "Adult Survivors of Child Abuse"/ (539)
  - 7 medical staff.mp. or Medical Staff/ (41224)
  - 8 nursing.mp. or Nursing/ (527263)
  - 9 nursing care.mp. or Nursing Care/ (46705)
  - 10 delivery of healthcare.mp. or "Delivery of Health Care"/ (127018)
  - 11 health care experience.mp. (333)
  - 12 sensitive care.mp. (639)
  - 13 childhood sexual abuse.mp. (3005)
  - 14 1 or 2 or 3 or 4 or 13 (43188)
  - 15 5 or 6 (124049)
  - 16 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 (679864)
  - 17 14 and 15 and 16 (106)

\*\*\*\*\*

Begrenset til «article» (72)

72 treff

Vedlegg 7, søk i psykiINFO 27.10.2019

Database: PsycINFO <1987 to October Week 3 2019>

Search Strategy:

- 
- 1 child abuse, sexual.mp. or Child Abuse, Sexual/ (5454)
  - 2 incest.mp. or Incest/ (3522)
  - 3 csa.mp. (2884)
  - 4 child sexual abuse.mp. (6096)
  - 5 Survivors/ or survivors.mp. (28669)
  - 6 adult survivors of child abuse.mp. or "Adult Survivors of Child Abuse"/ (1240)
  - 7 medical staff.mp. or Medical Staff/ (1805)
  - 8 nursing.mp. or Nursing/ (57381)
  - 9 nursing care.mp. or Nursing Care/ (5077)
  - 10 delivery of healthcare.mp. or "Delivery of Health Care"/ (156)
  - 11 health care experience.mp. (101)
  - 12 sensitive care.mp. (308)
  - 13 childhood sexual abuse.mp. (4982)
  - 14 1 or 2 or 3 or 4 or 13 (16805)
  - 15 5 or 6 (29702)
  - 16 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 (59585)
  - 17 14 and 15 and 16 (46)

\*\*\*\*\*

Begrenset til «peer reviewed journal» (33)

33 treff



Vedlegg 8, søk I pubmed 27.10.2019

Recent queries in pubmed

Search,Query,Items found,Time

#50,"Search (((((((child abuse, sexual[Title/Abstract]) OR child abuse, sexual[Text Word]) OR child abuse, sexual[MeSH Terms])) OR (((incest[MeSH Terms]) OR incest[Text Word]) OR incest[Title/Abstract])) OR (((child sexual abuse[Title/Abstract]) OR child sexual abuse[Text Word]) OR child sexual abuse[MeSH Terms])) OR (((Childhood sexual abuse[MeSH Terms]) OR Childhood sexual abuse[Text Word]) OR Childhood sexual abuse[Title/Abstract])))) AND (((survivors[MeSH Terms]) OR survivors[Text Word]) OR survivors[Title/Abstract])) OR (((adult survivors of child abuse[MeSH Terms]) OR adult survivors of child abuse[Text Word]) OR adult survivors of child abuse[Title/Abstract])) AND (((((((medical staff[MeSH Terms]) OR medical staff[Text Word]) OR medical staff[Title/Abstract])) OR (((nursing[MeSH Terms]) OR nursing[Text Word]) OR nursing[Title/Abstract])) OR (((nursing care[MeSH Terms]) OR nursing care[Text Word]) OR nursing care[Title/Abstract])) OR (((delivery of healthcare[MeSH Terms]) OR delivery of healthcare[Text Word]) OR delivery of healthcare[Title/Abstract])) OR ((health care experience[Text Word]) OR health care experience[Title/Abstract])) OR ((sensitive care[Text Word]) OR sensitive care[Title/Abstract]))",253,13:57:32

#49,"Search (((((((medical staff[MeSH Terms]) OR medical staff[Text Word]) OR medical staff[Title/Abstract])) OR (((nursing[MeSH Terms]) OR nursing[Text Word]) OR nursing[Title/Abstract])) OR (((nursing care[MeSH Terms]) OR nursing care[Text Word]) OR nursing care[Title/Abstract])) OR (((delivery of healthcare[MeSH Terms]) OR delivery of healthcare[Text Word]) OR delivery of healthcare[Title/Abstract])) OR ((health care experience[Text Word]) OR health care experience[Title/Abstract])) OR ((sensitive care[Text Word]) OR sensitive care[Title/Abstract]))",1543520,13:57:05

#48,"Search (((survivors[MeSH Terms]) OR survivors[Text Word]) OR survivors[Title/Abstract])) OR (((adult survivors of child abuse[MeSH Terms]) OR adult survivors of child abuse[Text Word]) OR adult survivors of child abuse[Title/Abstract]))",92759,13:55:34

#47,"Search (sensitive care[Text Word]) OR sensitive care[Title/Abstract]",509,13:54:13

#46,"Search sensitive care[Title/Abstract]",509,13:53:58

#45,"Search sensitive care[Text Word]",509,13:46:40

#44,"Search (health care experience[Text Word]) OR health care experience[Title/Abstract]",259,13:45:10

#43,"Search health care experience[Title/Abstract]",256,13:44:57

#42,"Search health care experience[Text Word]",259,13:44:41

#41,"Search ((delivery of healthcare[MeSH Terms]) OR delivery of healthcare[Text Word]) OR delivery of healthcare[Title/Abstract]",1037874,13:43:22

#40,"Search delivery of healthcare[Title/Abstract]",650,13:43:00

#39,"Search delivery of healthcare[Text Word]",650,13:42:48

#38,"Search delivery of healthcare[MeSH Terms]",1037572,13:42:33

#37,"Search ((nursing care[MeSH Terms]) OR nursing care[Text Word]) OR nursing care[Title/Abstract]",149863,13:41:04

#36,"Search nursing care[Title/Abstract]",25330,13:40:48

#35,"Search nursing care[Text Word]",50581,13:40:37

#34,"Search nursing care[MeSH Terms]",133023,13:40:25

#33,"Search ((nursing[MeSH Terms]) OR nursing[Text Word]) OR nursing[Title/Abstract]",629110,13:39:49

#32,"Search nursing[Title/Abstract]",260207,13:39:34

#31,"Search nursing[Text Word]",587130,13:39:19

#30,"Search nursing[MeSH Terms]",283076,13:39:02

#29,"Search ((medical staff[MeSH Terms]) OR medical staff[Text Word]) OR medical staff[Title/Abstract]",37395,13:38:25

#28,"Search medical staff[Title/Abstract]",11298,13:38:10

#27,"Search medical staff[Text Word]",35589,13:37:56

#26,"Search medical staff[MeSH Terms]",26980,13:37:41

#25,"Search ((adult survivors of child abuse[MeSH Terms]) OR adult survivors of child abuse[Text Word]) OR adult survivors of child abuse[Title/Abstract]",2069,13:33:57

#24,"Search adult survivors of child abuse[Title/Abstract]",23,13:33:42

#23,"Search adult survivors of child abuse[Text Word]",2069,13:33:26

#22,"Search adult survivors of child abuse[MeSH Terms]",2055,13:33:08

#21,"Search ((survivors[MeSH Terms]) OR survivors[Text Word]) OR survivors[Title/Abstract]",92759,13:32:37

#20,"Search survivors[Title/Abstract]",82853,13:32:22

#19,"Search survivors[Text Word]",92759,13:32:10

#18,"Search survivors[MeSH Terms]",29016,13:31:43

#17,"Search ((((((child abuse, sexual[Title/Abstract]) OR child abuse, sexual[Text Word]) OR child abuse, sexual[MeSH Terms])) OR (((incest[MeSH Terms]) OR incest[Text Word]) OR incest[Title/Abstract])) OR (((child sexual abuse[Title/Abstract]) OR child sexual abuse[Text Word]) OR child sexual abuse[MeSH Terms])) OR (((Childhood sexual abuse[MeSH Terms]) OR Childhood sexual abuse[Text Word]) OR Childhood sexual abuse[Title/Abstract])",13214,13:30:36

#16,"Search ((Childhood sexual abuse[MeSH Terms]) OR Childhood sexual abuse[Text Word]) OR Childhood sexual abuse[Title/Abstract]",4286,13:28:58

#15,"Search Childhood sexual abuse[Title/Abstract]",2460,13:28:37

#14,"Search Childhood sexual abuse[Text Word]",2460,13:28:24

#13,"Search Childhood sexual abuse[MeSH Terms]",3505,13:28:00

#12,"Search ((child sexual abuse[Title/Abstract]) OR child sexual abuse[Text Word]) OR child sexual abuse[MeSH Terms]",10529,13:26:49

#11,"Search child sexual abuse[Title/Abstract]",2739,13:26:16

#10,"Search child sexual abuse[Text Word]",2739,13:25:54

#9,"Search child sexual abuse[MeSH Terms]",9866,13:25:11

#8,"Search ((incest[MeSH Terms]) OR incest[Text Word]) OR incest[Title/Abstract]",2168,13:21:42

#7,"Search incest[Title/Abstract]",1349,13:21:19

#6,"Search incest[Text Word]",2168,13:20:58

#5,"Search incest[MeSH Terms]",1628,13:20:25

#4,"Search ((child abuse, sexual[Title/Abstract]) OR child abuse, sexual[Text Word]) OR child abuse, sexual[MeSH Terms]",9869,13:19:35

#3,"Search child abuse, sexual[Title/Abstract]",4,13:19:02

#2,"Search child abuse, sexual[Text Word]",9866,13:18:45

#1,"Search child abuse, sexual[MeSH Terms]",9866,13:18:26

Begrenset til "Journal article" (242)

242 treff

## Vedlegg 9, søk I swemed +27.10.2019

<input type="checkbox"/>	1	<a href="#">exp:"child abuse, sexual" Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	150	2019-10-27 21:01:06
<input type="checkbox"/>	2	<a href="#">child abuse, sexual Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	159	2019-10-27 21:01:41
<input type="checkbox"/>	3	<a href="#">#1 OR #2</a>	159	2019-10-27 21:02:04
<input type="checkbox"/>	4	<a href="#">childhood sexual abuse Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	24	2019-10-27 21:12:03
<input type="checkbox"/>	5	<a href="#">exp:"incest" Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	25	2019-10-27 21:13:35
<input type="checkbox"/>	6	<a href="#">incest Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	26	2019-10-27 21:13:58
<input type="checkbox"/>	7	<a href="#">#5 OR #6</a>	26	2019-10-27 21:14:29
<input type="checkbox"/>	8	<a href="#">csa Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	0	2019-10-27 21:15:18
<input type="checkbox"/>	9	<a href="#">#3 OR #4 OR #7</a>	171	2019-10-27 21:16:21
<input type="checkbox"/>	10	<a href="#">exp:"Survivors" Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	129	2019-10-27 21:18:12
<input type="checkbox"/>	11	<a href="#">Survivors Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	153	2019-10-27 21:18:34
<input type="checkbox"/>	12	<a href="#">#10 OR #11</a>	153	2019-10-27 21:18:58
<input type="checkbox"/>	13	<a href="#">exp:"Medical Staff" Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	144	2019-10-27 21:20:40
<input type="checkbox"/>	14	<a href="#">medical staff Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	193	2019-10-27 21:21:02
<input type="checkbox"/>	15	<a href="#">#13 OR #14</a>	193	2019-10-27 21:21:21
<input type="checkbox"/>	16	<a href="#">exp:"Nursing" Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	1942	2019-10-27 21:21:55
<input type="checkbox"/>	17	<a href="#">nursing Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	4722	2019-10-27 21:22:17
<input type="checkbox"/>	18	<a href="#">#16 OR #17</a>	4722	2019-10-27 21:22:55
<input type="checkbox"/>	19	<a href="#">exp:"Nursing Care" Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	1697	2019-10-27 21:23:19
<input type="checkbox"/>	20	<a href="#">nursing care Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	3165	2019-10-27 21:23:44
<input type="checkbox"/>	21	<a href="#">#19 OR #20</a>	3165	2019-10-27 21:24:03
<input type="checkbox"/>	22	<a href="#">exp:"Delivery of Health Care" Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	11217	2019-10-27 21:24:57
<input type="checkbox"/>	23	<a href="#">Delivery of Health Care Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	11228	2019-10-27 21:25:22

<input type="checkbox"/>	24	<a href="#">#22 OR #23</a>	11228	2019-10-27 21:25:50
<input type="checkbox"/>	25	<a href="#">health care experience Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	916	2019-10-27 21:26:24
<input type="checkbox"/>	26	<a href="#">sensitive care Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	105	2019-10-27 21:27:21
<input type="checkbox"/>	27	<a href="#">#15 OR #18 OR #21 OR #24 OR #25 OR #26</a>	13906	2019-10-27 21:32:23
<input type="checkbox"/>	28	<a href="#">exp:"Adult Survivors of Child Abuse" Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	14	2019-10-27 21:33:33
<input type="checkbox"/>	29	<a href="#">Adult Survivors of Child Abuse Limits: granskning:"peer reviewed"</a>	15	2019-10-27 21:33:56
<input type="checkbox"/>	30	<a href="#">#28 OR #29</a>	15	2019-10-27 21:34:39
<input type="checkbox"/>	31	<a href="#">#12 OR #30</a>	153	2019-10-27 21:37:11
<input type="checkbox"/>	32	<a href="#">#9 AND #27 AND #31</a>	1	2019-10-27 21:38:02

1 treff

## Vedlegg 10, søk i British nursing Index 05.11.2019

Searched for:

(survivor AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article")) AND (("child sexual abuse" AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article")) OR ("childhood sexual abuse" AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article")) OR (incest AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article"))) AND (("medical staff" AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article")) OR (nursing AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article")) OR ("health care experience" AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article")) OR ("sensitive care" AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article")))

298 treff

Vedlegg 11, siterings- og kildesøk fra inkluderte artikler		
Artikkel	Dato siteringssøk i google scholar	Søk i kildeliste
Cadman, L., Waller, J., Ashdown-Barr, L., & Szarewski, A. (2012). Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. <i>Journal of Family Planning and Reproductive Health Care</i> , 38(4), 214-220. doi:http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1136/jfprhc-2012-100378	16.11.2019	utført
Gallo-Silver, L., Anderson, C. M., & Romo, J. (2014). Best clinical practices for male adult survivors of childhood sexual abuse: do no harm. <i>Perm J</i> 18: 82-87.	19.01.2020	utført
Gesink, D., & Nattel, L. (2015). A qualitative cancer screening study with childhood sexual abuse survivors: experiences, perspectives and compassionate care. <i>BMJ Open</i> , 5(8), e007628. doi:10.1136/bmjopen-2015-007628	16.11.2019	utført
Kranstad, V., Søftestad, S., Fredriksen, T. V., & Willumsen, T. (2019). Being considerate every step of the way: a qualitative study analysing trauma-sensitive dental treatment for childhood sexual abuse survivors. <i>European Journal of Oral Sciences</i> .	16.11.2019	utført
McGregor, K., Gautam, J., Glover, M., & Julich, S. (2013). Health care and female survivors of childhood sexual abuse: health professionals' perspectives. <i>Journal of child sexual abuse</i> , 22(6), 761-775. doi:http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1080/10538712.2013.811143	16.11.2019	utført
McGregor, K., Glover, M., Gautam, J., & Julich, S. (2010a). Working sensitively with child sexual abuse survivors: what female child sexual abuse survivors want from health professionals. <i>Women Health</i> , 50(8), 737-755. doi:10.1080/03630242.2010.530931	16.11.2019	utført
McGregor, K., Julich, S., Glover, M., & Gautam, J. (2010b). Health professionals' responses to disclosure of child sexual abuse history: female child sexual abuse survivors' experiences. <i>J Child Sex Abus</i> , 19(3), 239-254. doi:10.1080/10538711003789015	17.11.2019	utført
Montgomery, E., Pope, C., & Rogers, J. (2015a). A feminist narrative study of the maternity care experiences of women who were sexually abused in childhood. <i>Midwifery</i> , 31(1), 54-60. doi:10.1016/j.midw.2014.05.010	17.11.2019	utført
Montgomery, E., Pope, C., & Rogers, J. (2015b). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 15, 194. doi:10.1186/s12884-015-0626-9	17.11.2019	utført
Roller, C. G. (2011). Moving beyond the pain: women's responses to the perinatal period after childhood sexual abuse. <i>Journal of Midwifery &amp; Women's Health</i> , 56(5), 488-493.	17.11.2019	utført
Roller, C. G. (2012). The perinatal self-care index: development of an evidence-based assessment tool for use with child sexual abuse survivors. <i>Journal of Perinatal &amp; Neonatal Nursing</i> , 26(4), 319-326. doi:10.1097/JPN.0b013e318252dd9a	13.11.2019	utført
Spinelli, F. (2017). The sexually abused man's relationship with his physician. In <i>Understanding the Sexual Betrayal of Boys and Men</i> (pp. 37-62). Routledge.	13.11.2019	utført

<p>Sigurdardottir, S., &amp; Halldorsdottir, S. (2018). Screaming Body and Silent Healthcare Providers: A Case Study with a Childhood Sexual Abuse Survivor. <i>Int J Environ Res Public Health</i>, 15(1). doi:10.3390/ijerph15010094</p>	<p>13.11.2019</p>	<p>utført</p>
<p>Walker, J., &amp; Allan, H. T. (2014). Cervical screening and the aftermath of childhood sexual abuse: are clinical staff trained to recognise and manage the effect this has on their patients? <i>Journal of clinical nursing</i>, 23(13-14), 1857-1865. doi:http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.12390</p>	<p>18.11.2019</p>	<p>utført</p>
<p>Wood, K., &amp; Van Esterik, P. (2010). Infant feeding experiences of women who were sexually abused in childhood. <i>Can Fam Physician</i>, 56(4), e136-141.</p>	<p>14.11.2019</p>	<p>utført</p>
<p>Wygant, C., Hui, D., &amp; Bruera, E. (2011). Childhood sexual abuse in advanced cancer patients in the palliative care setting. <i>Journal of Pain &amp; Symptom Management</i>, 42(2), 290-295.</p>	<p>14.11.19</p>	<p>utført</p>
<p>Yampolsky, L., Lev-Wiesel, R., &amp; Ben-Zion, I. Z. (2010). Child sexual abuse: Is it a risk factor for pregnancy? <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 66(9), 2025-2037. doi:http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2648.2010.05387.x</p>	<p>14.11.19</p>	<p>utført</p>

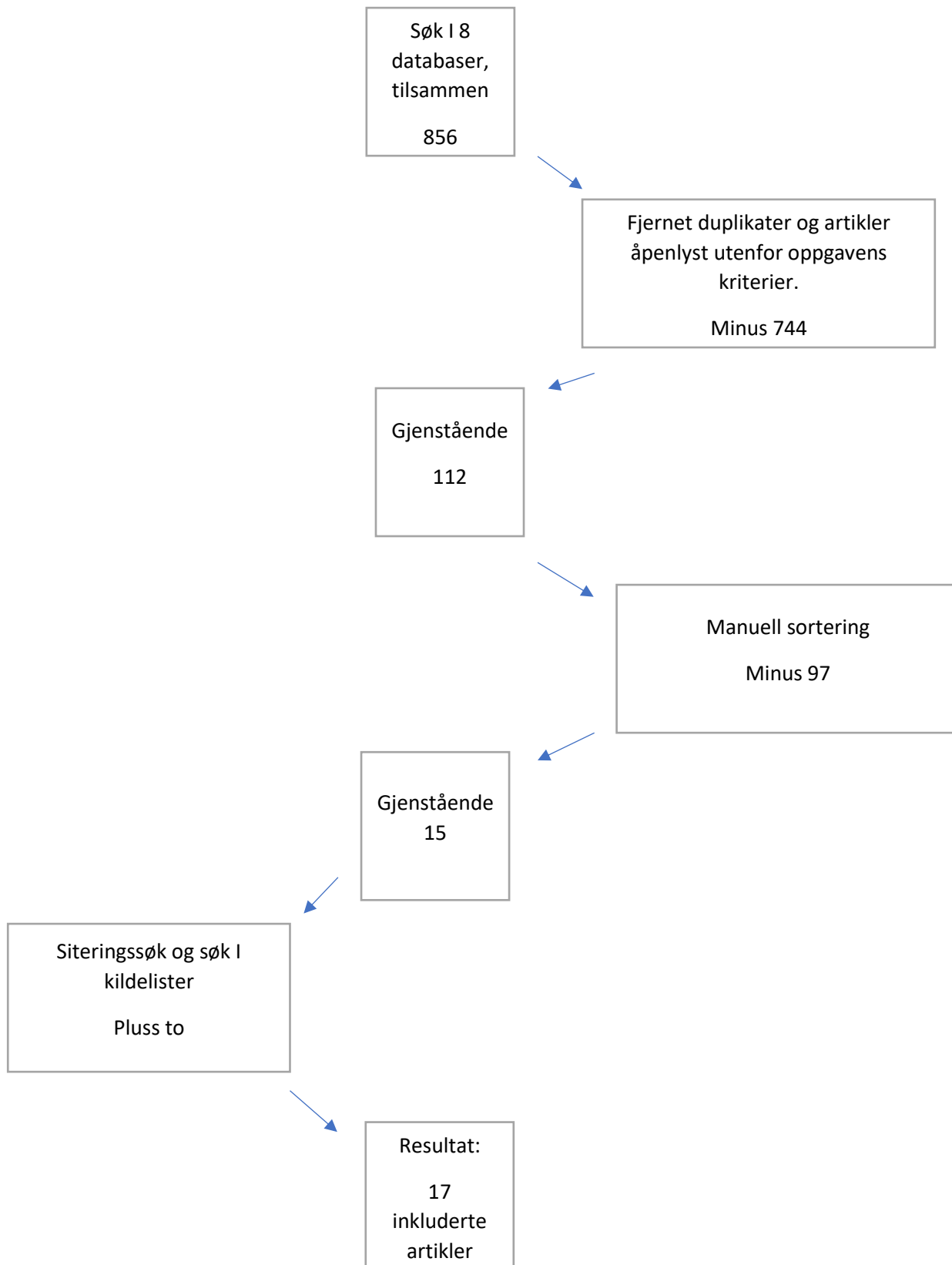


## Vedlegg 12, siterings- og kildesøk fra utvalgte ekskluderte artikler

artikkel	Dato for siteringssøk i Google Scholar	Kildeliste søk	gruppe	Utelatt begrunnelse
Aaron, E., Criniti, S., Bonacquisti, A., & Geller, P. A. (2013). Providing sensitive care for adult HIV-infected women with a history of childhood sexual abuse. <i>J Assoc Nurses AIDS Care</i> , 24(4), 355-367. doi:10.1016/j.jana.2013.03.004	26.03. 2020	utført	HIV	Review
Davy, E. (2006). The endoscopy patient with a history of sexual abuse: strategies for compassionate care. <i>Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates</i> , 29(3), 221-225.	26.03. 2020	Ikke relevant	gastro	Alder
Dougall, A., & Fiske, J. (2009). Surviving child sexual abuse: the relevance to dental practice. <i>Dent Update</i> , 36(5), 294-296, 298-300, 303-294. doi:10.12968/denu.2009.36.5.294	26.03. 2020	Ikke relevant	tann	Alder
Draucker, C. B., & Spradlin, D. (2001). Women sexually abused as children: implications for orthopaedic nursing care. <i>Orthopedic nursing</i> , 20(6), 41-48.	26.03. 2020	Ikke relevant	ortopedi	Alder
Gallo-Silver, L., & Weiner, M. O. (2006). Survivors of childhood sexual abuse diagnosed with cancer: managing the impact of early trauma on cancer treatment. <i>J Psychosoc Oncol</i> , 24(1), 107-134. doi:10.1300/J077v24n01_08	26.03. 2020	Ikke relevant	onkologi	Alder
McCall, J., Lauridsen-Hoegh, P., Unger, D., Phillips, J. C., & Kille, J. (2018). Childhood Sexual Abuse in a Population of Patients Living With HIV: Prevalence and Impact. <i>J Assoc Nurses AIDS Care</i> , 29(3), 466-474. doi:10.1016/j.jana.2017.12.001	27.03. 2020	utført	HIV	Bakgrunnsstoff
Mugavero, M. J., Pence, B. W., Whetten, K., Leserman, J., Swartz, M., Stangl, D., & Thielman, N. M. (2007). Childhood abuse and initial presentation for HIV care: an opportunity for early intervention. <i>AIDS Care</i> , 19(9), 1083-1087. doi:10.1080/09540120701351896	27.03. 2020	Ikke relevant	HIV	Alder
Peters, J., & Kaye, L. W. (2003). Childhood sexual abuse: a review of its impact on older women entering institutional settings. <i>Clinical Gerontologist</i> , 26(3/4), 29-53.	27.03. 2020	Ikke relevant	geriatri	alder
Reece, J. (1998). Female survivors of abuse attending A & E with self-injury. <i>Accident and emergency nursing</i> , 6(3), 133-138	27.03. 2020	Ikke relevant	akutt	alder
Richter, L., Makusha, T., Komarek, A., Daniels, J., & Coates, T. (2016). Exploring the Impact of Childhood Abuse on HIV Social and Attitudinal Factors Among Adults With and Without this History in Sub-Saharan Africa: Findings from NIMH Project Accept (HPTN 043). <i>AIDS Behav</i> , 20(4), 737-745. doi:10.1007/s10461-015-1166-z	27.03. 2020	utført	HIV	Ikke CSA spesifikk

Schachter, C. L., Stalker, C. A., & Teram, E. (1999). Toward sensitive practice: issues for physical therapists working with survivors of childhood sexual abuse. <i>Phys Ther</i> , 79(3), 248-261; discussion 262-249.	27.03. 2020	Ikke relevant	fysio	alder
Schafer, K. R., Gupta, S., & Dillingham, R. (2013). HIV-infected men who have sex with men and histories of childhood sexual abuse: implications for health and prevention. <i>J Assoc Nurses AIDS Care</i> , 24(4), 288-298. doi:10.1016/j.jana.2012.08.008	27.03. 2020	utført	HIV	review
Schnur, J. B., Dillon, M. J., Goldsmith, R. E., & Montgomery, G. H. (2018). Cancer treatment experiences among survivors of childhood sexual abuse: A qualitative investigation of triggers and reactions to cumulative trauma. <i>Palliative &amp; Supportive Care</i> , 16(6), 767. doi:http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1017/S147895151700075X	27.03. 2020	utført	onkol	Bakgrunn
Stalker, C. A., Russell, B. D., Teram, E., & Schachter, C. L. (2005). Providing dental care to survivors of childhood sexual abuse: treatment considerations for the practitioner. <i>J Am Dent Assoc</i> , 136(9), 1277-1281. doi:10.14219/jada.archive.2005.0344	27.03. 2020	Ikke relevant	tann	alder
Van Loon, A., Koch, T., & Kralik, D. (2004). Care for female survivors of child sexual abuse in emergency departments. <i>Accident &amp; Emergency Nursing</i> , 12(4), 208-214.	27.03. 2020	Ikke relevant	akutt	alder
Wallace, J. D. (2007). Woman with incontinence and a history of childhood sexual abuse. <i>Urol Nurs</i> , 27(1), 38-39.	27.03. 2020	Ikke relevant	urologi	alder

Vedlegg 13, flytskjema



## Vedlegg 14, kvalitetssikring kvalitative artikler

Artikkel	metode	Er formålet klart formulert?	Er kvalitativ metode (eller mixed methods) hensiktsmessig?	Er utformingen hensiktsmessig?	Er utvalgsstrategien hensiktsmessig?	Ble dataene samlet inn å en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Er det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan påvirke?	Er etiske forhold vurdert?	Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Er funnene klart presentert	Er funnene nyttige?	totalvurdering
Gallo-Silver et al. 2014	Kvalitativ: Skriftlige oppsummeringer fra utsatte	Ja. Ønsker å være en katalysator for god pasientbehandling og mer forskning i forhold til CSA utsatte menns behov i møte med helsevesenet.	Ja	Ja. Informantene har selv skrevet korte vignetter om sine opplevelser i møte med helsevesenet. Dette gir kvalitative data der informantenes stemme er tydelig.	Utvalgsstrategien er ikke beskrevet i detalj. Det understrekes at informantene deltar frivillig, og at de er rekruttert via to selvhjelpsorganisasjoner.	Ja. Forfatterne gir en rekke anbefalinger til helsepersonell på bakgrunn av dataene, og ønsker seg samtidig videre forskning.	Artikkelen forteller at det finnes mye forskning som omhandler kvinnelige CSA utsatte, menn at det er lite forskning omkring mannlige utsatte.	Det understrekes at informantene deltar frivillig	Vignettene er gjengitt i teksten, slik at leseren kan følge analysen.	ja	Ja. Artikkelen kommer med konkrete forslag.	Artikkelen har svakheter i beskrivelse av metode og i beskrivelse av etiske hensyn. Når den likevel er inkludert er det fordi den understreker at data er samlet med samtykke.
McGregor et al. 2013	Kvalitativ: Intervju	Ja. Ønsker å finne helsepersonells perspektiver på hvordan helsehjelp til CSA utsatte kan gjøres mer sensitiv.	ja	Ja. Det er gjennomført semistrukturerte intervjuer ansikt til ansikt.	Organisasjoner som har kvinnelige kliniske pasienter ble kontaktet for å finne informanter. Dette virker hensiktsmessig.	Ja. På bakgrunn av dataene anbefaler forfatterne traumebevisst helsehjelp til alle. De foreslår også mer utdannelse til helsepersonell.	Ja. Forfatterne ser på det at utvalget er lite og fra et lite geografisk område som en begrensning, og understreker at man dermed ikke kan generalisere fra studiet.	Etisk goodkjennings fra The University of Auckland Human Participant Ethics Committee.	Analysen er tydelig beskrevet, og fortolkningen virker rimelig.	ja	Ja. Artikkelen kommer med konkrete anbefalinger.	God artikkel.
McGregor et al. 2010a	Kvalitativ: Åpent spørsmål som var en del av et	Ja. Vil vite hvordan CSA utsatte kvinner ønsker å bli møtt av	ja	Ja. Artikkelen er basert på responsen på et enkelt åpent spørsmål som var en del av et større spørreskjema. Dette gir kvalitative data	Ja. Frivillige CSA utsatte kvinner ble rekruttert via brosjyrer distribuert via helsesentre og støttesentre. Samtidig ble studien promotert	Ja. Forfatterne kommer med flere anbefalinger, og legger særlig vekt på	Ja. Antallet informanter (61) er for lite til trygt å kunne generalisere ut fra. Utvalget kom hovedsakelig fra Auckland, dermed er	Etisk goodkjennings fra The University of Auckland Human Participant	Analysen er tydelig beskrevet, og fortolkningen virker rimelig.	ja	Ja. Artikkelen gir konkrete anbefalinger, bl.a. ved en modell for opplæring av helsepersonell.	God artikkel.

Emnekode: BSS9, kandidatnummer 417, innleveringsfrist 22.05.2020

	større spørreskjema	helsepersonell		fra et stort antall informanter.	muntlig ved diverse tilstelninger.	utdanning av helsepersonell.	ingen av informantene bosatt i rurale strøk.	Etics Committee.				
Sigurdardottir & Halldorsdottir (2018).	Kvalitativ: Kausstudie	Ja. Vil undersøke en voksen CSA utsatt sin opplevelse av konsekvensene CSA har på fysisk helse, og hvordan hun opplevde at helsepersonell reagerte.	ja	En kausstudie er godt egnet til å svare på det atikkelen spør om, da det gir grundige kvalitative data om en enkelt informant.	Ja. Informanten ble rekruttert via et behandlingsopplegg kalt The Wellness Program.	Ja. Data ble samlet inn gjennom 7 dybdeintervjuer med informanten, og hun har selv verifisert forskernes konstruksjon av dataene. Dataene gir dermed et godt bilde av hennes opplevelser.	For di kausstudier kun har en enkelt informant er det ikke mulig å generalisere ut fra disse.	Etisk tillatelse gitt av National Bioetic Committee.	Analysen er beskrevet detaljert. Fortolkningen virker rimelig, og styrkes av det faktum at informanten selv har verifisert den.	ja	Ja. Funnene gir et tydelig bilde av hvordan denne enkeltpersonens opplevelser. Forfatterne gir også anbefalinger på bakgrunn av dette.	Godt gjennomarbeidet artikkel.
Spinelli (2017)	Kvalitativ: Kausstudier	Ja. Artikkelen er skrevet for helsepersonell, for å belyse problemer CSA utsatte kan ha i møte med helsevesenet.	Ja	Artikkelen er basert på en rekke kausstudier. Kausstudier gir kvalitative data som går i dybden, ved å kombinere flere kausstudier belyser artikkelen temaet fra flere vinkler.	Innsamlingen av data er ikke beskrevet i detalj, men det kommer frem at informantene har blitt rekruttert under konsultasjon med urolog, tannlege eller gastrolog. Det er understreket at data er samlet med samtykke fra informantene. Dette synes hensiktsmessig, da timer hos tannlege, urolog og gastrolog kan være ekstra utfordrende for mannlige CSA utsatte. Utvalget er godt beskrevet, artikkelen beskriver kasusene hver for seg.	Kasusene benyttes til å belyse temaet, noe som gir mange gode eksempler.	Forfatteren er selv CSA utsatt, og beskriver seg som en talsperson for CSA utsatte menn.	Det understrekes at data er samlet med samtykke for informantene	Gjennomføring av analysen er ikke beskrevet, men artikkelen beskriver hvert enkelt kasus og kommenterer underveis, og demonstrerer slik gjennomføringen av analysen.	Ja	Funnene gir innsikt i mannlige CSA utsattes utfordringer i møte med helsevesenet.	Artikkelen har svakheter i beskrivelse av metode og i beskrivelse av etiske hensyn. Når den likevel er inkludert er det fordi den understreker at data er samlet med samtykke.
Montgomery et al. 2015a	Kvalitativ: Intervju	Ja. Å opplyse helsepersonell om hvilken påvirkning CSA har på voksne	ja	Ja. Det benyttes dybdeintervjuer for å få tak i informantenes opplevelser.	Ja. Benyttet profesjonelle aktører som samarbeidspartnere i rekrutteringsprosessen. Dette virker	Ja. Forfatterne kommer med anbefalinger til helsepersonell basert på dataene.	Forfatterne oppgir at etter at studien ble fullført har en av dem blitt bobestyrer for CIS'ters, en av organisasjonene som	Godkjent av lokal Ethics Committee.	Analysen er beskrevet tydelig og fortolkningen virker rimelig	ja	Ja. Forfatteren trekker særlig frem viktigheten av å være sensitiv når pasientene viser	God artikkel.

		kvinner opplevelse av svangerskaps omsorg.			hensiktsmessig da disse aktørene hadde tilgang til pasienter som passet inkluderingskriteriene.		hjalp til med å rekruttere informanter. Dette oppgis som en mulig interessekonflikt.				uventede reaksjoner.	
Montgomery et al. 2015b	Kvalitat iv Intervju	Ja. Ønsker å opplyse helsepersonell om hvordan svangerskaps omsorg kan minne om overgrep.	ja	Ja, Det benyttes dybdeintervjuer for å få tak i informantenes opplevelser.	Ja. Benyttet profesjonelle aktører som samarbeidspartnere i rekrutteringsprosessen. Dette virker hensiktsmessig da disse aktørene hadde tilgang til pasienter som passet inkluderingskriteriene.	Ja. Forfatterne kommer med anbefalinger til helsepersonell på bakgrunn av dataene.	Forfatterne oppgir at etter at studien ble fullført har en av dem blitt bobestyrer for CIS'ers, en av organisasjonene som hjalp til med å rekruttere informanter. Dette oppgis som en mulig interessekonflikt.	Godkjent av South West Hampshire Research Ethics Committee B.	Analysen er beskrevet tydelig og fortolkningen virker rimelig	ja	Ja. Forfatterne anbefaler traumebevisst behandling til alle.	God artikkel.
Røller (2011)	Kvalitat iv: Intervju	Ja. Ønsker å konstruere et teoretisk rammeverk for hvordan gravide CSA utsatte takler påtrengende minner av CSA i den perinatale perioden.	ja	Ja. Det benyttes åpne intervjuer for å få tak i informantenes opplevelser.	Ja. Informantene ble rekruttert gjennom svangerskapsomsorgen .	Ja. Forfatteren konstruerer et rammeverk på bakgrunn av dataene.	Utvalget et homogent. Dataene er retrospektive, og informantenes minner om hendelsene er ikke nødvendigvis nøyaktige.	Godkjent av Institutional review board.	Analysen er beskrevet tydelig og fortolkningen virker rimelig.	ja	Ja. Forfatteren presenterer et rammeverk som skal kunne hjelpe helsepersonell å bedre forstå og tilrettelegge for CSA utsatte pasienter i perinatal fase.	God artikkel.
Wood&Van Esterik (2010)	Kvalitat iv: Intervju	Ja. Ønsker å utforske hvordan CSA påvirker kvinner ammings og avgjørelser rundt mating av spedbarn.	ja		Ja. Informanter ble rekruttert gjennom et støttesenter.	Ja. På bakgrunn av dataene identifiserer forfatterne fem temaer som de ser på som sentrale i CSA sin påvirkning av amming og avgjørelser rundt mating av spedbarn.	Fordi alle informantene var i kontakt med støttesenteret de ble rekruttert gjennom, hadde samtlige en forståelse for konsekvensene av CSA utover sin egen erfaring. Det er ikke kartlagt om kvinnenes leger hadde kompetanse innen traumebevisst behandling.	Informert samtykke  Intervjueren hadde ikke noen stilling/auto ritet ved støttesentere t. All identifiseren de informasjon ble fjernet i transkribering. Informasjon som kunne identifisere	Analysen er beskrevet, fortolkningen virker rimelig.	ja	Ja. Forfatterne mener blant annet at det kan være behov for at helsepersonell får utdanning i traumebevisst omsorg.	God artikkel.

								informantene ble ikke gjort tilgjengelig for personalet ved støttesenteret. Informanter som ikke hadde tilgang på profesjonell støtte ble ikke inkludert.				
Cadman et al. (2012)	Kvalitativ/mixed Spørreskjema og fokusgruppe	Ja. Ønsker å utforske kreftscreeningshistorikk hos CSA utsatte kvinner og identifisere tiltak som kan forbedre opplevelsen av kreftscreening for denne gruppen.	ja	Ja. Består av en spørreundersøkelse med både en kvalitativ (åpne spørsmål) og en kvantitativ (lukkede spørsmål, om demografi og om tidligere deltagelse ved kreftscreening) del.  I tillegg ble det gjennomført en fokusgruppe.  De ulike metodene gir ulike vinkler, slik at de til sammen gir et nyansert bilde.	Ja. Invitasjon ble gitt til kvinner som besøkte nettsiden til en støtteorganisasjon.	Ja. Forfatterne kommer med forslag på bakgrunn av resultatene. De mener også at det trengs mer forskning.	Det ble kun gjennomført en fokusgruppe. Flere fokusgrupper ville gitt bredere data, men det var vanskelig å rekruttere deltagere til fokusgrupper.  Ved å rekruttere til spørreundersøkelsen gjennom støtteorganisasjonen er det mulig at informantene er blant de CSA utsatte som er mest påvirket, og dermed har behov for en støtteorganisasjon.	Godkjent av Universitet College London Research Ethics Committee.	Dataanalysen er godt beskrevet, og tolkningen virker rimelig.	ja	Ja. Ut fra dataene peker forfatterne på kommunikasjon, trygghet, tillit og deling av kontroll som viktig for denne pasientgruppen.	God artikkel.
Gesink & Nattel (2015)	Kvalitativ: Intervju	Ja. Ønsker å bli kjent med CSA utsattes opplevelser av kreftscreening for å kunne gi anbefalinger til klinisk praksis.	ja	Semistrukturerte intervjuer og tematisk analyse benyttes.	Benytter en CSA community gate keeper.	Ja. På bakgrunn av dataene gir forfatterne anbefalinger om hvordan traumebevisst behandling kan gjennomføres.	For å unngå å trigge dersom noen av informantene hadde opplevd at overgrep ble filmet, ble ikke intervjuene tatt opp, kun skrevet ned i etterkant.	Redegjør utdypende for hvordan de har beskyttet informantene gjennom undersøkelsen.	Analysen er beskrevet. Fortolkningen virker rimelig, og er styrket av at informantene fikk se gjennom egne data en uke etter intervjuet.	ja	Ja. Ut fra dataene gir forfatterne anbefalinger om hvordan man kan gi traumebevisst behandling.	God artikkel.

							Ingen informanter under 40 år, ingen mannlige informanter.					
Walker & Allan 2013	Mixed methods : Spørreskjema og fokusgrupper	Ja. Vil evaluere kunnskap om CSA og behov for kunnskapsøkning blant klinisk personell som foretar gynekologisk kreftscreening .	ja	Miksed methods. Bruker først et spørreskjema, som inneholder både kvalitative (åpne spørsmål), og kvantitative (likert scalaer) elementer. Bruker resultatene fra spørreskjemaet til å forberede fokusgrupper.	Spørreskjemaet ble distribuert til alt helsepersonell som drev gynekologisk kreftscreening i det aktuelle området. Deltagere i fokusgrupper ble rekruttert blant de som svarte på spørreskjemaet.	Ja. Basert på dataene mener forfatterne at klinisk personell som gjennomfører gynekologisk kreftscreening trenger opplæring og profesjonell støtte i forhold til behandling av CSA utsatte pasienter.	Sier at resultatene ikke kan generaliseres til en videre populasjon.	Bekrefter at alle forfatterne møter ICMJE kriteriene for forfatterskap.	Analysen er tydelig beskrevet, fortolkningen virker rimelig.	ja	Ja. Ut fra dataene gir forfatterne råd om at klinisk personell som driver gynekologisk kreftscreening kan ha behov for kunnskapsøkning og klinisk støtte.	Artikkelen har et svakt punkt i at den ikke nevner etiske overveielser i forhold til informantene . Når den likevel er tatt med er det fordi informantene her er profesjonelle aktører, og dermed ikke like sårbare som informanter som rekrutteres på bakgrunn av å være CSA utsatt. I og med at artikkelen er utgitt i et fagfelleverdurert tidsskrift regner jeg dessuten med at etiske overveielser har blitt gjort, selv om dette ikke kommer frem i teksten.
Wygant et al. 2011	Kvalitative: Kasusstudie	Ja. Ønsker å starte en diskusjon rundt behovet for å forholde seg til CSA i	ja	Ja. Det er gjennomført et kasusstudie som gir et bredt innblikk i behovene til enkelt CSA utsatt	Informant rekruttert fra palliativ poliklinikk.	Ja. Forfatterne gir anbefalinger og ønsker seg videre forskning på bakgrunn av dataene.	Ingen interessekonflikter.	Støttet av National Institute of Health Grant, og må dermed	Analyse er beskrevet. Tolkningen virker rimelig.	ja	Ja. Forfatterne gir råd på bakgrunn av dataene.	God artikkel.



		palliativ behandling.		informant. Dette gir innsikt i problemet sett fra informantens ståsted, og kan danne et utgangspunkt for videre diskusjon.				forholde seg til deres retningslinjer.				
Kranstad et al. 2019	Kvalitativ: Intervjuer	Ja. Ønsker å skape en dypere forståelse for hva som må til for at voksne CSA utsatte skal kunne tåle tannlegebehandling.	ja	Tematisk saturasjon ble nådd etter 16 intervjuer.	Informantene ble rekruttert fra fire sentre mot seksuelle overgrep.	Ja. Forfatterne gir anbefalinger på bakgrunn av dataene. Bakgrunnsforhold	Det er mulig at brukere av sentrene mot seksuelle overgrep skiller seg fra den generelle populasjonen av CSA utsatte, da brukerne opplever så mye senvirkninger at de søker hjelp for disse. Det kan ses på som en svakhet ved studiet at informantene ikke fikk mulighet til å kommentere resultatene.	Godkjent av regional komite for medisinsk og helseforskning, sørøst	Analysen er godt beskrevet og fortolkningen virker rimelig.	ja	Ja. Forfatterne har utviklet et teoretisk rammeverk på bakgrunn av dataene. Dette rammeverket skal gi en dypere forståelse for CSA utsattes behov ved tannlegebehandling.	God artikkel.

Vedlegg 15, kvalitetssikring kvantitative artikler

Artikkel	metode	Er formålet klart formulert?	Er metoden hensiktsmessig?	Kan jeg stole på resultatene?	Hva er resultatene?	Kan resultatene brukes i min oppgave?
McGregor et al. 2010b	Kvantitativ: Spørreskjema	Formålet med spørreskjemaet var å undersøke respondentenes erfaring i forhold til helsepersonells reaksjoner når respondentene fortalte at de var CSA utsatte.	Formålet fokuserer på respondentenes erfaringer, og det kan derfor tenkes at en kvalitativ tilnærming ville vært mer hensiktsmessig. Men selv om denne artikkelen ser på kvantitative data hadde spørreskjemaet også åpne spørsmål som genererte kvantitative data. Disse er diskutert i en annen artikkel (McGregor et al. 2010a). Når artiklene ses i sammenheng virker metoden fornuftig, fordi metodene i de to artiklene utfyller hverandre ved å generere ulike typedata, og dermed belyse temaet fra flere sider.	Artikkelen gir en god gjennomgang av metoden, både for produksjon av spørreskjemaet og for dataanalysen. Metoden virker rimelig, og det er derfor grunn til å tro at resultatene er til å stole på.	Flertalet av respondentene ønsker at noe eller alt helsepersonell screener. Hvordan helsepersonell reagerer når CSA utsatte forteller om overgrep har stor betydning. Det anbefales at det utarbeides retningslinjer for behandling av CSA utsatte.	Ja. Artikkelen faller inn under inklusjonskriteriene.
Roller (2012)	Kvantitativ: Analyse av data fra en større database produsert i forbindelse med et annet forskningsprosjekt	Ja. Vil utvikle Perinatal Self-Care Index, fastslå indeksen sensitivitet til CSA utsattes adferd og validere indeksen som indikator på fødselsvekt.	Syv indikatoradferder ble identifisert ved hjelp av litteratur om traumer og perinatal stress. Disse skal brukes til scoring i the Perinatal Self-Care Index.  Det ble utført en sekundær analyse av allerede eksisterende data, fra en database med medisinsk informasjon, denne analysen ble gjennomført for å validere the Perinatal Self-Care Index.  Dette synes som en logisk måte å utvikle en slik index, men som forfatteren selv understreker må indeksen også testes ut klinisk.	Så langt ser resultatene ut til å være til å stole på, men indeksen må undersøkes nærmere og testes klinisk før man har et endelig svar på dette.	Funnene tyder på at the Perinatal Self-Care Index vil kunne benyttes i svangerskapsomsorgen, men indeksen må testes klinisk før dette kan sies sikkert.	Ja. Artikkelen faller inn under inklusjonskriteriene. Artikkelen forslår, som er bruk av the Perinatal Self-Care Index, er i seg selv ikke veldig interessant for oppgaven, både fordi indeksen ikke er testet ut klinisk, og fordi den er sterkt spisset mot svangerskapsomsorg. Artikkelen kan likevel tilføre oppgaven en ide om at det er mulig å utvikle måleinstrumenter som kan hjelpe

						helsepersonell når behandlingen skal individualiseres.
Yampolsky et al. (2010)	Kvantitativ: Spørreundersøkelser	Ja. Studerer sammenhengen mellom posttraumatiske stress symptomer, depresjon og helsestatus i svangerskapet og risikosvangerskap hos CSA utsatte kvinner.  Hypotese: CSA utsatte gravide vil ha høyere stress, mer kronisk sykdom og gynekologiske problemer en ikke CSA utsatte gravide. Dette vil øke risikoen ved svangerskapet hos de CSA utsatte gravide.	1835 gravide respondenter ble delt inn i tre undergrupper på bakgrunn av om de hadde risikosvangerskap, om de var utsatt for annet traume. Samtlige respondenter fylte ut et spørreskjema.  Metoden virker hensiktsmessig da den har et relativt stort utvalg, og det er mulig å sammenligne gruppene.	Artikkelen gir en god beskrivelse av design, datasamling og analyse. Den diskuterer svakheten ved retrospektiv analyse, men mener at dataene bekrefter hypotesen til tross for denne svakheten.	Hypotesen bekreftes. På bakgrunn av dette gir forfatterne forslag om tilpasning av behandling til CSA utsatte gravide.	Ja. Artikkelen faller inn under inklusjonskriteriene.

Vedlegg 16, konseptmatrise

	Ved ukjent CSA status	Behandling		Helsepersonells forutsetninger	
	Ved ukjent CSA status	Reaksjon når noen forteller	Kommunikasjon/kontroll/tillatelse/verdighet	Kunnskap	støtte
<p>Gallo-Silver et al. 2014</p> <p><b>Gruppe: generell</b></p> <p><b>Metode/data:</b></p> <p><b>Skriftlige oppsummeringer fra utsatte</b></p> <p><b>Informanter: 6 utsatte</b></p> <p><b>Pasientenes kjønn: Menn</b></p> <p><b>Land: USA</b></p>	<p>Rutinemessig screening som en del av datasamlingen</p> <p>Rutinemessig direkte screening.</p>	<p>Lytt til pasienten, avbryt alle gjøremål som ikke er strengt nødvendige</p> <p>Når den utsatte forteller om CSA endres forholdet. Dersom denne endringen skal være positiv må HPs reaksjon være empatisk, og anerkjenne viktigheten av det som er blitt fortalt.</p> <p>Spør pasienten om hans behov, og om han har preferanser når det kommer til HPs kjønn</p> <p>Lytt til både ord og toneleie</p> <p>Responder til det pasienten har sagt før du stiller neste spørsmål</p> <p>Medfølende lyder og myk stemme signaliserer medfølelse.</p> <p>For å vise empati, bruk gjerne de samme ordene som pasienten brukte da han delte.</p>	<p>Hvis pasienten fremstår som redd, spør hvordan du kan gjøre det tryggere for ham.</p> <p>Be om tillatelse.</p> <p>Forviss deg om at pasienten forstår premissene for informert samtykke, og at han er klar over at samtykket kan trekkes tilbake på ethvert tidspunkt helt fram til han eventuelt er i narkose.</p> <p>Hjelp pasienten å forutse stressmomenter ved den videre behandlingen før du går i gang med videre prøver eller prosedyrer.</p> <p>Prosedyrer som inneholder avkledding eller berøring bør evalueres sammen med pasienten.</p> <p>Informert pasienten før berøring, og forklar hensikten med berøringen.</p> <p>Når prosedyren involverer at pasienten må innta en eller annen spesifikk stilling, informert om dette før prosedyren, så pasienten er klar over at han vil bli bedt om å innta en spesifikk stilling.</p> <p>Sjekk inn med pasienten i løpet av undersøkelsen/prosedyren.</p>	<p>Etterlyser forskning om mannlige utsattes møte med helsevesenet tilsvarende den som finnes om kvinnelige utsatte.</p>	

		<p>HP som hører på en når CSA utsatt forteller om overgrep uten å være den som pasienten snakker, til må vise respekt og forståelse for viktigheten i det pasienten har delt.</p> <p>Å svare med «ok» kan misforstås, da dette kan ha flere betydninger og ikke alle er positive.</p> <p>Unngå å legge inn svar som, «javel», «jeg forstår», «skjønner» og lignende. Dette kan oppleves beregnende og uoppriktig.</p> <p>Gi pasienten mulighet til å fortelle deg hvordan du best kan jobbe videre, f.eks. «Takk for at du delte dette. Hvordan kan jeg tilpasse behandlingen med tanke på det du nå har fortalt?»</p> <p>Unngå fysisk kontakt rett etter at pasienten har fortalt om CSA.</p>	<p>Clustrer rundt kommunikasjon, kontroll og tillatelse</p>		
<p>McGregor et al. 2013</p>	<p>Traumebevisst behandling for alle anbefales.</p>	<p>ta seg tid med pasientene så de føler det er rom for å stille spørsmål,</p>	<p>Gi kontroll tilbake til pasienten,</p>	<p>Artikkelen anbefaler at alt helsepersonell bør utdannes i hvordan man håndterer det når CSA utsatte forteller om overgrep.</p>	<p>HP trenger kjennskap til hvilke ressurser som finnes/hvem de kan henvise videre til.</p>

<p><b>Gruppe: generell</b></p> <p><b>Metode/data: Intervju</b></p> <p><b>Informanter: 13 HP, ulike profesjoner</b></p> <p><b>Pasientenes kjønn: Kvinner</b></p> <p><b>Land: New Zealand</b></p>	<p>Følgende er hentet fra resultatdelen. Artikkelen argumenterer for sensitive care for alle, slik at screening ikke er nødvendig, fordi CSA utsatte da uansett vil få sensitiv care</p> <p><i>Tiannlege mente det var for invaderende i forhold til hva pasientene kom til ham for.</i></p> <p>Ulik praksis, noen screener alle, andre screener på indikasjon</p> <p>Behov for utdanning. De som nølte med screening var ofte usikre på hvordan de skulle håndtere det hvis CSA utsatte fortalte om overgrep, og hvor de kunne henvise videre.</p> <p>Tidsmangel var også oppgitt som grunn for å ikke screene.</p>		<p>Be om tillatelse til absolutt alt,</p> <p>Gi mulighet til å avbryte når som helst.</p> <p>Sjekke inn</p> <p>Ta seg tid med pasientene så de føler det er rom for å stille spørsmål,</p> <p>Tilby mulighet til å velge kvinnelig HP så sant gjennomførbart.</p>	<p>HP mente at kunnskap om CSA, både prevalens, hvorfor kvinner ofte ikke snakker om det, og hvordan møte CSA utsatte kan gjøre det lettere å innføre rutinemessig screening.</p>	<p>Anbefaler at det utvikles et måleverktøy for å finne ut hvor en praksis befinner seg på kontinuumet fra ingen bevissthet til sensitive care. Dette ser de for seg kan benyttes for å vite når man trenger å sette inn endringstiltak.</p> <p>HP kan selv trenge at noen er der for dem i situasjonen- kollegastøtte og/eller rådgiver Påpeker at det er CSA utsatte også blant HP.</p>
<p>McGregor et al. 2010a</p> <p><b>Gruppe: generell</b></p> <p><b>Metode/data: Spørreundersøkelse</b></p> <p><b>Informanter: 61 utsatte</b></p>	<p>Gi pasientene forståelse av at HP er tilgjengelig og kapabel til å håndtere CSA</p> <p>Lytte: Være oppmerksom på at det kan ligge hint i tilsynelatende små bemerkninger eller spørsmål.</p>	<p>Ingen stigmatisering – vise med tonefall og kroppsspråk at man ikke dømmer.</p> <p>Toveiskommunikasjon -- behandle utsatte som folk.</p> <p>Ikke snakke ned til</p>	<p>Skape trygge omgivelser— hyggelige rom, privatliv, lydtett, ingen forstyrrelser</p> <p>HP må være sensitive, lytte og ivareta pasientens behov.</p> <p>Være oppmerksom på pasientens kroppsspråk.</p>	<p>He Putman modellen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kjennskap til virkningene av CSA</li> <li>2. Å etablere et tillitsforhold til CSA utsatte.</li> <li>3. Å spørre om CSA.</li> <li>4. Å respondere når CSA utsatte forteller om overgrep.</li> </ol>	<p>HP må kunne henvise videre ved behov</p>

<p><b>Pasientenes kjønn: kvinner</b></p> <p><b>Land: New Zealand</b></p>	<p>Dersom pasienten allerede har fortalt om CSA bør man ikke screene om igjen.</p> <p>Spørsmål bør alltid stilles når pasienter presenterer symptomer som det er kjent at kan assosieres med CSA.</p> <p>Informantene uenige om direkte eller indirekte screening.</p> <p>De som ønsket indirekte scening påpekte at det å fortelle om CSA skulle være et valg.</p> <p>Rutinemessig screening vil gjøre at pasienten ikke føler segpekt ut, og kan være med på å øke bevisstheten rundt CSA som et folkehelseproblem.</p> <p>Informantene uenige, screene med en gang, eller etter at pasienten har sett samme hp flere ganger?</p> <p>Noen få informanter mente hp skulle være forsiktig når de spurte omkring CSA fordi utsatte kan finne det vanskelig å snakke om.</p>	<p>Vise empati men ikke synes synd på.</p> <p>HP unngå å vise det hvis de blir utilpass.</p> <p>Spør om, pasienten vil fortsette å snakke, ikke anta at det at pasienten forteller er ensbetydende med et ønske om å snakke videre om dette. Hvis nei, spør om pasienten ønsker henvisning til noen å snakke md, eller vil ha brosjyrer med informasjon.</p> <p>Støtte kan vises ved å ta pasientens frykt, reaksjoner og forespørsler på alvor.</p>	<p>Utfør undersøkelser bare hvis absolutt nødvendig.</p> <p>Utsatte trenger informasjon om hvilke ettervirkninger er vanlige for utsatte.</p> <p>Nakenhet kan være vanskelig, gi mulighet til å dekke seg mest mulig til dersom pasient må være avkledd.</p> <p>Forklare på forhånd hvorfor prosedyren er nødvendig, hvordan den gjennomføres og estimere tidsbruk.</p> <p>Forklare hva som skjer, og hvorfor, gjennom hele utførelsen av prosedyren.</p> <p>Utsatte trenger å gis kontroll, mulighet til å si nei til undersøkelsen, og mulighet til å si fra gjennom undersøkelsen</p> <p>Mulighet til å ta med seg noen man stoler på.</p> <p>Mulighet til å velge hps kjønn, ev. mulighet til å ha en kvinne til stede dersom hp er en mann.</p> <p>Hp må være tålmodig og gi pasienten nok tid.</p> <p>Gi pauser ved behov- obs kroppsspråk, pasienten kan ikke alltid si fra. En informant foreslo å avtale et tegn på forhånd.</p> <p>Sjekke inn.</p>	<p>5. Sensitiv gjennomføring av medisinske undersøkelser.</p> <p>6. oppfølging etter undersøkelser.</p> <p>(modell for opplæring av helsepersonell, der hvert trinn bygger på det forrige)</p> <p>Noen av deltagerne mente utdannelsen burde gis av spesialiserte organisasjoner, og at CSA utsatte burde være inkludert i undervisningsarbeidet.</p> <p><u>Punktene under er anbefalt at HP har kompetanse om:</u></p> <p>Bør kunne kjenne igjen de ulike mulige effektene av CSA.</p> <p>Bør kjenne til dynamikken i CSA og ha lært om hvordan de kan opptre sensitivt og oppmerksomt.</p> <p>Hvordan indikere awareness</p> <p>Kjennskap til hvor vanskelig det er å fortelle om CSA</p>	
--	--	--	--	---	--

	<p>Ikke press pasient til å fortelle mer enn hun ønsker.</p> <p>Flere av informantene så på indirekte screening som gunstig. F.eks. «Er det noe i fortiden du vil fortelle om som jeg kan hjelpe med, som kan påvirke deg i løpet av denne undersøkelsen?», eller spørre generelt om barndom.</p> <p>Rutinemessig screening ikke avtalt, men alltid på indikasjon. Direkte eller indirekte ikke avklart.</p>		<p>Samtykke er en pågående prosess.</p> <p>Sosiale kommentarer, eller å snakke om pasientens CSA opplevelse er ikke ønsket under undersøkelsen.</p> <p>Aftercare—debriefing.</p> <p>Kriseplan til suicidal pasienter</p>	<p>Kjenne til hvordan CSA kan påvirke utsattes opplevelse av medisinske undersøkelser.</p> <p>Være klar over at ulike utsatte reagerer ulikt.</p> <p>Hvordan triggere virker</p> <p>Maktanalyse</p> <p>Forståelse for hvordan HPs egen adferd potensielt kan ha negativ påvirkning. Dette gjelder både adferd, språk og tonefall, og må også tas hensyn til i skriftlig kommunikasjon.</p>	
<p>McGregor et al. 2010b</p> <p><b>Gruppe: generell</b></p> <p><b>Metode/data:</b></p> <p><b>Spørreskjema</b></p>	<p>96,5% ønsket at enten alle eller noen hp screener rutinemessig. 14,3% av de som sa noen nevnte sykepleiere. Kun 3,5% mente at ingen burde screene.</p> <p>80% ønsket å bli spurt om de trodde dagens helseproblem hadde sammenheng med CSA</p> <p>Rutinemessig screening. Direkte eller indirekte ikke avklart.</p>		<p>Når pasienten er CSA utsatt bør gjennomføringen av prosedyrer og undersøkelser tilpasses. Artikkelen har ikke forslag til hva slags tilpasning, men ønsker at det utarbeides retningslinjer.</p>	<p>Mener hp trenger utdanning/kursing i interaksjoner med CSA utsatte, særlig for mannlig hp, og allmennleger.</p> <p>Bør inneholde:</p> <p>Hvordan spørre om CSA ved datasamling, hvordan respondere når CSA utsatte forteller om overgrep. Hvordan skape trygge omgivelser, opparbeide tillit fra pasienten og hvordan kommunisere at man er villig til å lytte.</p>	<p>Artikkelen anbefaler at det utarbeides retningslinjer for screening, og for hvordan hp skal behandle CSA utsatte.</p>



<p><b>Informanter:</b> 61 utsatte</p> <p><b>Pasientenes kjønn:</b> kvinner</p> <p><b>Land::</b> New Zealand</p>					
<p>Sigurdardottir &amp; Halldorsdottir (2018).</p> <p><b>Gruppe:</b> generell</p> <p><b>Metode/data :</b> Case study</p> <p><b>Informanter:</b> 1 utsatt</p> <p><b>Pasientens kjønn:</b> kvinne</p> <p><b>Land:</b> Island</p>	<p>Hp må spørre om CSA historikk</p> <p>Direkte screening. Rutinemessig eller på indikasjon ikke avklart.</p>	<p>HP må tro på det CSA utsatte forteller, være støttende og lytte til pasienten.</p> <p>Anerkjenne at det ikke er pasienten sin feil.</p>	<p>Det er viktig at HP kjenner den enkeltes historie for å forstå hvordan CSA påvirker pasienten.</p> <p>Ta hensyn til traumene.</p> <p>Validere traumene.</p> <p>CSA utsatte bør få informasjon om mulige konsekvenser av CSA.</p>	<p>Artikkelen påpeker at stillheten Anne har møtt viser at det er et problem på systemnivå når det gjelder utdanning og sosialisering av helsepersonell.</p> <p>Det virker som det har vært for lite kunnskap hos HP Anne har møtt, når det gjelder hvordan oppdage CSA utsatte og hvordan støtte henne som CSA utsatt.— Artikkelen mener det bør forskes videre på mangel på kunnskap hos HP.</p>	
<p>Spinelli (2017)</p> <p><b>Gruppe:</b> generell</p>	<p><i>Tannlege: Pasienter kan si at de er redde, uten å fortelle hvorfor. Viktig at HP undersøker. Hvis CSA blir avdekket er dt viktig at HP «adress it directly»</i></p>	<p>Ikke se det som din oppgave å fikse alt i det øyeblikket pasienten forteller. Lag en plan med pasienten, og avtal å ta det opp igjen på neste konsultasjon. Foreslå en terapeut dersom pasienten ikke allerede går i terapi. Spør hvordan pasienten har det følelsesmessig.</p>	<p><i>Empatisk, forståelsesfull og tålmodig tannlege reduserer angst.</i></p> <p><i>Forklare på forhånd hva som skal skje.</i></p>		

<p><b>Metode/data :</b> <b>Case reports</b></p> <p><b>Informanter: utsatte</b></p> <p><b>Pasientenes kjønn: 8 menn</b></p> <p><b>Land: USA</b></p> <p><i>Tekst i kursiv er trukket t fra tannlegeleden</i></p>	<p>Spør om pasientens barndom, f.eks. «skjedde det noe traumatisk med deg i løpet av barndommen?». Spørsmål som «Hadde du e normal barndom?» bør unngås, da «normal» kan være vanskelig å definere. (ved årlig helsesjekk)</p> <p>Spør om pasientens historie på en empatisk måte</p> <p>Hvis en pasient ikke ønsker å kle av seg for medisinske undersøkelser bør helsepersonell spørre hvorfor.</p> <p>Screene for alkohol- og rusmisbruk</p> <p>Screene for seksuelt overførbare sykdommer.</p> <p>Det er en sterk korrelasjon mellom seksuelle traumer i tidlig barndom og spiseforstyrrelser, derfor bør man spørre pasienter med spiseforstyrrelse om barndommen deres med mindre</p>	<p>Når CSA utsatte forteller om overgrep endres forholdet. Dersom denne endringen skal være positiv må HPs reaksjon være empatisk, og anerkjenne viktigheten av det som er blitt fortalt.</p> <p>Ikke se inn i en skjerm. En empatisk respons er viktig!</p>	<p><i>Bli enige om nonverbale tegn for å kommunisere at frykten øker</i></p> <p><i>Tannlegeassistent kan også være med å trygge pasienten.</i></p> <p><i>La pasienten dekke seg til med saken eller teppe</i></p> <p><i>Gi pasienten mulighet til å se hva som skjer ved hjelp av et speil</i></p> <p><i>Gi pasienten mulighet til å holde suget selv.</i></p> <p><i>En fot i gulvet</i></p> <p><i>Hansker i vinyl, ikke lateks, da latekslukt kan være triggende.</i></p> <p><i>Forsiktig med parfyme og aftershave, kan være triggende</i></p> <p><i>Beroligende musikk på høretelefoner kan hjelpe noen.</i></p> <p><i>Gi mulighet for at en venn eller et familiemedlem kan være i rommet.</i></p> <p><i>Forklar underveis</i></p> <p><i>La pasienten vite når det nærmer seg slutten av prosedyren/undersøkelsen</i></p>		
--	---	--	---	--	--

	<p>de allerede har fortalt om overgrep.</p> <p>Rutinemessig, indirekte screening.</p>		<p>Hvis pasienten indikerer at han er redd, spør hvorfor.</p> <p>Be om tillatelse før man tar på pasienten.</p> <p>Sjekk inn.</p> <p>Full hudundersøkelse kan gjøres i etapper, så pasienten ikke trenger å ta av alle klærne på en gang. Se etter tegn på selvskading.</p> <p>Pasienten skal behandles som en likeverdig, ikke ses ned på som et barn.</p> <p>Hos pasienter med spiseforstyrrelser og CSA må det underliggende traumet tas tak i for å unngå at pasienten får tilbakefall</p> <p>God klinisk praksis cluster around: kommunikasjon, kontroll og tillatelse.</p> <p>La pasient være påkledd så lenge som mulig, informasjon og samtale bør gjøres med klærne på.</p> <p>Noen ganger kan det være nødvendig å gjøre ting i etapper. Først en time for informasjon, så kan pasienten komme tilbake senere for faktisk å gjennomføre undersøkelsen.</p>		
--	---	--	--	--	--

			HP må være spesielt oppmerksomme på å be om tillatelse til invasive prosedyrer som rectalundersøkelse, testikkelundersøkelse eller å trekke tilbakeforhuden. Ikke anta at man har tilatelse bare fordi undersøkelsen er en del av rutinen.		
<p>Montgomery et al. 2015a</p> <p><b>Gruppe G/F/B</b></p> <p><b>Metode/data: Intervju</b></p> <p><b>Informanter: 9 utsatte</b></p> <p><b>Pasientenes kjønn: kvinner</b></p> <p><b>Land: Storbritania</b></p>	<p>Argumenterer mot rutinemessig screening av frykt for at falske negative svar kan gjøre at HP er mindre sensitive.</p> <p>Alle pasienter skal behandles med verdighet og respekt, traumebevisst behandling til alle</p> <p>Åpen kommunikasjon.</p> <p>Genuin interesse for pasienten som individ.</p> <p>«Lytt» til hint, som f.eks. ønske om kvinnelig HP, eller ønske om keisersnitt.</p>		<p>Følelsene som skapes av graviditet og fødsel kan gi adferd som gjør både kvinnen og de som tar seg av henne perplekse. Sensitivitet i forhold til uventede reaksjoner og toleranse for tilsynelatende merkelig adferd er viktig for å kunne støtte kvinner gjennom dette.</p> <p>Helsehjelpen må være individuelt tilpasset.</p>		
<p>Montgomery et al. 2015b</p> <p><b>Gruppe: G/F/B</b></p> <p><b>Metode/data: Intervju og Journalgjennomgang</b></p> <p><b>Informanter: 9 utsatte</b></p>	<p>CSA utsatte kvinner vil ikke nødvendigvis fremstå annerledes i kliniske møter, og det er ikke sikkert det er mulig å identifisere dem i løpet av svangerskapsomsorgen. Artikkelen anbefaler traumebevisst behandling til alle, fordi mange ikke forteller</p>		<p>Vise respekt</p> <p>La kvinnen ha kontroll over undersøkelser.</p> <p>HP må være klar over at selv et ønsket svangerskap kan være utfordrende for kvinnen og hennes integritet hvis hun som barn opplevde at noen andre tok kontroll over hennes kropp.</p>		

<p><b>Pasientenes kjønn: kvinner</b></p> <p><b>Land: Storbritania</b></p>			<p>Åpen kommunikasjon kan skape tillit og gir kvinnen mulighet til å føle seg trygg.</p> <p>De CSA utsatte informantene ønsket at HP skulle anerkjenne det når det virket som de hadde det vanskelig, selv om CSA i seg selv ikke nødvendigvis trengte å nevnes.</p> <p>Pasientene må lyttes til og respekteres. HP må være særlig oppmerksom på nonverbal kommunikasjon.</p>		
<p>Roller 2011</p> <p><b>Gruppe G/F/B</b></p> <p><b>Metode/data :</b></p> <p><b>Intervju</b></p> <p><b>Informanter: 12 utsatte</b></p> <p><b>Pasientenes kjønn: kvinner</b></p> <p><b>Land: USA</b></p>			<p>På bakgrunn av dataene i undersøkelsen har Roller laget et teoretisk rammeverk, kalt «Moving Beyond the Pain»</p> <p>Rammeverket beskriver 3 faser CSA utsatte kan være i (gjenopplevelse, ta kontroll og komme seg videre). Måten pasientene møtes på bør tilpasses til hvilken fase hun er i. En pasient som gjenopplever overgrepene kan bli oppfordret til å ta kontroll over situasjonen, f, eks, ved å be HP om å forklare dem alle prosedyrer på forhånd.</p> <p>HP kan fasilitere helingsprosessen ved å skape omgivelser der kvinnen kan føle seg trygg nok til å ta kontroll, og tilslutt komme seg videre.</p>		
<p>Roller 2012</p> <p><b>Gruppe G/F/B</b></p> <p><b>Metode/data ;</b></p> <p><b>Analyse av data dratt ut fra en database laget i</b></p>			<p>Roller har utviklet et måleverktøy, the perinatal self care index (PSCI). Forfatteren mener at verktøyet kan benyttes for å vurdere CSA utsattes evne til egenomsorg, og vurdere om det er nødvendig å sette inn tiltak. Da artikkelen ble skrevet var verktøyet ikke klinisk testet, men validitet var undersøkt på bakgrunn av data fra tidligere forskning. Ved siteringssøk av artikkelen får jeg kun to treff, ingen av disse ligger innenfor kriteriene til denne oppgaven.</p>		

<p><b>forbindelse med et større forskningsprosjekt</b></p> <p><b>Informanter:</b> <b>Data fra 108 utsatte</b></p> <p><b>Pasientenes kjønn:</b> <b>kvinner</b></p> <p><b>Land: USA</b></p>					
<p>Wood&amp;Van Esterik 2010</p> <p><b>Gruppe G/F/B</b></p> <p><b>Metode/data :</b> <b>Intervju</b></p> <p><b>Informanter:</b> <b>6 utsatte</b></p> <p><b>Pasientenes kjønn:</b> <b>kvinner</b></p> <p><b>Land:</b> <b>Canada</b></p>	<p>Informantene ønsket at legene forsto at de måtte spørre om CSA og at de reagerte sensitivt.</p> <p>Direkte screening. Rutinemessig eller på indikasjon ikke avklart.</p>		<p>En av informantene foreslo å ha informasjonsmaterieell tilgjengelig på legekantoret.</p> <p>CSA utsatte kvinner trenger å føle seg trygge og aksepterte, og å bli møtt med sensitivitet og forståelse. På grunn av autoriteten som ligger i HPs rolle er dette HPs ansvar.</p> <p>Sensitive practice (beskriver ikke, henviser til ande)</p>	<p>Artikkelforfatterne ønsker forskning omkring hvordan det å kurse HP i sensitive practice påvirker opplevelsen av fødsel og amming hos kvinner som har vært utsatt for CSA</p>	
<p>Yampolsky et al 2010</p> <p><b>Gruppe G/F/B</b></p>	<p>Screening er nødvendig for å kunne vurdere CSA utsattes psykologiske helse, og å ivareta deres unike behov i svangerskapsomsorgen.</p>		<p>HP må forstå og ta tak i den psykologiske tilstanden til gravide CSA utsatte.</p> <p>Et spesialutdannet team bør skape trygge omgivelser og gi psykologisk støtte til CSA utsatte kvinner som har alvorlig depresjon eller alvorlige post traumatiske symptomer i svangerskapet.</p>	<p>Sykepleiere og jordmødre bør være utdannet til å gi psykologisk støtte til kvinner som viser tegn til depresjon eller post traumatiske symptomer.</p>	

<p><b>Metode/data:</b> <b>Spørreundersøkelse</b>  <b>Informanter:</b> 1830, både utsatte og kontroll  <b>Pasientenes kjønn:</b> kvinner  <b>Land: Israel</b></p>	<p>Rutinemessig screening. Direkte eller indirekte ikke avklart.</p>		<p>CSA bør regnes som en risikofaktor ved svangerskap.</p>		
<p>Cadman et al. 2012  <b>Gruppe kreftscreening</b>  <b>Metode/data: Spørreskjema og fokusgruppe</b>  <b>Informanter Utsatte Spørreskjema:135, fokusgruppe: 4</b>  <b>Pasientenes kjønn: kvinner</b>  <b>Land: Storbritania</b></p>	<p>Verbalisering kan være vanskelig, HP bør stille ja/nei spørsmål.  Ønske om utvikling av nonverbale kommunikasjonsformer, f.eks. et lett gjenkjennelig kort som kan vises fram.  Direkte screening. Rutinemessig eller på indikasjon ikke avklart.</p>	<p>Ta deg god tid.</p>	<p>Mulighet til å ha med noen  Kunne velge hvem som tar prøven, eller kjønnen på den som skal ta prøven.  Det skal være mulig å ombestemme seg under timen, og likevel komme tilbake på et senere tidspunkt uten å føle at man har gjort noe galt.  HP må be om tillatelse, og forsikre om at man stopper dersom pasienten ber om det.  HP og pasient må dele kontrollen over prosedyren.</p>	<p>HP bør ha kjennskap til overgrep, growndingteknikker og distraksjonsteknikker</p>	

			<p>La pasienten være involvert, f.eks. ved å sette inn spekel selv, eller ta prøven selv under veiledning.</p> <p>Ønske om hjemmetest</p> <p>Ønske om omgivelser som ikke er så kliniske.</p> <p>Ønske om å ha sett et bilde av HP på forhånd.</p> <p>Mulig å ta testen i en annen stilling, f.eks. liggende på siden?</p> <p>Anerkjenn CSA og at gyn kreftscreening kan være vanskelig for CSA utsatte.</p> <p>Rådgivning eller støttetelefon bør være tilgjengelig, og nevnes i innkallingen.</p> <p>Noen ønsket kontroll over når brevene kom, for å unngå dette f.eks. rundt jul. Enkelte ønsket også å kunne reservere seg mot innkalling.</p> <p>God tid før, under og etter.</p> <p>Noen foreslo to timer, en for å bli kjent, en for å gjennomføre.</p> <p>Å vente på timen er angstfremkallende, fast timeavtale uten forsinkelse er ønskelig.</p>		
--	--	--	---	--	--



			Dedikert klinikk for utsatte, eller et privat område til å hente seg inn igjen i etterkant av testen.		
<p>Gesink &amp; Nattel 2015</p> <p><b>Gruppe: kreftscreening</b></p> <p><b>Metode/data: intervju</b></p> <p><b>Informanter: 12 utsatte</b></p> <p><b>Pasientenes kjønn: kvinner</b></p> <p><b>Land: Canada</b></p> <p>(3 informanter bodde i USA)</p>	<p>Traumebevisst behandling til alle anbefales. Dette ved å bygge en tillitsrelasjon, bruke god tid, skape et positivt og behagelig miljø, opprettholde pasientens verdighet, dele kontroll med pasienten ved alle anledninger der det er mulig, forklare alle prosedyrer, og å bruke latter til å utjevne maktbalansen gjennom mellommenneskelig samspill.</p> <p>Screening opplevdes positivt hvis det opplevdes som om HP virkelig brydde seg. Negativt dersom det opplevdes som noe man bare måtte gjennom.</p>		<p>For å motivere til å delta på kreftscreening: Hvordan HP snakker om dette er viktig, flere foreslo å bruke humor for å hjelpe å dempe angsten. Motiverende intervju ble også foreslått.</p> <p>Helhetlig tilnærming, som balanserer fysisk, mental, emosjonell og åndelig helse.</p> <p>Hjelpe CSA utsatte å forstå verdien av sammenhengen mellom kropp og sjel</p> <p>Leger bør være oppmerksomme på den mentale og emosjonelle tilstanden pasienten er i, og på endringer i denne tilstanden.</p> <p>Sensitiv behandling kan fasilitere deltagelse i nåværende og fremtidig kreftscreening.</p> <p>HP må være mentalt til stede, og opptre respektfullt. Med respektfullt menes, lytte, være oppmerksom og ta seg god tid.</p> <p>HP oppmerksom på eget kroppsspråk. Sørge for å ikke være skremmende.</p> <p>Aggressive eller plutselige bevegelser under undersøkelsen kan være triggende.</p> <p>HP opprettholde pasientens verdighet, og opptre «menneskelig».</p> <p>Dekke til med teppe under prosedyren.</p>	<p>Det er utviklet en informasjonsvideo til HP på bakgrunn av dette forskningsprosjektet.  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ML0uGL-oMOU">https://www.youtube.com/watch?v=ML0uGL-oMOU</a></p> <p>Intervjueren i undersøkelsen var selv CSA utsatt, og åpen om det. Artikkelen peker på dette som en fordel, både fordi det gjorde det lettere for henne å komme på bølgelengde med informantene, og fordi hennes erfaring gjorde at de andre forskerne ble oppmerksomme på hvor viktig det var å være fleksibel i forhold til gjennomføring av intervju. Ved å tilby ulike løsninger for gjennomføring av intervju vil flest mulig av utsattes stemmer bli hørt.</p>	

			<p>Informere før gjennomføring</p> <p>La pasienten kle på seg med en gang etter prosedyren, videre samtale skjer med klær på.</p> <p>Dele kontroll, forklare hva, hvorfor. Spør om lov før gjennomføring.</p> <p>Være menneskelig- bruke humor og dele personlige anekdoter</p> <p>Ikke for kaldt i rommet.</p> <p>Kvinnelig HP</p> <p>Intervensjoner som gir psykoedukasjon om kreftscreeningprosedyrer, som f.eks. frivillige rådgivningsmøter i forkant av kreftscreening, eller informasjonskvelder for større grupper.</p>		
<p>Walker &amp; Allan 2013</p> <p><b>Gruppe: kreftscreening</b></p> <p><b>Metode/data : Spørreskjema og fokusgruppe</b></p>	<p>Informantene uenige om det er nødvendig at CSA utsatte forteller om overgrep for at helsepersonell skal kunne gi god helsehjelp. Bl. a. mente en sykepleier det var helt nødvendig, mens enkelte andre informanter var uenige. De var redde for å åpne opp for minner, og mente derfor at traumebevisst behandling for alle var en bedre strategi.</p>	<p>Tekstspørsmål om HPs erfaring med CSA utsatte som forteller om overgrep indikerer at mange opplever det vanskelig. «Main thing, don't flinch».</p> <p>Informantene følte seg hjelpeløse når CSA utsatte fortalte om overgrep. De kunne ikke gjøre annet enn å lytte, og opplevde at det ikke var nok.</p>	<p>La pasienten sette inn spekel selv.</p>	<p>En informant har vært med på undervisning der en CSA utsatt forteller om sine opplevelser med celleprøver. Informanten foreslår at denne type undervisning bør bli obligatorisk. Det var også andre som foreslo denne type undervisning.</p> <p>Annet innhold i undervisning som ble etterspurt:</p>	<p>HP som gjennomfører gynekologisk kreftscreening for CSA utsatte har behov for støtte fra kolleger og overordnede.</p> <p>Psykoeksuell rådgivning, som f.eks. Blaint style supervision, kan gi HP støtte i å møte vanskelige følelser som oppstår i kliniske møter.</p>

<p><b>Informanter:</b> helsepersonel 1 (Spørreskje ma 62)</p> <p><b>Pasientenes kjønn:</b> kvinner</p> <p><b>Land:</b> Storbritanni a</p>				<p>Kommunikasjon og veiledning. Teknikker for å hjelpe kvinner å slappe av, hvordan gi kvinnene noe kontroll, og hvordan vite når man ikke bør gjennomføre celleprøven, hvordan identifisere kvinnelige CSA utsatte og kulturelle barrierer.</p> <p>Flere mente det ville være nyttig med en oppdatering etter 6-12 mnd. Forslag om å føre dagbok over vanskelige tilfeller, som da kan diskuteres.</p> <p>Flere snakket om hvor viktig det var å lære av mer erfarne kolleger (mentorer), fordi ikke alt kan læres i et klasserom.</p>	<p>Trenger å vite hvem man kan henvise videre til</p>
<p>Wygant et al. 2011</p> <p><b>Gruppe:</b> palliativ</p> <p><b>Metode/data :</b> Case study</p> <p><b>Informanter:</b> 1 utsatt og 1 pårørende</p> <p><b>Pasientenes kjønn:</b> kvinne</p>	<p>Vurdere rutinemessig screening, særlig hos individer som har symptomer som kan tyde på CSA.</p> <p>Screening både rutinemessig og på indikasjon. Direkte eller indirekte ikke avklart.</p>	<p>Skape trygge, strukturerte og ikke dømmende omgivelser der pasienter opplever at det er trygt å snakke om dette.</p> <p>Ikke press pasienten til å snakke om det, men informer om prevalensen av CSA, for om mulig å lette på skammen og skyldfølelsen mange har.</p> <p>Lytt godt, responder ute å være dømmende, valider betydningen av CSA vær støttende og beroligende.</p>	<p>Grounding teknikker</p> <p>Sette realistiske mål med fokus på livskvalitet.</p> <p>Snakke med pasienten om hva som har hjulpet dem tidligere, hvor de finner trøst og hva som gir dem styrke.</p> <p>For pasienter som blir svært følelsesmessig påvirket kan samtalen etterpå føres inn på noe lystbetont. I så fall er det viktig å forklare at pasient kan oppleve opprivende følelser i lang tid etter samtale om CSA, og at målet med denne vendingen i samtalen er å få tankene over på noe helt annet. Det er viktig å være transparent med CSA pasienter.</p>	<p>Påpeker at HP får lite, hvis noe, utdanning om CSA og har begrensede ressurser til å håndtere dette.</p>	<p>Når HP jobber i tverrfaglige team kan teamet også brukes til at HP støtter hverandre.</p>

<p><b>Land: USA</b></p>		<p>Hvis det er første gangen pasienten forteller om CSA gjøres pasienten oppmerksom på at det kan komme mange følelser, alt fra letelse til anger. Anticipatory guidance er anbefalt.</p> <p>Gi pasienten mulighet til å bestemme hvordan samtalen forløpe, med mulighet til å gå dypere eller stoppe når som helst.</p>	<p>Tverrprofesjonelt samarbeid</p> <p>Pårørende kan også være utsatt, og kan derfor ha større behov for støtte enn andre pårørende.</p>		
<p>Kranstad et al. 2019</p> <p><b>Gruppe: tannbehandling</b></p> <p><b>Metode/data: intervju</b></p> <p><b>Informanter: 16 utsatte</b></p> <p><b>Pasientenes kjønn: 12 kvinner, 4 menn</b></p> <p><b>Land: Norge</b></p>	<p>De fleste informantene ønsket at tannlegen skulle kjenne til CSA historien, men mange ville, eller klarte, ikke å fortelle. Flere utviste et ønske om at tannlegen skulle forstå uten at de trengte å fortelle.</p> <p>Traumebevisst behandling til alle pasienter.</p> <p>Være ekstra oppmerksom på å ta hensyn hele veien med CSA utsatte.</p>		<p><u>En god begynnelse</u></p> <p>Individuell tilpasning I måten timeavtaler gjøres (i god tid, eller så kort tid som mulig før)</p> <p>Tilby hyppige timer.</p> <p>Mulighet for en første time der det ikke gjennomføres behandling.</p> <p><u>Utvide kompetanse</u></p> <p>Faglig dyktighet</p> <p>Generell kjennskap til CSA</p> <p><u>Være klar over hvordan ansattes adferd påvirker</u></p> <p>Varm og avslappet atmosfære</p> <p>Være oppmerksom på betydningen av behandlers kjønn</p> <p>Være oppmerksom på humør- ikke oppføre seg autoritært. Tannlege og tannlegesekretær som lo og pratet virket beroligende</p>	<p>Tannlegeutdanning bør gi grunnleggende kunnskap om CSA</p>	

			<p>på noen, mens andre følte seg oversett hvis HP snakket og lo seg imellom.</p> <p><u>Bygge en trygg relasjon</u></p> <p>Se hele personen, ikke bare tennene.</p> <p>Oppmerksom på nonverbal kommunikasjon</p> <p>Utvexle informasjon</p> <p>Respektene individuelle behov</p> <p>Langsiktig relasjon til samme tannlege</p> <p><u>Skape n trygg behandlingssituasjon</u></p> <p>Lage avtaler, f.eks. om et stop tegn</p> <p>Gjøre ting i pasientens tempo</p> <p>Tilstrebe at pasienten har kontroll, og mulighet til å benytte mestringsstrategier</p> <p>Gi mulighet til å ha med en støtteperson</p> <p>Smertelindring etter pasientens preferanser</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p><u>Undersøke individuelle triggere</u></p> <p>Snakke om posisjonen på tannlegestolen</p> <p>Begrense følelsen av å være fanget</p> <p>Å forklare lukten av utstyr og materialer kan motvirke negative reaksjoner på lukten.</p> <p>Effektiv fjerning av væske er viktig.</p> <p>Pauser til å spytte, og til å roe seg ned, er fordelaktig.</p> <p>« Based on current knowledge of CSA survivors and dental treatment, not taking enough time to build a trusting relationship and failure to perform dental treatment based on an individual's needs should be regarded as malpractice, equivalent to failing to take the necessary time to perform root canal treatment in all canals of an infected tooth»</p>		
--	--	--	---	--	--

